

VIII Municipalità

Piscinola Marianella- Chiaiano- Scampia

Piano Sociale di Zona UTB 48

Verso
un Welfare di comunità

Presidente della VIII ^ Municipalità
Carmine Malinconico.

Direttore ASL 48
Antonio Maddaloni

Ufficio di Piano Municipale.

Assessore alle Politiche Sociali e Coordinatore ufficio di piano
Nicola Tortorella.

**Assessore alle Politiche per Infanzia, Adolescenza, Immigrazione e
Pari Opportunità.**
Maria de Marco.

Presidente della Commissione Politiche Sociali
Rosario Andreozzi.

Responsabili dei centri servizi sociali territoriali
Dott.ssa Marianna Sarnataro;
Dott.ssa Rita Borgonovo;
Dott.ssa Guarracino Silvana.

Responsabile del distretto sociosanitario
Dott. Felice Morra

Si ringrazia per il contributo dato per l'elaborazione del documento:

Commissione Politiche Sociali VIII Municipalità;
Consulta delle Associazioni;
Consulta del III ^ Settore;
Consulta delle Pari Opportunità;

Piano di Zona

Premessa

Prima di procedere all'analisi dei bisogni elaborata dalla Municipalità 8, anche grazie ad un fattivo contributo di partecipazione e consultazione delle Associazioni e del Terzo Settore, l'Ufficio di Piano intende sottolineare, in ottemperanza alle Linee Guida Regionali 2007 – 2009 verso un welfare regionale e convinti di realizzare così, con rigore, un welfare di comunità responsabile, l'importanza di due aspetti: il Progetto Sociale Individualizzato e le Pari Opportunità.

Il Progetto Sociale Individualizzato

L'approccio metodologico da seguire nell'elaborare il "Progetto Sociale individualizzato" si presenta come lo strumento fondamentale del percorso di presa in carico dei cittadini.

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

Il progetto sociale individualizzato è la fase conclusiva dell'intero progetto di valutazione del caso che prende avvio sin dal primo contatto del cittadino con i servizi sociali territoriali e si articola nelle seguenti fasi:

accesso ai servizi

analisi della domanda

valutazione del caso

progetto sociale individuale

piano di verifica.

Subito dopo l'accesso ai CSST, l'operatore sociale competente effettua l'analisi della domanda ed attraverso questa procede ad una prima valutazione del bisogno, comprende se si tratta di bisogno semplice o complesso.

Nel caso di bisogno complesso multi dimensionale la valutazione deve necessariamente avvenire in forma integrata mediante l'adozione di un approccio concertativo partecipato che preveda il coinvolgimento delle Istituzioni (Asl, Tribunale, Scuola, Municipalità) di equipe già riconosciute ad esempio le UVI o con altri soggetti appartenenti alla rete sociale (cooperative sociali, associazioni di volontariato, altre organizzazioni del terzo settore, le istituzioni religiose).

Esistono più letture dei bisogni e più ipotesi interpretative le quali poste a confronto mettono gli operatori sociali ed i servizi in condizione di promuovere empowerment a livello individuale e di comunità.

Scambiare le reciproche percezioni del "problema", confrontare i dati in possesso sulla cui base gli operatori esprimono dei giudizi e definire con chiarezza i ruoli e le funzioni dei singoli soggetti coinvolti sono passaggi indispensabili per un corretto approccio valutativo.

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

Il completamento della presa in carico ha procedure riconosciute, ma tutto può essere vanificato se non si procede alla definizione del Piano di Verifica.

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

Risultano strategiche dunque le seguenti tappe:

per l'accesso ai servizi la creazione reale di Antenne sociali in grado di intercettare il bisogno prima ancora che venga dichiarato e riconosciuto; per raggiungere i cittadini prima ancora che si riconoscano come utenti.

Le Antenne Sociali sono gli operatori del Terzo Settore che “incontrano” il bisogno laddove si esprime e lo porta ed orienta verso il Segretariato Sociale.

L'esperienza positiva delle UVI, sperimentate con l'Assistenza Domiciliare Integrata, è un modello operativo di equipe facilmente riproponibile, caratterizzandolo via via con i contributi delle U.O. del Distretto Sanitario e le realtà del Terzo Settore competenti per area omogenea.

È evidente che l'esiguità del numero di risorse umane assegnate ai CSST in tutta la città di Napoli diventa sul territorio della Municipalità 8 un ostacolo reale per il numero di utenti, per la complessità dei casi, per l'ampiezza del territorio stesso e per la sua disomogeneità.

Potenziare le risorse umane da assegnare ai CSST, sebbene non sia obiettivo realizzabile con le misure della L.328 può diventare possibile affidando al Terzo Settore il ruolo di Antenna Sociale e di attore nelle Unità di Valutazione Integrata.

Le Pari Opportunità

In coerenza con i principi costituzionali nella realizzazione del nuovo Welfare triennale, la Regione Campania è impegnata nella produzione di regole e nella realizzazione di attività volte a favorire l'integrazione tra i servizi territoriali nella ricerca di risposte articolate ai bisogni complessi di tutte le persone con l'obiettivo di garantire le pari opportunità per ognuno.

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

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

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

La povertà è spesso, infatti più diffusa tra le donne, in particolare tra le persone anziane o tra le famiglie monoparentali fortemente caratterizzate al femminile; nel primo caso per la prospettiva di vita più lunga, ma affetta da maggiori disabilità, della moglie rispetto al coniuge e nel secondo caso, peculiare alla nostra municipalità, per la complessità delle unioni: altissimi tassi di matrimoni e gravidanze precoci, assegni per madri nubili, tassi di detenzione, vedove precoci.

Le donne costituiscono anche la maggioranza di persone non attive e sono quindi particolarmente vulnerabili per quanto riguarda l'autonomismo ed il rischio povertà.

In una logica di integrazione delle politiche e delle prassi, l'Ambito, nel nostro caso il Piano di Zona Sociale dell'UTB 48 che confluirà nell'unicum della città di Napoli, rappresenta il luogo d'ascolto unitario della popolazione, uno spazio d'azione in grado di assicurare la realizzazione del mainstreaming di genere all'interno delle diverse aree prioritarie in cui vengono sviluppati gli interventi.

Le scelte operative riconducibili ad obiettivi di riduzione del divario di opportunità sono:

una lettura dei bisogni della comunità differenziati per genere; l'approccio inclusivo in grado di tenere conto del genere è anche in grado di “leggere” con forza alcune altre fragilità sociali, come le condizioni di disabilità e le differenze di razza, religione, classe sociale;

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

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

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

Infine, andrebbe capitalizzata l'esperienza già fatta dalla Regione Campania circa le politiche di conciliazione dei tempi con il potenziamento dei servizi di cura; queste esperienze hanno generato una domanda sociale di servizi in grado di far conciliare, a uomini e a donne, i tempi di vita lavorativa con i tempi di vita familiare e personale.

Considerato che le politiche di conciliazione sono politiche inclusive di soggetti che altrimenti rischierebbero di uscire dal mercato del lavoro; di non rientrare o di non entrarci mai nel mercato del lavoro, questa esperienza andrebbe valorizzata in una prospettiva di medio termine.

Analisi dei bisogni

PROGRAMMA LOCALE DEGLI INTERVENTI E DEI SERVIZI SOCIALI

1. Analisi del Territorio

Area minori.

Area Minori - I più esposti al degrado sociale della Municipalità sono i minori. Come possiamo confermare attraverso i dati seguenti. Abbiamo estrapolato i valori rispetto alla classe di età in cui è compresa la nostra utenza. I dati confermano ancora una volta la forte presenza di popolazione giovane sul territorio.

TAB. 1 – ADOLESCENTI 8 MUNICIPALITA' DIVISI PER QUARTIERE¹

Quartieri	Maschi	Femmine	totale
Chiaiano	1.273	1.155	2.428
Piscinola	1.775	1.635	3.410
Scampia	2.352	2.116	4.468
totale	5.400	4.906	10.306

Prevalenza adolescenti (pop. 14-20 anni/pop. Totale) * 1000 = 11

Tasso medio cittadino = 9

Scarto percentuale dalla media cittadina = 22,2

Distribuzione territoriale fasce adolescenti

Quartieri	Nati	1-3 anni	4-5 anni	6-10 anni	11-13 anni	14-18 anni
Piscinola	337	1021	722	1956	1255	2221
Chiaiano	249	845	520	1495	971	1656
Scampia	533	1563	1017	2895	1840	3381
Municipalità 8	1166	3429	2269	6346	4066	7258
Napoli	10749	32025	21605	58553	37144	64427

Nella tabella 2 rileviamo la distribuzione dei minori in carico al Comune. Il valore più alto si riferisce alla attività ludiche di valorizzazione del gioco che sottolineano la necessità dei minori del quartiere di aree di gioco e socializzazione e di stimoli culturali.

TAB. 2 - MINORI IN CARICO AL COMUNE SERVIZIO POLITICHE PER I MINORI L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA² NAPOLI = 100

Minori in affidamento familiare	16,2
Minori (3-18 anni) inseriti in progetti individualizzati di tutoraggio	7,4
Minori (0-13 anni) inseriti in attività di accudimento, accompagnamento, maternage Baby care	7,9
Minori (3-18 anni) in centri diurni socio-educativi semiresidenziali convenzionati	9,3
Minori (6-12 anni) inseriti in attività di ludico ricreative (Città in gioco)	24,3
Minori (10-16 anni) inseriti in attività di educativa territoriale	13,5
Minori 0-18 anni in adozione	9,6
Minori 0-18 orfani assistiti	15,8
Minori 0-18 anni riconosciuti da un solo genitore	17,8

Notiamo che gli altri valori alti si riferiscono ai servizi attivati per problematiche di grave entità. La percentuale più alta sia all'interno della municipalità che nell'intero ambito cittadino è quella relativa a minori riconosciuti da un solo genitore, su una media cittadina di 126,4 il valore dell'8 municipalità è di 225, studi effettuati sul territorio e la nostra esperienza ci permettono di affermare che tale dato è

¹ Comune di Napoli – Direzione politiche sociali ed educative – Servizio programmazione Educativa

² Comune di Napoli Servizio politiche per i minori. Anno 2003

riconducibile a gravidanze precoci, tale affermazione potrebbe essere suffragata anche dall'alto numero di certificati di matrimonio redatti per matrimoni precoci. Per quel che riguarda la dispersione scolastica elemento fortemente indicativo della realtà territoriale, facciamo riferimento alla tabella 8.

TAB. 3 - SEGNALAZIONI ALUNNI INADEMPIENTI SCOLASTICI³

	Valore assoluto	Media Cittadina	Scarto % dalla media
Inadempienti	176	120,1	46,5

Il 45,5% di inadempienti è di genere maschile e il 54,5% donne. Da sottolineare che l'8 municipalità risulta essere il territorio a maggior rischio di dispersione scolastica, malgrado dalle statistiche ufficiali risulta che nel quartiere di Chiaiano non ci siano soggetti inadempienti. E' da sottolineare che la nostra esperienza sul campo, suffragata dalle interviste fatte a testimoni privilegiati, non collima col dato ufficiale, quel valore pari a 0 del quartiere Chiaiano non corrisponde a realtà ma è frutto di dinamiche territoriali, mancanza di segnalazioni e difficoltà di rapporto tra gli enti pubblici/privati e le scuole territoriali. Da sottolineare inoltre che la dispersione scolastica aumenta con l'aumentare degli anni di studio: è più bassa alle scuole elementari per toccare i picchi più alti nei primi anni della Scuola superiore soprattutto negli istituti professionali. Nella tabella 4 riportiamo i dati relativi ai minori coinvolti in progetti di prevenzione alla dispersione scolastica che hanno lo scopo di favorire il diritto allo studio, migliorare l'integrazione sociale e supportare i minori in famiglie multiproblematiche. Da rilevare che tali progetti sono sperimentali e non attivi su tutti i territori. Dalla lettura dei dati della tab. 4 si evidenzia che il valore più alto della III fascia riferita a giovani già usciti dal circuito scolastico è detenuto dall'8 municipalità, forte è quindi l'esigenza del territorio di lavorare per il reinserimento nel circuito di giovani che si sono allontanati dalla scuola e non hanno un titolo da spendersi nel mondo del lavoro. I testimoni della realtà locale sottolineano che i giovani che si allontanano da scuola non sono cooptati in gran parte dalla micro o macrocriminalità, ma sono vittime di una cultura in cui il lavoro e lo studio non sono riconosciuti come valore. Infatti il livello di istruzione dell'8 municipalità è basso rispetto all'andamento cittadino, la percentuale dei residenti che hanno soltanto la licenza media 33,99% (Napoli 29,21%), o la licenza elementare 29,47% (Napoli 24,29%), così come l'incidenza della popolazione senza alcun titolo di studio 14,39% (Napoli 11,31%). Mentre la percentuale complessiva delle persone in possesso di titoli di studio più elevati, in particolare, diplomi di laurea, diplomi universitari e diplomi di scuola secondaria superiore, è pari al 22,16% (Napoli 35,18%). In dettaglio, sempre con riferimento alla popolazione residente di 6 anni e più, si registrano 3,58 laureati ogni cento abitanti (Napoli 9,77%); 0,45 ogni 100 abitanti sono le persone che hanno conseguito un diploma universitario (Napoli 0,67%); e 17,91 ogni cento abitanti sono le persone con diploma di scuola media superiore (Napoli 24,40%).

