

**BOLLETTINO**  **UFFICIALE**  
**DELLA REGIONE PUGLIA**

Sped. in abb. Postale, Art. 2, comma 20/c - Legge 662/96 - Aut. DC/215/03/01/01 - Potenza

Anno XXXV

BARI, 26 AGOSTO 2004

N. 103

Il Bollettino Ufficiale della Regione Puglia si pubblica con frequenza infrasettimanale ed è diviso in due parti.

Nella 1ª parte si pubblicano: Leggi e Regolamenti regionali, Ordinanze e sentenze della Corte Costituzionale e di Organi giurisdizionali, Circolari aventi rilevanza esterna, Deliberazioni del Consiglio regionale riguardanti l'elezione dei componenti l'Ufficio di presidenza dell'Assemblea, della Giunta e delle Commissioni permanenti.

Nella 2ª parte si pubblicano: le deliberazioni del Consiglio regionale e della Giunta; i Decreti del Presidente, degli Assessori, dei funzionari delegati, di pubbliche autorità; gli avvisi, i bandi di concorso e le gare di appalto.

Gli annunci, gli avvisi, i bandi di concorso, le gare di appalto, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale pubblicato il giovedì.

Direzione e Redazione - Presidenza Giunta Regionale - Lungomare N. Sauro, 33 - 70121 Bari - Tel. 0805406316-0805406317-0805406372 - Uff. abbonamenti 0805406376 - Fax 0805406379.

Abbonamento annuo di € 134,28 tramite versamento su c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari. Prezzo di vendita € 1,34. I versamenti per l'abbonamento effettuati entro il 15° giorno di ogni mese avranno validità dal 1° giorno del mese successivo; mentre i versamenti effettuati dopo il 15° giorno e comunque entro il 30° giorno di ogni mese avranno validità dal 15° giorno del mese successivo.

Gli annunci da pubblicare devono essere inviati almeno 3 giorni prima della scadenza del termine utile per la pubblicazione alla Direzione del Bollettino Ufficiale - Lungomare N. Sauro, 33 - Bari.

Il testo originale su carta da bollo da € 10,33, salvo esenzioni di legge, deve essere corredato da 1 copia in carta uso bollo e dall'attestazione del versamento della tassa di pubblicazione prevista.

L'importo della tassa di pubblicazione è di € 154,94 oltre IVA al 20% (importo totale € 185,93) per ogni inserzione il cui contenuto non sia superiore, nel testo, a quattro cartelle dattiloscritte pari a 100 righe per 60 battute (o frazione) e di € 11,36 oltre IVA (importo totale € 13,63) per ogni ulteriore cartella dattiloscritta di 25 righe per 