**TAB. 4 - Minori inseriti in progetti di dispersione scolastica realizzati con fondi 285/97⁴.
Napoli = 100**

	Prevenzione primaria⁵ (Anni 3-18) Disagio socio-educativo⁶ (Anni 6-18) Rischio di emarginazione ed esclusione sociale⁷		
(Anni 6-18) 8 municipalità	16,6	13,0	23,0

Tab. 5 - Popolazione 16 -23 anni segnalata al Servizio di Conciliazione penale⁸. Napoli = 100

	Valore assoluto	Valore %
8 municipalità	13	15,5

Anche per i dati riportati nella tabella 5, registriamo che l'VIII municipalità detiene il primato rispetto all'intero territorio cittadino. La media cittadina è di 6,7 nell'VIII municipalità il valore assoluto è invece

³ Comune di Napoli Servizio politiche per i minori. Anno 2003

⁴ Comune di Napoli Servizio politiche per i minori. Anno 2003

⁵ interventi d'animazione e formazione volti alla promozione dell'agio e del benessere rivolto a gruppi

⁶ Percorsi di formazione orientamento al lavoro per minori in condizioni di rischio psico-sociale

⁷ interventi di recupero sociale ed educativo rivolto a ragazzi pluri-ripetenti; fuoriusciti dal circuito scolastico, con frequenza scolastica saltuaria.

⁸ Comune di Napoli/ servizio politiche sociali per i minori. Anno 2003

⁹ Comune di Napoli/ servizio politiche sociali per i minori. Anno 2003

13. Da sottolineare però che la tabella fa riferimento non a tutti i minori autori di reato, ma solo quelli che usufruiscono della "messa alla prova" (Codice di procedura penale per minorenni D.P.R. 448/88). Da evidenziare ancora che l'VIII municipalità presenta tra i tassi di ospedalizzazione più elevati della città in tutte e tre le fasce d'età, tale esubero rispetto alle reali necessità di cura dei piccoli pazienti, evidenzia la mancanza di un'adeguata continuità assistenziale e la mancanza di un efficace filtro ospedaliero ai ricoveri inappropriati.

TAB. 11 - TASSI DI RICOVERO* OSPEDALIERO ORDINARIO PER FASCE DI ETÀ⁹

Fasce d'età	Tasso	Tasso medio cittadino
da 1 mese a 14 anni	120,4	101,1
da 1 a 4 anni	137,8	112,8
da 5 a 9 anni	87,6	75,5
da 10 a 14 anni	86,5	65,3

*Tasso di ricovero: (N. minori ricoverati /pop. riferimento)*1000

Tabella minori riconosciuti da un solo genitore.

Con reddito inferiore a 9296 € che usufruiscono di contributo economico.

Quartiere	Numero Minori	/ 1000 0-18 anni
Piscinola	72	9.45
Chiaiano	37	6.63
Scampia	126	12.55
Municipalità 8	235	10.11
Napoli	1381	6.28

Tabella minori in affidamento.

Quartiere	Numero Minori	/ 1000 0-18 anni
Piscinola	4	0.52
Chiaiano	4	0.72
Scampia	20	1.99
Municipalità 8	28	1.20
Napoli	198	0.90

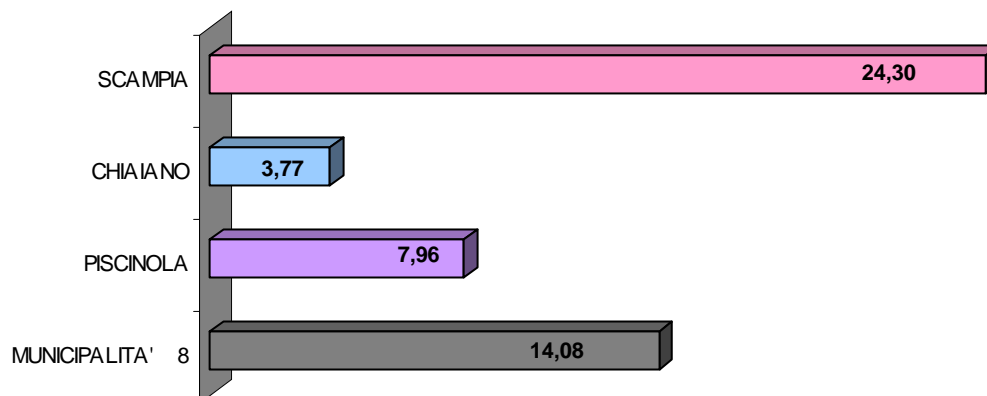
Minori 3-18 anni inseriti nei Centri diurni Socio-educativi semiresidenziali convenzionati

Ambito territoriale	Maschi	Femmine	Totale		% su popolazione 3-18 anni
	v.a.	v.a.	v.a.	%	
PISCINOLA	27	25	52	1,74	7,96
CHIAIANO	11	7	18	0,60	3,77
SCAMPIA	127	85	212	7,11	24,30
MUNICIPALITA' 8	165	117	282	9,46	14,08
NAPOLI	1.602	1.378	2.980	100,00	15,81

Fonte: Comune di Napoli /Servizio Politiche per i Minori, L'Infanzia e l'Adolescenza - Giovani

Periodo di riferimento: anno scolastico 2004-2005

**Incidenza ‰ su popolazione 3-18 anni dei minori inseriti nei
Centri diurni Socio-educativi semiresidenziali convenzionati**



Minori 8-16 anni inseriti in attività di Educativa Territoriale

MUNICIPALITA'					Incidenza ‰ su popolazio ne 8- 16 anni
	Maschi	Femmine	Totale		
	v.a.	v.a.	v.a.	%	
MUNICIPALITA' 1	63	29	92	3,14	11,46
MUNICIPALITA' 2	281	123	404	13,77	40,92
MUNICIPALITA' 3	88	87	175	5,97	16,60
MUNICIPALITA' 4	168	143	311	10,60	29,46
MUNICIPALITA' 5			-	-	
MUNICIPALITA' 6	215	158	373	12,72	25,15
MUNICIPALITA' 7	484	333	817	27,86	74,98
MUNICIPALITA' 8	169	206	375	12,79	32,18
MUNICIPALITA' 9	161	124	285	9,72	23,08
MUNICIPALITA' 10	45	56	101	3,44	10,70
Napoli	1.763	1.203	2.933	100,00	27,09

Fonte: Comune di Napoli /Servizio Politiche pr i Minori, L'Infanzia e l'Adolescenza - Giovani

Periodo di riferimento: giugno 2004 - giugno 2005 - Progetto realizzato con i fondi L. 285/97

La municipalità 8 è quella che ha la percentuale più alta (29,35%) di minori coinvolti nel progetto la "Città in gioco" con un'incidenza percentuale sulla popolazione di età compresa tra i "5-12" anni pari al 70,9‰.

QUARTIERE / MUNICIPALITA'	Minori 5-12 anni inseriti in attività ludico- ricreative realizzate all'interno delle Ludoteche cittadine (Città in Gioco)		
	Totale		% su popolazione 5-12 anni
	v.a.	%	
MUNICIPALITA' 1	-	-	-
MUNICIPALITA' 2	135	5,86	16,13
MUNICIPALITA' 3	156	6,77	16,88
MUNICIPALITA' 4	331	14,37	38,52
MUNICIPALITA' 5	-	-	-
MUNICIPALITA' 6	286	12,42	22,80
MUNICIPALITA' 7	324	14,07	35,42
MUNICIPALITA' 8	676	29,35	70,90
MUNICIPALITA' 9	217	9,42	21,76
MUNICIPALITA' 10	178	7,73	22,70
Napoli	2.303	100,00	25,40

Fonte: Comune di Napoli /Servizio Politiche pr i Minori, L'Infanzia e l'Adolescenza - Giovani
Periodo di riferimento: anno 2005 - Progetto realizzato con i fondi L. 285/97

Rispetto agli interventi realizzati a favore di ragazzi rientranti nell'area del rischio di emarginazione ed esclusione sociale la municipalità 8 registra la percentuale cittadina più alta (36,6%) pari al 48,15‰

Minori inseriti in progetti di prevenzione della dispersione scolastica realizzati in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale

QUARTIERE / MUNICIPALITA'	PREVENZIONE PRIMARIA			DISAGIO SOCIO-EDUCATIVO			RISCHIO DI EMARGINAZIONE ED ESCLUSIONE SOCIALE			Totale aree d'intervento	
			% su popolazione 3-18			% su popolazione 6-18			% su popolazione 6-18		
	v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%		v.a.	%
MUNICIPALITA' 1	538	3,95	38,45	-	-	-	25	1,13	2,18	563	2,52
MUNICIPALITA' 2	1.529	11,22	88,48	312	9,29	22,06	148	6,68	10,46	2.509	11,24
MUNICIPALITA' 3	205	1,50	10,92	70	2,09	4,56	140	6,31	9,12	645	2,89
MUNICIPALITA' 4	157	1,15	8,61	-	-	-	160	7,22	10,55	317	1,42
MUNICIPALITA' 5	1.163	8,54	66,28	-	-	-	-	-	-	1.163	5,21
MUNICIPALITA' 6	1.633	11,99	63,44	1733	51,62	81,55	89	4,01	4,19	3.455	15,48
MUNICIPALITA' 7	707	5,19	36,99	130	3,87	8,22	470	21,20	29,71	2.197	9,84
MUNICIPALITA' 8	1.125	8,26	56,18	997	29,70	59,55	806	36,36	48,15	3.828	17,15
MUNICIPALITA' 9	3.124	22,93	146,40	45	1,34	2,52	229	10,33	12,80	3.603	16,15
MUNICIPALITA' 10	3.441	25,26	208,77	70	2,09	5,13	150	6,77	10,99	4.036	18,09
Napoli	13.622	100,00	72,25	3.357	100,00	21,52	2.217	100,00	14,21	22.316	100,00

Fonte: Comune di Napoli /Servizio Politiche pr i Minori, L'Infanzia e l'Adolescenza - Giovani
Periodo di riferimento: anno scolastico 2004-2005

Minori 5-16 anni destinatari di interventi sociali contro la dispersione scolastica

Quartiere	Numero Minori	/1000 5 -16 anni
Piscinola	9	1.82
Chiaiano	3	0.83
Scampia	83	12.62
Municipalità 8	95	6.29
Napoli	916	6.47

Tabella di tassi ospedalizzazioni ordinaria 1/1000.

Quartiere	0-5 anni	6- 13 anni	14- 20anni
Municipalità 8	235.5	84.9	140.8
Napoli	199.7	62.9	105.1

1.1 Obiettivi

- Rafforzare e confermare le risorse sociali già presenti sul territorio;
- Sostenere la Genitorialità e la famiglia come elemento centrale della comunità;
- Attivare strumenti per favorire la comunicazione e l'informazione sia a favore dei cittadini che degli enti che operano sulla Municipalità;
- Favorire le iniziative sociali e culturali fondate sullo scambio intra-generazionale e sulla trasmissione inter-generazionale, volte al recupero della memoria storica, l'identità collettiva, i saperi e le tradizioni popolari;
- Promuovere la partecipazione attiva degli adolescenti e dei giovani , attivando anche spazi autogestiti;
- Creare i Centri Aggregativi Giovanili Polifunzionali in considerazione del documento sociale della Municipalità più giovane ancora priva di centri di aggregazione rivolti all'adolescenza e ai giovani;
- Analizzare le problematiche e i bisogni delle donne in particolare considerando i problemi legati ai tempi lavorativi , alle famiglie monogenitoriali, alle esigenze di formazione si propone la creazione di spazi appositamente attrezzati per accogliere minori da 1 a 5 anni, tali strutture richiedono l'impiego di personale altamente qualificato e un'organizzazione (orari,giorni,attività proposte,ecc.) che risponda alle effettive esigenze dei bambini e delle loro famiglie.
- Prevedere una revisione dei progetti per adeguarli alle particolari esigenze del nostro territorio, inserendo figure aggiuntive e attività apposite, ed anche magari chiedere una partecipazione della utenza(bambini- genitori- famiglie) nella fase di progettazione. Va inoltre sottolineato come non sia giustificabile sia per la "Città in Gioco" sia per altri progetti la constatazione che l'VIII municipalità non disponga di più servizi rispetto alle altre municipalità, tenuto conto che dai dati del profilo di comunità emerge che il nostro territorio è con la maggiore presenza di minori rispetto al resto della città e che purtroppo è un territorio ancora afflitto da numerose problematiche che rendono necessaria un'attenzione maggiore e una reale applicazione della convenzione sui diritti dell'infanzia. Inoltre basta fare riferimento all'art. 3 della nostra costituzione che se al primo comma ci dice che fondamentalmente tutti i cittadini sono uguali e hanno pari dignità (e quindi nel nostro caso dovrebbero avere pari opportunità di accedere ai servizi), al comma secondo proclama l'uguaglianza sostanziale, che è compito delle istituzioni rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona e quindi intervenire con maggiore forza dove maggiori sono i problemi e le esigenze.

- Promuovere maggiori incontri multidisciplinari tra l'asl , istituzione scolastica e famiglia per comprendere le reali esigenze dei bambini affetti da particolari patologie (sindrome autistica) al fine di dare un reale supporto sulle modalità d'intervento e comportamento del personale docente con metodi efficienti.

2. Area Famiglia.

La problematica delle responsabilità familiari riveste un ruolo centrale nel nuovo impianto normativo in quanto essa per certi versi include le altre aree tematiche dei settori di intervento delle politiche sociali(minori, anziani, poveri, immigrati, tossicodipendenti, disabili) nei quali si articola il complesso disegno normativo di integrazione degli interventi e dei servizi del piano sociale e sanitario.

Tra gli obiettivi specifici indicati nella legge quadro, ritroviamo l'attivazione di un sistema di interventi che riconosce e sostiene le famiglie nella cura e nella formazione dei suoi componenti, nel corso delle azioni quotidiane, in contesti di normalità, così come nel disagio sociale(art. 16 comma 1). In questa prospettiva la normativa nell' indicare i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogate a livello nazionale (art.16 comma 2), segnala che queste devono essere strutturate in modo da promuovere le relazioni sociali e sostenere le responsabilità genitoriali, promuovendo le pari opportunità e la condivisione delle responsabilità tra uomo e donna.

"la condizione familiare nella regione Campania rispetto allo scenario nazionale si caratterizza per: un tasso di fecondità e natalità ancora elevato rispetto alla media nazionale ed un numero mediamente più elevato di componenti familiari, spesso minori;

un'elevata incidenza della popolazione sfornita di titolo di studio o con titolo basso, specie tra le generazioni più anziane, ma anche tra le giovani donne;

fenomeni non trascurabili di devianza in età adulta che finiscono per modificare costantemente gli assetti familiari e per avere forti implicazioni sull'identificazione delle persone responsabili del mantenimento e della sopravvivenza della famiglia;

un nucleo consistente di nuclei familiari costituiti da neo genitori con bassa scolarità o da madri single con bassa scolarità, o di recente immigrazione.

Un'alta percentuale delle famiglie di nuova formazione concentrate nell'area a nord di Napoli sono purtroppo interessate sin dalla loro formazione dal disagio sociale quando alcuni degli indicatori del disagio socio economico sono ugualmente presenti:

neo mamme con età al di sotto dei 20 anni;

bassa scolarità dei genitori;

alto tasso di disoccupazione dei neo padri;

per queste concause un quarto dei bambini che ogni anno nascono nella Regione è da considerarsi a rischio sociale.

È noto da tempo che le disuguaglianze sociali ed economiche costituiscono gravi fattori di rischio per la salute ed in particolare per la salute delle madri e dei bambini che sembrano essere i più vulnerabili.

I tassi di ospedalizzazione ad esempio dimostrano che gli appartenenti a livelli socio economici più bassi ricorrano maggiormente all'ospedalizzazione rispetto a coloro che godono di livelli socio economici più alti.

I primi sono più esposti a prestazioni spesso inefficaci, inappropriate e sicuramente più esposti ai traumi dell'ospedalizzazione.

Accanto al disagio economico che porta a trovare nel ricovero il bisogno di cura e corresponsabilizzazione c'è spesso l'inadeguatezza dei genitori all'assunzione di precise responsabilità che espone i minori, in alcuni quartieri o Province al ricovero improprio.

In questo quadro la mortalità infantile, la morbidità (bronchite, asma, polmonite, pleurite, etc.) i ricoveri appropriati o meno, i fattori di rischio per le chance di benessere psico fisico come abbandono scolastico e obesità infantile, incidono tutte nelle aree più svantaggiate del paese. L'offerta attiva di sostegno e valorizzazione del ruolo e delle funzioni genitoriali deve rappresentare una scelta strategica per la Regione Campania, per la città, per la Municipalità 8 che segue molto da vicino il trend regionale.

Le misure già ampiamente anticipate dalla 285/97 individuavano nell'Adozione Sociale /sostegno alla genitorialità precoce un elemento di prevenzione al rischio di esclusione sociale precoce delle bambine e dei bambini nei territori e nelle comunità colpite da ritardo dello sviluppo.

La programmazione triennale deve per questo prevedere:

2.1 Tabella famiglie affollate (plurinucleari).

Quartiere	Totale famiglie	Valore assoluto	Per 100 famiglie
Piscinola	8113	467	5.76
Chiaiano	7520	163	2.17
Scampia	10574	1084	10.25
Municipalità 8	26207	1714	6.54
Napoli	337787	10391	3.08

2.2 Tabella famiglie per numero di componenti.

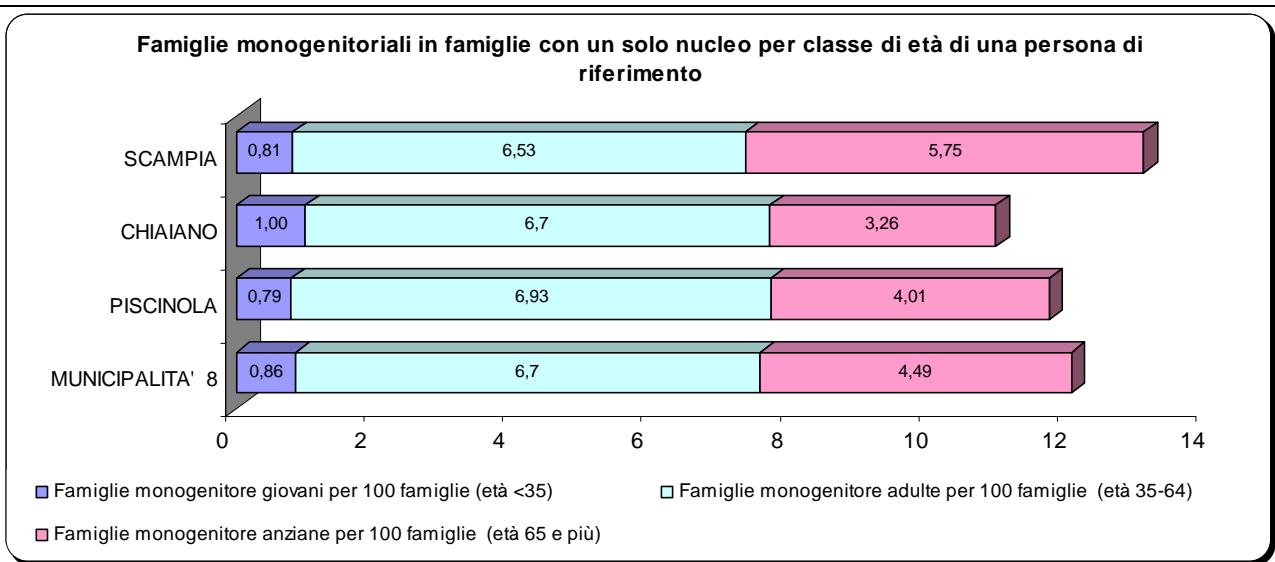
Quartiere	4 componenti	Da 6 e oltre
Piscinola	2065	643 su 8113 fam.
Chiaiano	2025	235 su 7520 fam
Scampia	2493	1415 su 10574 fam.
Municipalità 8	6583	2293 su 26207 fam.
Napoli	77005	14345 su 337787 fam.

2.3 Tabella relativa alle famiglie giovani (madre età < 35 anni)

Quartiere	Numero coppie
Piscinola	985
Chiaiano	881
Scampia	1199
Municipalità 8	3065
Napoli	31114

2.4 Tabella relativa alle famiglie monogenitoriali.

Quartiere	Genitore giovane (<35anni)	Genitore adulto (35-64 anni)
Piscinola	64	562
Chiaiano	75	504
Scampia	86	690
Municipalità 8	225	1756
Napoli	2565	23924



La municipalità 8 ha anche la più alta incidenza di minori riconosciuti da un solo genitore beneficiari di contributo con il 10,11‰.

Minori 0-18 anni riconosciuti da un solo genitore					
Ambito territoriale	Maschi	Femmine	Totale		% su popolazione 0-18 anni
	v.a.	v.a.	v.a.	%	
PISCINOLA	41	31	72	5,21	9,45
CHIAIANO	17	20	37	2,68	6,63
SCAMPIA	75	51	126	9,12	12,55
MUNICIPALITA' 8	133	102	235	17,02	10,11
NAPOLI	713	668	1381	100	6,28

Fonte: Comune di Napoli /Servizio Politiche pr i Minori, L'Infanzia e l'Adolescenza - Giovani / ? Misura obbligatoria per legge e garantita a tutti i soggetti aventi diritto.

Periodo di riferimento: anno 2005

2.5 Tabella relativa a famiglie e lavoro.

Quartiere	Persona di riferimento occupata	Persona di riferimento disoccupata o in cerca di prima occupazione	Persona di riferimento non appartenente alle forze di lavoro
Piscinola	3262(40.21%)	633 (7.80%)	4218(51.99%)
Chiaiano	3610(48.01%)	623(8.28%)	3287(43.71%)
Scampia	3669(34.70%)	1283(12.13%)	5622(53.17%)
Municipalità 8	10541(40.22%)	2539(9.69%)	13127(50.09%)
Napoli	138862(41.11%)	25269(7.48%)	173656(51.41%)

2.6 Obiettivi.

- Costituzione del polo della Famiglia e delle Donne;
- Riattivazione dello sportello informativo per la Famiglia della VIII Municipalità;
- servizi di sostegno alla genitorialità;

- servizi di assistenza domiciliare a sostegno della famiglia e di supporto alla genitorialità
- centri polifunzionali;
- educativa territoriale ed attività ludico ricreative in grado di modulare le attività per soddisfare la forte richiesta di offerta di attività "doposcuola" per la carenza di strumenti culturali formativi in gran parte dei nuclei familiari "utenti";
- azioni di formazione/sensibilizzazione degli operatori del Pronto Soccorso, dei Commissariati per la comprensione/individuazione della violenza (abuso e maltrattamento di donne e bambini);
- istituzione e funzionamento dell'equipe abuso e maltrattamento;
- attivazione di spazi affidati al Terzo Settore per sostegno, orientamento ed accompagnamento delle vittime di abuso e maltrattamento nelle fasi della denuncia;
- servizi di accoglienza di prima istanza per mogli/madri vittime di violenza domestica;
- coordinamento con gli organi periferici della Giustizia Minorile e con il Distretto formativo - scolastico.

Per i minori a rischio sociale è già stato varato il programma di adozione sociale che nasce da un'idea fondata su un principio fondamentale: affrontare il disagio sociale dalla nascita.

Si basa su tre azioni strategiche:

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

3. Area anziani.

Le politiche sociali della Regione Campania puntano, non solo a confermare le misure fin qui attuate in favore delle persone anziane, ma intendono tutelare e promuovere i diritti degli anziani, assicurarne la permanenza attiva nel tessuto sociale della comunità e garantirne la dignità e la qualità di vita.

Nella Municipalità 8 la popolazione anziana rappresenta il 10,97% della popolazione residente. In ambito cittadino è quella che ha il minor numero di anziani (solo il 6,49% degli anziani residenti a Napoli). La maggiore concentrazione di anziani soli è nel quartiere di Chiaiano con il 24,02%.

Indicatori di sintesi della distribuzione della popolazione per età

Ambito territoriale	Indice di vecchiaia	Popolazione residente >65 anni	Anziani soli per 100 abitanti >65 anni
PISCINOLA	53,71	10,83	16,50
CHIAIANO	58,31	11,13	24,02
SCAMPIA	53,53	10,97	10,56
MUNICIPALITA' 8	54,72	10,97	15,74
<i>Napoli</i>	<i>91,13</i>	<i>15,59</i>	<i>23,92</i>

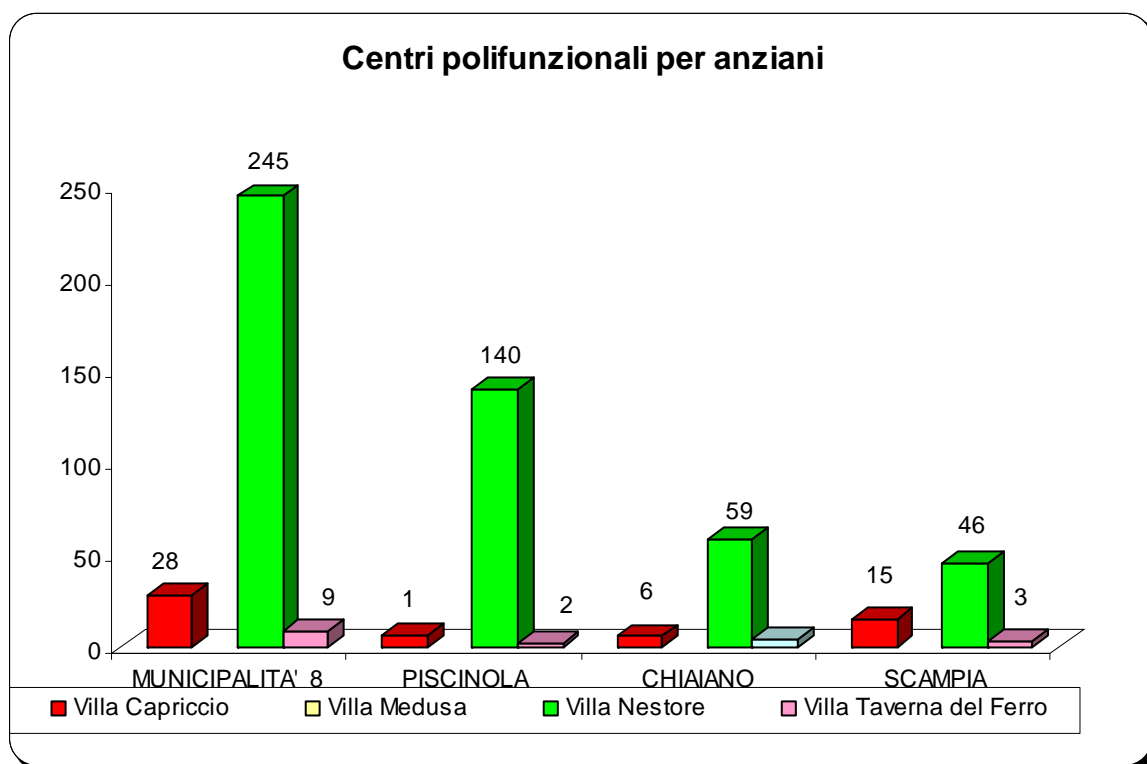
Fonte: elaborazione sui dati definitivi Istat relativi al Censimento della popolazione del 21 ottobre 2001

A tal fine è importante promuovere una cultura diffusa volta a valorizzare il ruolo delle persone anziane, a rafforzare le reti sociali e le opportunità di aggregazione e di relazione, a sviluppare i rapporti intergenerazionali.

3.1 Le attività di socializzazione ed aggregazione

Gli utenti che frequentano i centri diurni sono nella maggior parte dei casi residenti nel quartiere in cui è ubicata la struttura, **ciò spiegherebbe il numero consistente di anziani 140 unità) del quartiere Piscinola che frequentano Villa Nestore (sita a Piscinola).**

Le politiche programmatiche future dovrebbero pertanto prevedere in ciascuna municipalità almeno una struttura semiresidenziale, se si vogliono promuovere le attività di aggregazione e socializzazione degli anziani su tutto l'ambito cittadino.



Occorre sostenere le forme aggregative e puntare ad una prevenzione attiva delle conseguenze sociali legate alla condizione di solitudine, fragilità, non autosufficienza.

Come già affermato le prospettive di vita, seppure con la differenza di genere, si vanno allungando ponendo la popolazione anziana in una condizione di maggiore fragilità.

L'assistenza agli anziani fragili è un obiettivo prioritario da perseguire, incrementando in particolare, il sistema di protezione sociale e cura per le persone non autosufficienti.

La programmazione di interventi va necessariamente definita a partire dall'analisi dei bisogni dei cittadini con ridotta autonomia e dalla ricognizione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari già presenti sul territorio, prevedendo un incremento qualitativo e quantitativo.

Per servizi prioritari si intendono quei servizi volti a favorire l'autonomia delle persone anziane e l'integrazione sociale erogati in regime domiciliare, semi-residenziale, residenziale (RSA); favorire con un piano di intervento lo sviluppo uniforme su tutta la Municipalità le attività dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

La Regione Campania, al fine di aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari ed, in tal modo, innalzare anche la partecipazione delle donne al mercato del lavoro, ha scelto di incrementare il numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni), elevando l'incidenza percentuale della spesa prevista per tale servizio sul totale della spesa sanitaria regionale destinata ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Per l'Assistenza Domiciliare si ricorda che questo servizio deve essere inteso come un pacchetto di prestazioni che includono gli interventi di tipo materiale (aiuto per l'igiene della casa e della persona,...) sia interventi di inserimento sociale (accompagnamento, Segretariato sociale, etc.).

Nel miglioramento della qualità dell'offerta va posta l'attenzione su:

- accurata individuazione dei soggetti attuatori;
- diversificazione delle tipologie delle prestazioni;
- numero di ore di prestazione commisurate al bisogno;
- trasparenza dei criteri di accesso;
- pubblicizzazione.

3.2 Le politiche residenziali, domiciliari e di sostegno ai care-giver

Per quanto riguarda le politiche residenziali, domiciliari e di sostegno ai care-giver i dati non permettono una lettura della domanda complessiva del bisogno rispetto a tali interventi per l'esiguità degli stessi.

Anziani in strutture residenziali

Ambito Territoriale	Assistiti in case di riposo									Assistiti in cronici			
	Anziani					Disabili							
	M	F	Totale	% totale assistiti	tasso di ricovero ‰	M	F	Totale	% totale assistiti	M	F	Totale	% totale assistiti
PISCINOLA	0	3	3				2	2		2	3	5	
CHIAIANO	0	0	0				0	0		1	4	5	
SCAMPIA	1	1	2				0	1		3	0	3	
MUNICIPALITA' 8	1	4	5	2	0	-	2	3	7,7	6	7	13	8
<i>Napoli</i>	80	167	247	100	1	24	15	39	100	70	98	168	100

Fonte: Elaborazione del Dipartimento Socio-sanitario su dati del Servizio Politiche di Inclusione Sociale del Comune di Napoli

Anno di riferimento: 2005

Utenti servizi domiciliari

Ambito Territoriale	ADA			Telesoccorso				
	<i>Totali</i>	<i>% totale assistiti</i>	<i>tasso di utenza ‰</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>totali</i>	<i>% totale assistiti</i>	<i>tasso di utenza ‰</i>
PISCINOLA	17			1	12	13		
CHIAIANO	19			2	12	14		
SCAMPIA	2			4	20	24		
MUNICIPALITA' 8	38	11	3			51	9,5	4,37
<i>Napoli</i>	352	100	2	68	467	535	100	3,12

Fonte: elaborazione su dati del Servizio Politiche di Inclusione Sociale - Comune di Napoli - Anno 2005

L'allocazione delle risorse sui diversi servizi programmati deve avvenire sulla base della mappatura del sistema di offerta esistente e soprattutto sulla valutazione del bisogno dei cittadini con la redazione di progetti personalizzati.

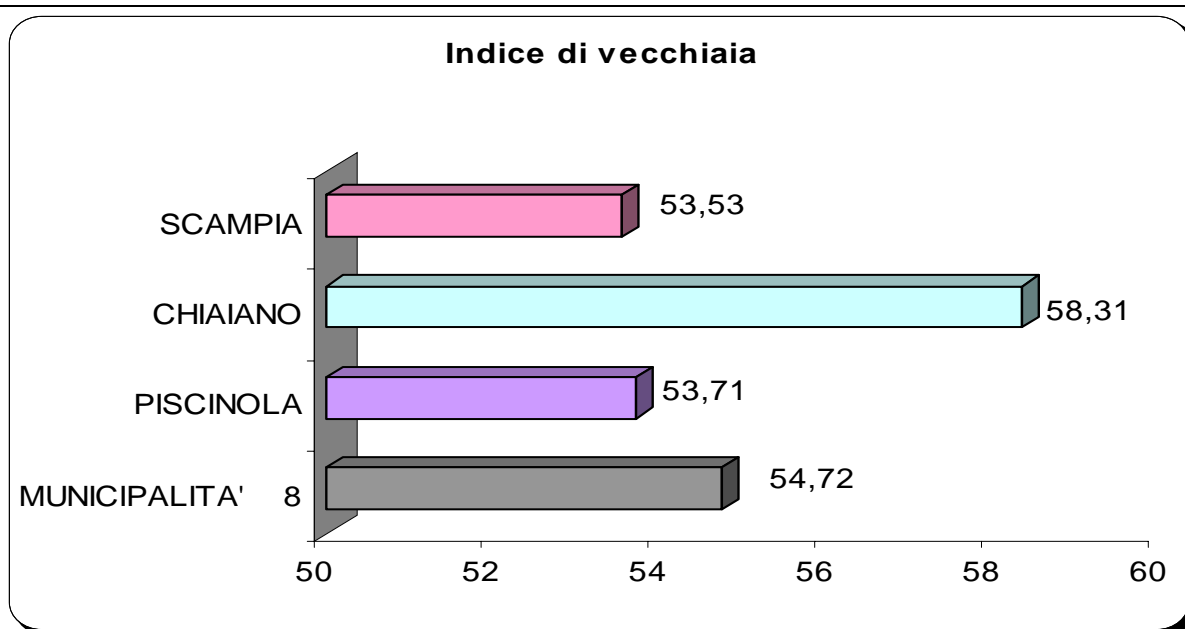
È stato precisato dalla Regione Campania che almeno il 70% delle risorse assegnate complessivamente sulle aree tematiche anziani, disabili e progetti personalizzati sia vincolato alla redazione dei progetti personalizzati.

Oltre alle risorse del riparto del Fondo Nazionale per programmare i servizi per gli anziani è possibile avvalersi delle risorse aggiuntive previste dalla L.R. 8/04 finalizzata alla promozione di iniziative volte a consentire alle persone prive di autonomia fisica o psichica, che non necessitano di ricovero in

strutture di tipo ospedaliero e nei centri di riabilitazione, di continuare a vivere nel proprio domicilio o presso il nucleo familiare di appartenenza.

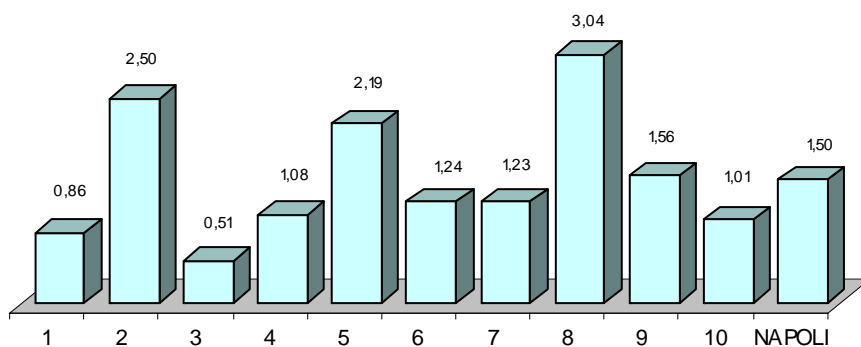
L.R. 21/89 per il potenziamento ed il miglioramento degli specifici interventi a favore degli anziani. In particolare, tali risorse possono essere destinate all'attuazione dei seguenti interventi:

- Assistenza domiciliare
- Gestione e funzionamento delle strutture residenziali socio-assistenziali di proprietà o di piena disponibilità del Comune;
- Gestione e funzionamento dei Centri Sociali Polifunzionali istituiti regolarmente ed autorizzati dal Comune.



Il numero di pazienti affetti da malattia di Alzheimer che afferiscono all' U.O. Anziani della municipalità è il più alto della città (350 unità) pari al 3,04% degli utenti cittadini.

**Soggetti anziani affetti da malattia di Alzheimer lieve-moderata
presi in carico nel 2005 dalle UU.OO.della città di Napoli**
(valori in %)



I tassi di ospedalizzazione della città di Napoli nella fascia di età 65-74 anni risultano più alti rispetto ai corrispondenti tassi regionali e nazionali, ad eccezione di quelli in regime di DH che appaiono in linea con il dato nazionale, ma più alti rispetto al dato regionale. Riguardo alla fascia d'età superiore a 74 anni i tassi di ospedalizzazione risultano pressoché in linea con quelli regionali e più bassi rispetto a quelli nazionali.

	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

A livello territoriale il tasso di ospedalizzazione totale non è tanto correlato al numero di anziani residenti nella Municipalità quanto alle caratteristiche sociali del territorio. Infatti, **nella Municipalità 8, dove la popolazione anziana è la più bassa della città e il disagio sociale più alto, il tasso di ricovero totale è il più alto della città per entrambe le fasce di età.**

MUNICIPALITA'	Tassi di ospedalizzazione per fasce di età e regime di ricovero					
	65-74 anni			> 74anni		
	Ordinari	DH	Totale	Ordinari	DH	Totale
MUNICIPALITA' 1	296,1	80,0	376,0	359,4	50,6	410,0
MUNICIPALITA' 2	362,8	79,7	442,5	420,0	51,9	472,0
MUNICIPALITA' 3	322,8	108,6	431,4	407,4	56,6	464,0
MUNICIPALITA' 4	354,5	86,6	441,1	418,9	44,7	463,6
MUNICIPALITA' 5	274,9	100,8	375,7	335,5	62,4	398,0
MUNICIPALITA' 6	385,6	77,5	463,1	452,7	37,7	490,4
MUNICIPALITA' 7	376,1	78,7	454,8	454,6	51,7	506,3
MUNICIPALITA' 8	434,3	107,8	542,1	544,7	73,9	618,6
MUNICIPALITA' 9	408,9	79,0	487,9	497,3	55,3	552,5
MUNICIPALITA' 10	348,1	73,2	421,3	421,7	46,2	467,8
Napoli	348,7	87,8	436,5	412,8	52,8	465,6

Fonte: Elaborazione su dati del Servizio Sistemi Informativi ASL Na1- Anno 2001

Nei dati forniti dal Servizio Sistemi Informativi ASLNa1 risultano n° 8321 ricoveri con distretto di residenza non individuato (poiché omissso nella compilazione della SDO) pari ad oltre il 18% dei ricoveri totali, derivandone una sottostima del tasso di ospedalizzazione cittadino. Per ovviare a tale "bias" si è proceduto, per ciascuna fascia di età, a dividere per 10 il relativo numero dei ricoveri con distretto "non individuato" e a sommare in modo uniforme per ciascun distretto il quoziente ottenuto ai corrispettivi ricoveri con distretto "individuato", in modo da ottenere, pur con i limiti legati a tale procedura, un indice più attendibile dei tassi di ricovero cittadini.

4. Area disabilità.

Gli ultimi dati ISTAT 2001 sulle persone affette da disabilità in Campania riportavano un tasso complessivo del 5,5% su tutta la popolazione.

Pur essendo prevista da ordinamenti legislativi di garanzia, la tutela e l'integrazione sociale delle persone affette da disabilità e pur avendo definito un quadro dei diritti di cittadinanza pieno, serve per il raggiungimento delle pari opportunità per i cittadini disabili un ulteriore sforzo normativo, amministrativo, operativo.

Forte è ancora la frammentazione e le forme di separazione degli interventi, tali da rendere prioritarie azioni e strumenti operativi di coordinamento tra i servizi per una maggiore integrazione tra sanitario-sociale, educativo - formativo.

Le persone portatrici di disabilità hanno bisogni estremamente eterogenei per tipologia di deficit, livelli di autonomia e di non autosufficienza.

Serve costruire un sistema di servizi ed interventi capace di fornire risposte ai bisogni della persona in termini unitari, globali, integrati e flessibili; politiche ancora ispirate alla Legge 104/92 che ha promosso un'attenzione complessiva all'intero progetto di vita della persona, proponendo una visione unitaria dei suoi bisogni e promuovendone una piena partecipazione nei principali ambiti della vita sociale(famiglia, scuola, lavoro e società).

Il progressivo processo di invecchiamento della popolazione per effetto soprattutto dell'allungamento delle prospettive della vita media, fa crescere ed intensificare la domanda di assistenza, in relazione al fatto che, con l'aumento dell'età media di vita, aumentano la probabilità di essere affetti da patologie invalidanti e si allunga anche il periodo di vita in condizioni di non piena autonomia come nel caso del crescente numero di malattie tumorali e di demenza di Alzheimer che nella VIII Municipalità è pari al 3,04% della popolazione, per i quali è importante richiamarsi a tutto quanto finora rappresentato e quanto è scritto nella **CARTA DEI 14 DIRITTI DEL MALATO**.

L'assistenza domiciliare oncologica ha infatti un approccio globale al paziente e non si limita al controllo del dolore e degli altri sintomi disturbanti, ma anche al supporto psicologico sociale e relazionale. Si prefigge di mantenere la continuità assistenziale quando il paziente oncologico lo desidera e le condizioni familiari lo permettano e di prolungare la sua permanenza nel proprio domicilio. Assistiamo ad una generale crisi del sistema, seppure basato su un impianto così consolidato come la 104/92; i costanti tagli al bilancio comunale subiti negli scorsi anni, le lentezze ed i ritardi nella formazione del personale scolastico dedicato all'assistenza materiale degli studenti diversamente abili, di fatto hanno condizionato nei diritti di cittadinanza le persone disabili; troppo spesso coinvolti solo nel progetto riabilitativo, quello dei centri; l'intero e pieno sviluppo deve invece potenziare tutti gli aspetti, con il riabilitativo e assistenziale, quindi, sostenere il progetto educativo per l'integrazione scolastica; la partecipazione sociale, il protagonismo dei soggetti, completandolo con il progetto per l'integrazione lavorativa.

Tutto questo è realizzabile solo prevedendo:

- l'intervento di diversi servizi e soggetti;
- l'attivazione di strumenti tecnici per la valutazione del bisogno multidimensionale;
- la predisposizione del programma assistenziale individuale.

MUNICIPALITA'	Indicatori di invalidità e disabilità							
	N. invalidi civili accertati		N. invalidi civili al 100%		N. invalidi civili con accompagnamento		L. 104/92	
	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)
MUNICIPALITA' 1	1509	73	290	85	465	72	441	68
MUNICIPALITA' 2	4628	225	1204	353	1112	172	1658	257
MUNICIPALITA' 3	1980	96	366	107	590	91	519	80
MUNICIPALITA' 4	n.p.		n.p.		n.p.		n.p.	
MUNICIPALITA' 5	3270	159	852	250	1068	165	1085	168
MUNICIPALITA' 6	n.p.		n.p.		n.p.		n.p.	
MUNICIPALITA' 7	2904	141	n.p.		749	116	722	112
MUNICIPALITA' 8	3389	165	n.p.		1718	266	1165	180
MUNICIPALITA' 9	n.p.		n.p.		n.p.		n.p.	
MUNICIPALITA' 10	2870	139	700	205	750	116	860	133
Napoli	20550	100	3412	100	6452	100	6450	100

Fonte: Dipartimento di Medicina Pubblica Valutativa ASL Na 1

Anno di riferimento : 2003

ambito territoriale	Servizi domiciliari e Assistenza materiale scolastica			
	ADH	Assistenza Materiale Scolastica		
	Totale	M	F	Totale
PISCINOLA	11	10	11	21
CHIAIANO	10	3	4	7
SCAMPIA	15	39	23	62
Municipalità 8	36	52	38	90
NAPOLI	306	600	400	1000

Fonte: Comune di Napoli - Servizio Politiche di Inclusione Sociale - Anno 2005

Per favorire l'autonomia e la vita indipendente delle persone con disabilità occorre sviluppare servizi diurni e semiresidenziali, per sollevare la famiglia dai carichi di cura; per interventi di sollievo o emergenza; per necessità familiari temporanee o imprevedibili, in modo da consentire al disabile, anche grave, una vita di relazione e sociale il più possibile piena ed indipendente; promuovere programmi di accesso ai servizi per il tempo libero, valorizzando il ruolo dell'associazionismo ed il volontariato.

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

PROGETTO "SOLE 3" contro l'esclusione sociale dei bambini con disabilità e le loro famiglie

QUARTIERE / MUNICIPALITA'	Minori inseriti nel progetto "Sole 3" e totale nuclei familiari coinvolti nel progetto					
	Maschi		Femmine		Totale	
	v.a	%	v.a	%	v.a	% su famiglie della città
MUNICIPALITA' 1	0		0		0	
MUNICIPALITA' 2	25	83,4	5	16,6	30	0,91
MUNICIPALITA' 3	17	81,0	4	19,0	21	0,58
MUNICIPALITA' 4	0		0		0	
MUNICIPALITA' 5	25	83,4	5	16,6	30	0,66
MUNICIPALITA' 6	16	80,0	4	20,0	20	0,56
MUNICIPALITA' 7	8	80,0	2	20,0	10	0,36
MUNICIPALITA' 8	16	80,0	4	20,0	20	0,76
MUNICIPALITA' 9	25	83,4	5	16,6	30	0,94
MUNICIPALITA' 10	13	86,7	2	13,3	15	0,42
NAPOLI	145	82,4	31	17,6	176	0,52

Fonte: Comune di Napoli Servizio Contrasto Nuove Povertà e Rete delle Emergenze Sociali - Ufficio per la famiglia

La Regione Campania predisporrà un avviso rivolto ai soggetti del terzo settore che potranno parteciparvi se realmente inseriti nelle reti dei servizi territoriali per avviare il programma "dopo di noi", il programma intende sperimentare soluzioni abitative autonome e progetti di vita indipendente, in particolare in presenza di disabilità lievi e con sufficienti livelli di autonomia.

L'inserimento lavorativo rappresenta il naturale completamento di un progetto assistenziale finalizzato all'autonomia personale ed alla vita indipendente.

È dunque necessario giungere con una programmazione locale per accompagnare la persona disabile al lavoro ponendo, in particolare attenzione alle opportunità di lavoro protetto e formativo, offerte dalle cooperative di tipo B; ai percorsi di formazione e addestramento assicurati dal sistema della formazione professionale, anche attraverso il Fondo Sociale Europeo e ai servizi ed alle opportunità offerte dai Centri per l'impiego ai sensi della normativa nazionale e regionale sul collocamento mirato (Legge 68/99)

In ultimo, per una piena autonomia bisogna garantire la mobilità, l'accessibilità e la vita indipendente..

Il trasporto sociale è evidentemente uno strumento di forte inclusione, per il quale va previsto potenziamento e flessibilità; la mobilità, intesa come accessibilità e vivibilità complessiva degli spazi pubblici e soprattutto come necessità di poter disporre almeno in ambito locale, di un vero e proprio sistema per la mobilità articolato in mezzi pubblici accessibili con agevolazioni tariffarie (autobus e taxi); di un servizio di trasporto "porta a porta" con pulmini attrezzati per le situazioni di maggiore gravità ed infine, agevolazioni e contributi sulla mobilità privata, anche attraverso le agevolazioni e contributi sulla mobilità privata, anche attraverso le agevolazioni previste dalla normativa in materia.

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

Rimangono servizi prioritari:

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

5. Area immigrati

Le peculiarità del territorio determinano le caratteristiche dell'immigrazione straniera. Come abbiamo visto, in queste zone è altissimo il tasso di disoccupazione tra la popolazione locale, pertanto scarse sono le occasioni di lavoro anche per gli immigrati. Pur tuttavia, il basso costo di colf e badanti provenienti dall'Est europeo fa sì che anche famiglie meno abbienti possano usufruire delle loro prestazioni, soprattutto in termini di assistentato agli anziani e ai disabili. Inoltre, anche in presenza di una generale difficoltà a reperire alloggi idonei, che coinvolge tutta la popolazione locale, gli immigrati tendono ad insediarsi su questo territorio poiché possono prendere in fitto appartamenti più a buon mercato che in altre zone della città, spesso dividendo le spese dell'appartamento con più connazionali. Per queste ragioni, molti immigrati che abitano sul territorio (eccetto i rom), non partecipano alla vita locale, lavorando e svolgendo tutte le loro attività e la vita associativa al di fuori di esso.

Va aggiunto che questo territorio è discretamente collegato con le altre parti della città, in particolare il centro ed il Vomero, dove gli immigrati svolgono le loro attività lavorative. Il territorio in esame è quindi, per gli immigrati, essenzialmente un quartiere dormitorio.

Come si vedrà meglio in seguito, la più grossa realtà di immigrati sul territorio è rappresentata dai rom jugoslavi, la cui immigrazione ha invece cause differenti rispetto a quelle delle altre comunità presenti. Il primo nucleo risale agli anni '70, quando Scampia era forse meno urbanizzata. La presenza di ampi spazi e di ponti per ripararsi, assenti in altre parti della città, oltre alla mancanza di controlli in una terra di nessuno, hanno dato loro la possibilità di raggrupparsi e vivere insieme, riproducendo, sia pure in maniera estremamente degradata, il villaggio rom su base familiare. Dall'inizio degli anni '90, in seguito alle guerre nei paesi della ex-Jugoslavia, i piccoli gruppi di rom, che vivevano già in uno stato di grande degrado e abbandonati a sé stessi, sono diventati migliaia.

In merito alle altre comunità immigrate nei diversi quartieri, si può notare che tra gli stranieri residenti nel quartiere Chiaiano prevalgono capoverdiani, srilankesi, peruviani, e giordani mentre nei quartieri Miano e Piscinola, gli stranieri residenti non superano, secondo i dati ufficiali, le 200 unità, con una leggera predominanza di srilankesi a Miano e giordani e libanesi a Piscinola. Infine, i residenti stranieri di Scampia e Secondigliano sono rappresentati, in maggioranza, da jugoslavi e, a seguire, da alcune comunità provenienti dall'Europa dell'Est.

Sulla base di questi dati, quindi, il numero degli immigrati extracomunitari nei suddetti quartieri sarebbe in assoluto tra i più bassi.

Un raffronto tra questi dati e quelli provenienti dalle altre fonti, conferma solo in parte i numeri forniti dalle Anagrafi, offrendo una realtà diversa e più articolata. Dai dati offerti dall'Associazione Opera Nomadi e dall'Ufficio Immigrati della Cgil la presenza di stranieri sul territorio è ben più consistente e non sempre coincide con situazioni di irregolarità. Infatti, spesso pur essendo in possesso di regolare permesso di soggiorno molti immigrati non si iscrivono all'anagrafe territoriale, soprattutto perché non riescono ad accedere al mercato della casa con regolari contratti di locazione.

Una situazione più recente in questi quartieri è la presenza relativamente alta di donne provenienti dall'Est Europeo (in particolare polacche, bulgare ed ucraine) che svolgono lavoro domestico presso le famiglie del luogo o accudiscono anziani. Poiché i compensi corrisposti sono bassissimi, esse non possono permettersi un appartamento autonomo e vivono nelle case in cui lavorano. Un'altra situazione particolare è l'alta presenza di immigrati dai paesi medio-orientali, in particolare a Chiaiano e Piscinola, con qualche presenza a Secondigliano e Scampia; in base alle testimonianze raccolte, sarebbero essenzialmente studenti o professionisti che hanno scelto questi quartieri per la facilità di collegamento con le zone universitarie, il Policlinico in primo luogo, e le zone centrali della città.

Un'importante esperienza rivolta alle donne immigrate è stata attiva dal 2002 al 2007 presso la casa d'accoglienza Incontro; una struttura per donne immigrate sole o con figli minori, vittime di violenza e maltrattamenti. Il progetto è stato finanziato dal Comune di Napoli. In questi anni sono state accolte 120 persone immigrate tutte portatrici di bisogni diversi.

Presso il Centro Polifunzionale Villa Nestore, dai primi mesi del 2003, è stato attivato un corso di lingua italiana per donne immigrate, residenti nel territorio. La volontà di fornire questo servizio al territorio, ha risposto ogni anno a circa 20 donne e per la maggior parte di loro è stato possibile il conseguimento della licenza media inferiore presso la scuola Berlinguer.

Le donne allieve del corso provengono soprattutto dalle nazioni dell'Europa dell'Est e dell'Africa; la fascia d'età prevalente è quella compresa tra i 30 e 45 anni.

Il corso di italiano per donne immigrate, oltre ad essere un luogo di formazione, è divenuto in breve tempo anche un luogo di socializzazione dei vissuti e dei percorsi migratori affrontati dalle donne per arrivare in Italia.

La maggior parte delle donne lavora come collaboratrice domestica presso famiglie napoletane o come badante accanto ad anziani. Le difficoltà maggiormente riscontrate riguardano la possibilità di frequentare con costanza il corso. Quasi tutte, infatti, si lamentano di non riuscire ad avere, dai propri datori di lavori, più di un pomeriggio libero la settimana.

Sempre sul territorio dell'VIII Municipalità è attivo un laboratorio di sartoria e di ceramica, dedicato alle donne. Un luogo di socializzazione e confronto dove donne di culture, età, storie diverse hanno condiviso momenti e spazi di formazione e di crescita personale.

Dedicare un'attività di questo tipo a donne in condizioni di disagio sociale ha rappresentato un valore aggiunto perché ha puntato a sviluppare comunicazione fra soggetti di diversa esperienza, ma accomunate da una condizione di genere e dal rischio di emarginazione: l'opportunità data è stata quella di riconoscersi in un percorso che riscopre il protagonismo di queste donne, mettendole in relazione in un progetto che accomuna pratiche, obiettivi e strategie realizzative.

I laboratori, attuati da Cooperative Sociali in collaborazione con l'UOSM territoriale e il Centro Anziani del Comune di Napoli, sono attivi dal 2004.

La realtà sociale cittadina, ma anche regionale, è investita da intensi mutamenti quantitativi e qualitativi; considera il contrasto alla povertà una vera strategia tesa alla promozione dei diritti di cittadinanza anche nei confronti di coloro che per particolari situazioni di vita, non sono concretamente in grado di poterli esercitare al pari di altri.

Gli obiettivi principali:

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

Vanno ancora segnalate alcune attività di alfabetizzazione per preadolescenti, finalizzate al loro inserimento nella scuola dell'obbligo, svolte sui campi rom nell'ambito del Progetto del Comune di Napoli. Tale alfabetizzazione è necessaria per quei minori che non sono mai andati a scuola e sono troppo grandi per essere inseriti nella scuola elementare.

Presso le parrocchie ed alcuni centri di animazione territoriali, infine, si offrono beni materiali, soprattutto a favore dei rom, e si svolgono attività di animazione per minori aperte anche a stranieri, ma non si rileva la strutturazione di specifici interventi.

5.1 Diritti di cittadinanza dei bambini Rom e dei migranti

L'immigrazione ed il nomadismo per ragioni storiche, economiche e sociali stanno diventando le nuove povertà della società globalizzata, per questo la Regione con il FNPS ha impegnato risorse per consolidare buone pratiche e percorsi di inclusione sociale rivolti a bambini rom e migranti in territori a forte impatto di presenza di questo specifico segmento di popolazione.

In Campania su una stima di minori stranieri di 10.271 unità, quelli che frequentano la scuola, secondo il MIUR sono 4.303, secondo la Direzione Scolastica Regionale 3.885.

L'incremento maggiore nelle iscrizioni si registra nelle periferie di Napoli e nel casertano

Vi sono minori che frequentano la scuola con profitto e successo, ma vi sono anche adolescenti impiegati in lavori poco qualificati e pesanti, senza il rispetto di alcuna norma di sicurezza; che vivono in ambienti malsani e che fanno parte di nuclei familiari irregolari e multiproblematici o sono figli di madri sole, privi di riferimenti territoriali significativi.

Il fenomeno dei minori non accompagnati sembra non riguardare il territorio della Municipalità 8, mentre invece risulta caratterizzante la presenza di comunità Rom/Sinti e Rom provenienti dalla ex Jugoslavia.

Le loro condizioni abitative sono quasi dappertutto molto precarie.

A causa della perdita dei mestieri tradizionali, del bassissimo livello d'istruzione, sono quasi del tutto fuori dal mercato del lavoro.

Gli episodi di razzismo verificatisi in altre epoche, non si sono più prodotti.

L'assenza di atti d'intolleranza è segno di civiltà, ma le comunità locali soffrono per le precarie condizioni igienico ambientali che l'abbandono e la trascuratezza degli insediamenti riverberano sul territorio.

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

Obiettivi:

- Sviluppare ed integrare servizi ed interventi ai minori in ordine alla socializzazione, ai tempi liberi dalle attività educative; attività ludico ricreative anche all'interno dei campi;
- promuovere servizi di mediazione culturale nell'approccio scolastico;
- azioni volte al recupero della dimensione "infanzia" dei bambini Rom.

5.2 Interventi e servizi per l'immigrazione

Dati regionali 136.359 immigrati, tra regolari ed irregolari, di cui il 69,5% donne ed il 39% uomini; i dati del nostro territorio sono:

il processo d'integrazione passa attraverso il sostegno a politiche di governance con gli attori del territorio operanti nel settore immigrazione ed al concreto riconoscimento dei diritti di cittadinanza.

Per favorire un reale processo d'inclusione è necessario far emergere ed ascoltare le capacità socio-culturali ed economico-imprenditoriali degli immigrati, al fine di produrre e rafforzare legami e reti territoriali tese a garantire lo sviluppo umano.

Le azioni dovranno riguardare:

- Interventi volti all'inserimento socio economico, capaci di prevenire forme di discriminazione degli stranieri per agevolare la fruizione dei diritti di cittadinanza.
- Interventi mirati a garantire/tutelare l'accesso ai servizi sociali territoriali; all'istruzione degli adulti e dei minori, all'occupazione ed alla formazione professionale e promuovere le pari opportunità per le donne e per i minori;
- Interventi volti a prevenire situazioni di disagio gravi promuovendo forme di reinserimento e sviluppo umano quando la popolazione immigrata venga a trovarsi in condizioni di estrema vulnerabilità e quindi a grave rischio di emarginazione sociale.

6 Area salute mentale

Nella Legge sulla Dignità e cittadinanza Sociale la salute mentale è stata inclusa tra le aree di intervento specifica.

La complessità dei bisogni delle persone con disagio mentale e l'aumento di questi disagi nell'area della popolazione giovanile, collegati con altre povertà immateriali, impone sempre più l'approccio di rete socio-sanitaria di presa in carico.

L'orientamento verso la promozione di strutture intermedie sociali, capaci di sostenere le famiglie e le persone è prioritario nella pianificazione d'interventi.

I precedenti Piani di Zona della 328/00 hanno previsto e programmato per l'area della disabilità e salute mentale":

- Centri diurni integrati tra Servizi sociali, Asl, Dipartimenti di Salute Mentale territorialmente competente, tirocini formativi etc.
- Gruppi appartamento
- Comunità alloggi
- Progetti innovativi con riferimento a persone con storie di istituzionalizzazione e con scarsa rete familiare e sociale.

I bisogni della popolazione del territorio in merito alle condizioni di salute mentale si possono incanalare in base all'età, al genere, allo stato socio-economico, ai tempi di insorgenza ed alla tipologia del disagio/disturbo.

Si tratta di aspetti caratterizzati da una fondamentale trasversalità e presenti nelle differenti aree di intervento/contenitori già individuati nei Piani di Zona.

Allo stato, nei Servizi di Salute Mentale pubblici, la domanda prevalente di aiuto è quella che riguarda le patologie gravi e gravose, specchio di una complessità umana che coinvolge la popolazione tutta, a partire dal contesto familiare vicino. Tale domanda risulta sempre più pressante e drammatica. Le conoscenze attuali circa la malattia mentale non consentono una "presa in carico" esclusivamente sanitario-psichiatrica che, da sola, non può arrivare a contemplare la difesa dei diritti di cittadinanza e di vita nonché l'aiuto alla persona e conseguentemente la costruzione della propria soggettività "inclusa" in una trama di vita reale.

La questione sociale è intrecciata con la patologia a più livelli; e la comunità ha la responsabilità di tutelare i diritti dei più deboli e incapaci di contrattazione e, in tal senso di curare e prevenire.

Gli utenti in carico nei servizi di salute mentale aziendale nell'anno 2005 sono complessivamente 21.646 di cui circa il 18% è nuova utenza, pari ad incremento di un utente al giorno per unità

operativa.

Le classi di età sono omogenee nelle municipalità evidenziando, tuttavia, un addensamento significativo nella classe di età compresa tra i 50 e i 64 anni (28,2%) seguita da quella "40-49" (23,6%) e "30-39" (22%).

Stesse caratteristiche si evidenziano nel dato relativo alla nuova utenza.

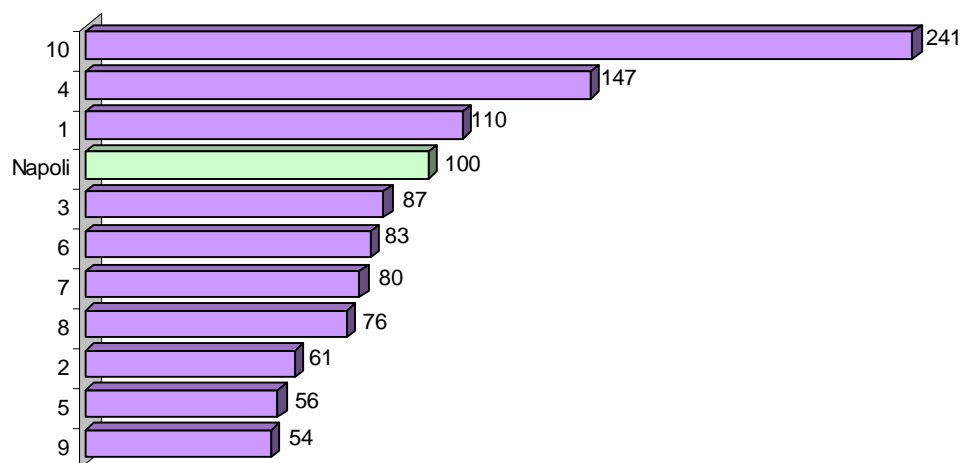
Per quanto riguarda i tassi di utenza prevale la fascia "40-49" con il 58‰ (con maggiore addensamento nelle municipalità 4-1-7), seguita dalla fascia "50-64" con il 56‰ (municipalità 1-4-3) e da quella "30-39" con il 51,6‰ (municipalità 4-1-8).

Per quanto riguarda la municipalità 8 il numero di utenti in carico è tra i più bassi della città.

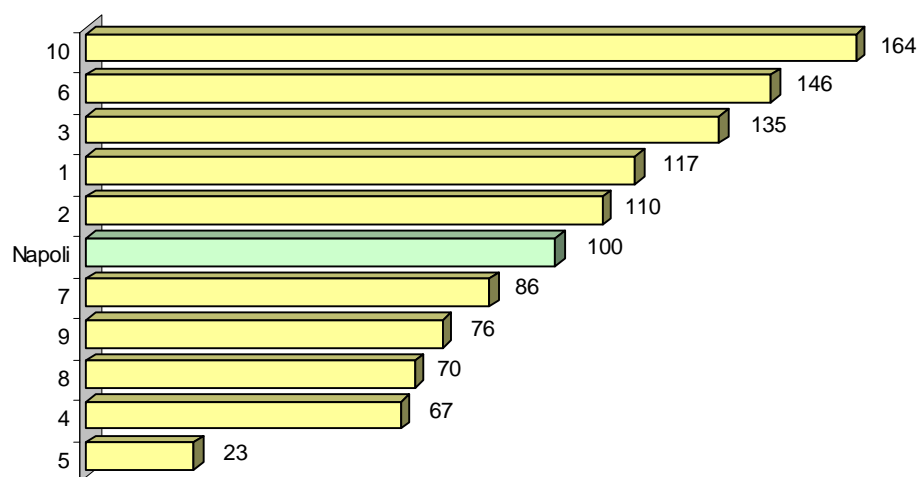
MUNICIPALITA'	Utenti in carico		Nuovi utenti	
	v.a.	Numeri Indice (Media Napoli=100)	v.a.	Numeri Indice (Media Napoli=100)
MUNICIPALITA' 1	1959	110	461	117
MUNICIPALITA' 2	1084	61	435	110
MUNICIPALITA' 3	1553	87	533	135
MUNICIPALITA' 4	2609	147	266	67
MUNICIPALITA' 5	1003	56	94	23
MUNICIPALITA' 6	1471	83	575	146
MUNICIPALITA' 7	1430	80	338	86
MUNICIPALITA' 8	1360	76	278	70
MUNICIPALITA' 9	966	54	299	76
MUNICIPALITA' 10	4285	241	647	164
Napoli	17.720	100	3.926	100

Fonte: Elaborazione Dipartimento Sociosanitario su dati del Dipartimento Salute Mentale
ASLNa1 - Anno 2005

Utenti in carico - Numeri indice



Nuovi utenti - numeri indice

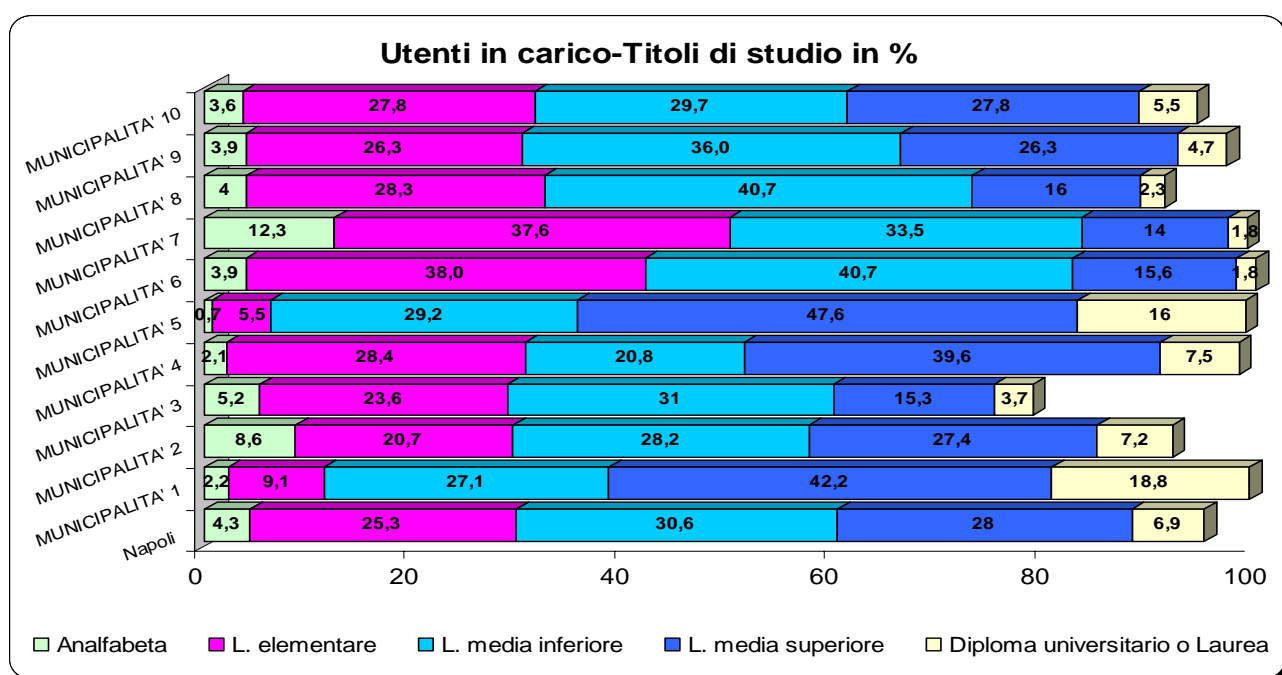


MUNICIPALITA'	Tassi di utenza											
	0-17	Numeri Indice (Napoli=100)	18-29	Numeri Indice (Napoli=100)	30-39	Numeri Indice (Napoli=100)	40-49	Numeri Indice (Napoli=100)	50-64	Numeri Indice (Napoli=100)	65 e più	Numeri Indice (Napoli=100)
MUNICIPALITA' 1	0,8	57	39,8	121	65,5	126	67,6	116	81,1	142	34	136
MUNICIPALITA' 2	2,1	150	22,6	68	30,8	59	34	58	35,2	61	16,6	66
MUNICIPALITA' 3	0,8	57	26	79	33,1	64	41,1	70	63,8	112	24,6	98
MUNICIPALITA' 4	7,5	535	70	213	83,1	161	70,8	122	67,7	119	37,9	152
MUNICIPALITA' 5	0	0	18,8	57	40,5	78	33,9	58	20,9	36	1,5	6
MUNICIPALITA' 6	0,9	64	15,9	48	33,4	64	47,5	81	52,9	93	17,2	69
MUNICIPALITA' 7	0,5	35	25,3	77	43,3	83	61,4	105	57,2	100	29,3	117
MUNICIPALITA' 8	1,7	121	22,9	69	50,2	97	52,2	90	43,9	77	22	88
MUNICIPALITA' 9	0	0	13,8	42	24,2	46	32,2	55	30,6	53	13,6	54
MUNICIPALITA' 10	0	0	90,6	276	123,4	239	143,5	274	122,7	216	57,8	232
Napoli	1,4	100	32,8	100	51,6	100	58	100	56,8	100	24,9	100

Fonte: Elaborazione Dipartimento Sociosanitario su dati Dipartimento Salute Mentale ASLNa1 - Anno 2005

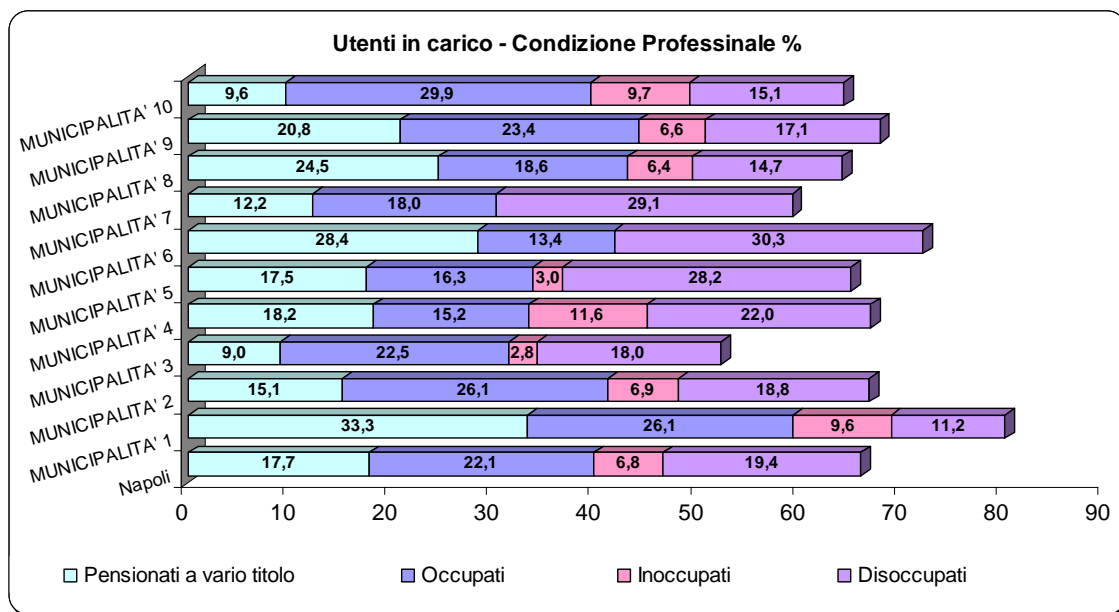
Titolo di studio

Relativamente alla scolarità, la Municipalità 8 registra una scolarità media-bassa.



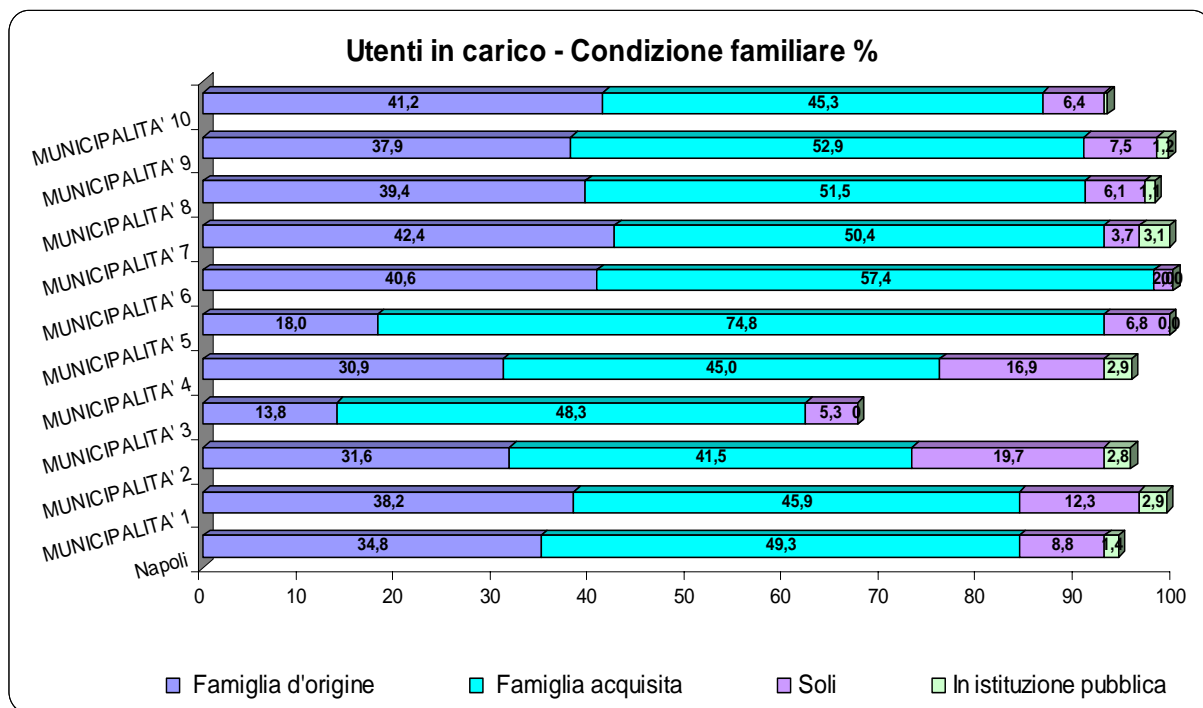
Condizione lavorativa

Nella municipalità 8 prevale la percentuale di pensionati (24,5%)



Condizione familiare

Gli utenti per la gran parte vivono in famiglia (51,5% nella famiglia acquisita e il 39,4% in quella d'origine).



Servizi Psichiatrici Ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC)

Nella Municipalità 8 si riscontra un elevato numero di ricoveri in SPDC, TSV e TSO.

Ricoveri nei Servizi Psichiatrici Ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC)

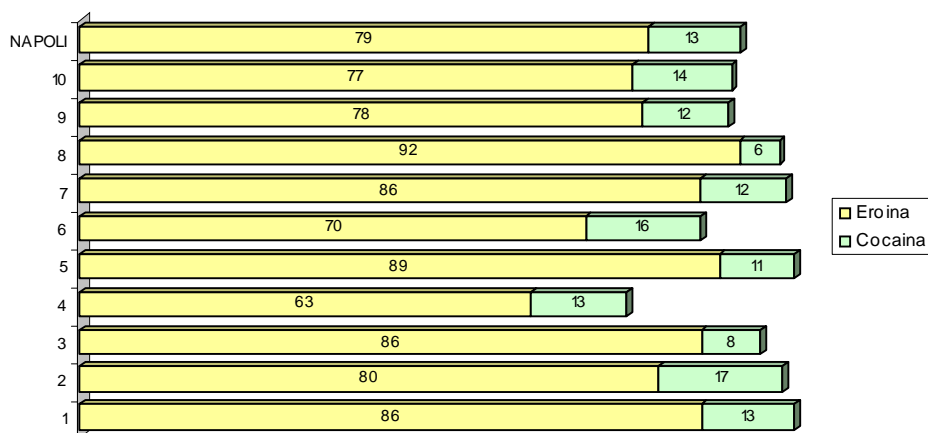
MUNICIPALITA'	N. Ricoveri		N. Ricoveri TSV		N. Ricoveri TSO	
	v.a	Numeri Indice (Media Napoli=100)	v.a	Numeri Indice (Media Napoli=100)	v.a	Numeri Indice (Media Napoli=100)
Municipalità 1	38	49	17	30	27	108
Municipalità 2	74	96	51	92	29	116
Municipalità 3	89	115	68	123	22	88
Municipalità 4	78	101	66	120	23	92
Municipalità 5	51	66	35	63	24	96
Municipalità 6	67	87	37	67	34	136
Municipalità 7	126	163	108	196	25	100
Municipalità 8	100	129	83	150	29	116
Municipalità 9	84	109	61	110	27	108
Municipalità 10	58	75	24	43	10	40
Municipalità n.r.	2		1		1	
Napoli	767	100	551	100	251	100

Fonte: Dipartimento Salute Mentale ASLNa1 - Anno 2005

7 AREA FARMACODIPENDENZE

La Regione Campania ha inteso impegnare cospicue risorse per promuovere programmi d'inclusione sociale della popolazione detenuta, rappresentata per i due terzi da tossicodipendenti ed immigrati e per programmi individualizzati per le persone affette da HIV- AIDS, ospiti nelle strutture residenziali del privato sociale, in convenzione l'ASL, per offrire risposte a particolari bisogni essenziali.

Utenti in carico - Sostanza d'abuso primaria %



Tassi di utenza per fasce di età

MUNICIPALITA'	<15-19 anni		20-29 anni		30-39 anni		> 39 anni	
	Tassi	Numeri Indice (Napoli=100)	Tassi	Numeri Indice (Napoli=100)	Tassi	Numeri Indice (Napoli=100)	Tassi	Numeri Indice (Napoli=100)
MUNICIPALITA' 1	0,4	27	3,2	31	4,9	34	1,3	62
MUNICIPALITA' 2	1,2	80	10,3	99	21,8	148	4,9	234
MUNICIPALITA' 3	0,7	47	6,5	62	12,4	84	2,1	100
MUNICIPALITA' 4	1,6	107	7,5	72	16,7	113	3,2	152
MUNICIPALITA' 5	0,7	47	8,9	85	7,5	51	0,5	24
MUNICIPALITA' 6	0,7	47	12,9	124	19,2	130	3,1	148
MUNICIPALITA' 7	0,9	60	5,8	56	20,3	138	1	47
MUNICIPALITA' 8	0,1	7	11,6	111	17,5	119	1,1	52
MUNICIPALITA' 9	3,6	240	15,6	150	14	95	0,5	24
MUNICIPALITA' 10	5,3	353	19,1	183	19,4	132	0,1	5
NAPOLI	1,5	100	10,4	100	14,7	100	2,1	100

Fonte: Elaborazione Dipartimento Sociosanitario su dati del Dipartimento Farmacodipendenze ASLNa1

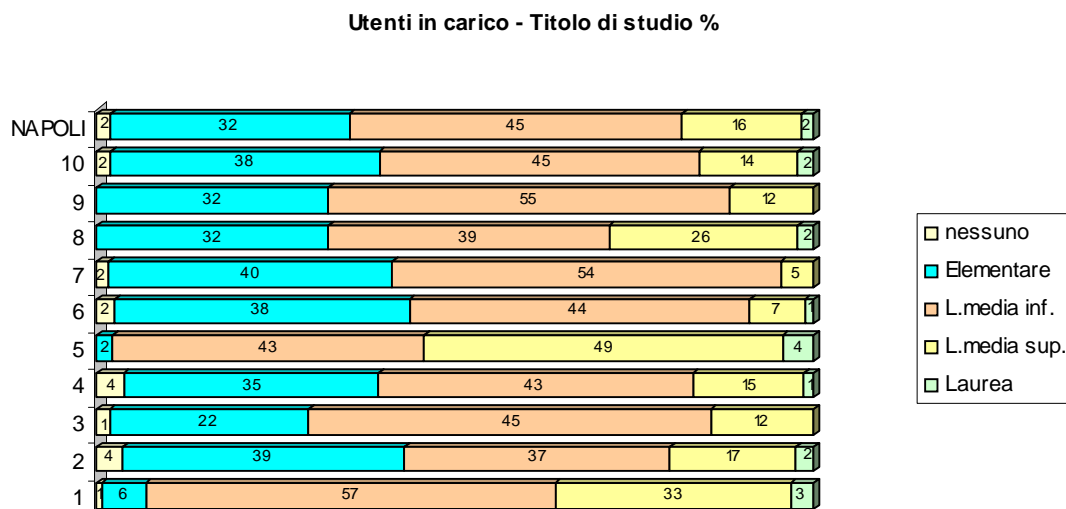
Anno di riferimento: 2005

La Municipalità 8 è tra le municipalità con un tasso di utenza più basso nelle fasce di età **<15/19 anni** e **>39 anni**

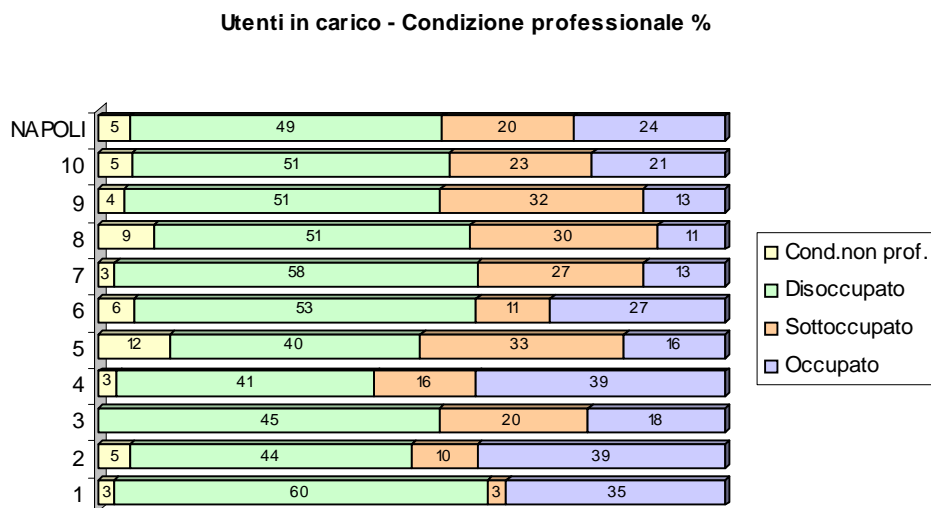
MUNICIPALITA'	Utenti in carico = <i>reiscritti + nuovi utenti</i>					
	Totale utenti		Nuovi utenti		Reiscritti	
	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)	Valore assoluto	Numeri Indice (Media Napoli=100)
MUNICIPALITA' 1	161	32	40	52	121	29
MUNICIPALITA' 2	720	145	68	88	652	155
MUNICIPALITA' 3	416	84	38	49	378	90
MUNICIPALITA' 4	525	106	82	106	443	106
MUNICIPALITA' 5	286	58	78	101	208	49
MUNICIPALITA' 6	732	147	103	133	629	150
MUNICIPALITA' 7	450	91	45	58	405	97
MUNICIPALITA' 8	463	93	54	70	409	97
MUNICIPALITA' 9	540	109	77	100	463	110
MUNICIPALITA' 10	672	135	188	243	484	115
NAPOLI	4965	100	773	100	4192	100

Fonte: Elaborazione Dipartimento Sociosanitario su dati del Dipartimento Farmacodipendenze ASLNa1
- Anno 2005

Relativamente alla scolarità, la Municipalità 8 registra una scolarità media-bassa.



Riguardo alla condizione professionale nella Municipalità 8 una maggiore percentuale di disoccupati (50,5%) e di sottoccupati (30%).



È importante avere sul territorio una rete integrata di equipè multidisciplinari , afferenti ai diversi fra i servizi in grado di svolgere valutazioni psico-sociali e di re-inserimento delle persone con problemi di abuso di sostanze stupefacenti ed offrire a questo specifico segmento, un adeguato supporto per prevenire il rischio del ricostituirsi di situazioni di emarginazione e di conseguenti ricadute nel problema della tossicodipendenza.

Per la costruzione di un'azione preventiva, terapeutica e socio-riabilitativa congruente, indispensabile l'incontro di più discipline, metodologia ed organizzazioni, legate a culture e prassi operative diverse, che si riconoscano in una rete di intervento in cui differenti soggetti del pubblico e del privato sociale abbiano un'effettiva pari dignità e possano concorrere in maniera integrata al raggiungimento degli obiettivi di salute dei soggetti dell'area tematica.

Gli utenti dei servizi per le tossicodipendenze della ASL NA1 registrano le stesse tendenze del mercato delle droghe e dei consumi che si rilevano a livello nazionale.

Si evidenzia in tutti i SerT cittadini una certa stabilità dei consumatori di eroina (79%) che rappresenta l'area "storica" dei tossicodipendenti che si rivolgono ai servizi.

Il dato emergente si riferisce all'aumento di soggetti dipendenti dalla cocaina (12,7%).

I Servizi, orientati alla gestione del consumo storico di eroina, si stanno attivando per far fronte anche ai nuovi stili di consumo ed ai nuovi consumatori che assumono contemporaneamente più di una sostanza (policonsumatori). Non esiste una quantificazione puntuale dei consumatori occasionali

Il sistema dei servizi, sia pubblico che del terzo settore, per le loro caratteristiche organizzative intrinseche, deve riuscire ad offrire servizi puntuali ai soggetti dell'area tematica attraverso:

- unità mobili
- sostegno alla scolarizzazione e conseguimento titoli di studio

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

8 Contrasto alla povertà

Secondo gli ultimi dati Istat (ottobre 2006) in Campania, l'incidenza della povertà relativa (rapporto tra il numero di famiglie con spesa mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà e numero delle famiglie residenti), pari al 27% è più che doppia rispetto al dato nazionale, che pure si attesta all'11%.

Il territorio dell'VIII Municipalità include i quartieri Chiaiano, Piscinola-Marianella e Scampia, tutti territori accomunati dai gravi problemi che caratterizzano le periferie napoletane: alti tassi di disoccupazione, di evasione e dispersione scolastica e di criminalità organizzata. Anche la situazione abitativa della popolazione locale è difficile, in quanto la diffusa precarietà economica non permette il pagamento di un fitto per una casa dotata dei requisiti dell'abitabilità ed esiste pertanto una consistente realtà fatta di persone che occupano scantinati e locali originariamente adibiti a negozi. Leggermente migliore è la situazione di Chiaiano, a causa della parziale persistenza di un'economia contadina che integra quella propria delle aree urbane povere.

L'attuazione della misura sperimentale del Reddito di Cittadinanza (RdC) ha mostrato che il 7% delle famiglie campane dichiara un reddito medio stimato di 5000 euro l'anno, con un reddito medio stimato di 2000 euro per la generalità dei richiedenti che si abbassa fino a toccare una media di 250 euro, se si considerano i soli beneficiari della misura.

È evidente che necessita una strategia di interventi tesi a porre in essere un sistema di azioni di contrasto alla povertà e per favorire l'inclusione sociale.

Proseguire la sperimentazione regionale attivata, confidando in Leggi Finanziarie orientate al sostegno di questa misura;

intensificare l'inserimento dei soggetti appartenenti ai nuclei familiari beneficiario ammessi alla graduatoria del RdC, nella rete dei Servizi Sociali;

la progettazione di un intervento complessivo, un vero e proprio progetto individualizzato, che comprenda misure volte all'inserimento scolastico, formativo, lavorativo.

attivare il sistema di servizi ed il sistema di presa in carico dei beneficiari.

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

Essendo compito del Comune provvedere alla progettazione degli interventi specifici per il nucleo familiare e per ciascun componente del nucleo stesso (L.R.2/04, art. 6, comma 1) prevediamo che tali misure trovino riscontro nella progettazione dei piani sociali di zona (L.R.2/04, artt.4 e 7 del Regolamento consiliare).

È necessario potenziare la capacità del sistema della presa in carico, disegnare un'offerta di rete ed integrare interventi e servizi del welfare locale.

La Regione Campania, al fine di consentire agli operatori sociali, l'acquisizione di conoscenza e di informazioni sulle iniziative e sulle opportunità esistenti a livello regionale e locale, ha affidato al soggetto incaricato dell'assistenza tecnica (Sviluppo Italia) il compito di elaborare una mappa delle opportunità sociali che sarà disponibile in un'apposita sezione del sito web dedicato al reddito di

cittadinanza e che fornirà dati riguardanti i soggetti titolari delle iniziative, i destinatari, le risorse stanziare, la durata delle attività, le modalità di partecipazione, gli indirizzi ed i contatti utili.

8.1 Senza Fissa Dimora

Per quanto attiene più in generale il sistema di offerta per l'area di contrasto alle povertà si ribadisce l'importanza di programmare servizi ed interventi a favore delle povertà estreme in modo da rafforzare la rete di protezione nei confronti delle persone estremamente fragili.

Importante il servizio di pronto intervento sociale, l'unità mobile di strada; servizi semiresidenziali e residenziali, domiciliari e territoriali. A tal fine è importante: sviluppare ed integrare i servizi di pronta accoglienza e gli interventi a bassa soglia (posti letto, pasti, docce, lavanderie, cambi di guardaroba) per le persone senza fissa dimora in situazione di estrema povertà, mirate ad offrire garanzie minime di qualità della vita, nonché percorsi di inserimento sociale ed educativi.

8.2 Persone detenute, internate o comunque prive della libertà personale.

La Regione Campania ospita un numero rilevante di persone ristrette, circa 5.300; prima dell'indulto della scorsa estate era di circa 7.500. a questi numeri vanno aggiunte le circa 3.500 persone in misure alternative alla detenzione ed i minori ristretti negli istituti di pena di Nisida ed Airola.

La popolazione detenuta è composta in larga parte da persone tossicodipendenti (33%) e immigrate (18%). Oltre il 60% di essa è detenuta nella fascia urbana di Napoli; per questo, la Regione Campania inserirà nella definizione del Piano Sociale Regionale un'area specifica d'intervento

Dati detenzione

Reinserimento sociale e lavorativo; rimotivazione psicologica, riduzione e superamento dell'analfabetismo di ritorno

Creazione di una Rete integrata delle Agenzie territoriali (scuola, CSST, Comune, Asl, Confederazioni artigiano, PMI, Terzo Settore qualificato),

corsi di formazione professionale già parametrata a precisi segmenti di mercato/produzione.

Costruzione di una rete locale contro l'esclusione sociale in grado di prevedere interventi in prossimità del fine pena o durante l'esecuzione di una misura alternativa;

in collaborazione con l'Asl programmare misure ed interventi specifici all'interno del PAT;

prevedere progetti specifici di sostegno ed integrazione speciale laddove risiedano sul territorio donne detenute con bambini per evitare che i bambini debbano in qualche modo vivere l'esperienza del carcere.

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

Particolare attenzione va dunque a talune fasce di popolazione caratterizzate da condizioni di multidimensionalità del disagio per superare logiche di emergenza e di mero assistenzialismo.

Presidente della VIII ^ Municipalità
Carmine Malinconico.

Direttore ASL 48
Antonio Maddaloni

Ufficio di Piano Municipale.

Assessore alle Politiche Sociali e Coordinatore ufficio di piano
Nicola Tortorella.

**Assessore alle Politiche per Infanzia, Adolescenza, Immigrazione e
Pari Opportunità.**
Maria de Marco.

Presidente della Commissione Politiche Sociali
Rosario Andreozzi.

Responsabili dei centri servizi sociali territoriali
Dott.ssa Marianna Sarnataro;
Dott.ssa Rita Borgonovo;
Dott.ssa Guarracino Silvana.

Responsabile del distretto sociosanitario
Dott. Felice Morra

Si ringrazia per il contributo dato per l'elaborazione del documento:

Commissione Politiche Sociali VIII Municipalità;
Consulta delle Associazioni;
Consulta del III ^ Settore;
Consulta delle Pari Opportunità;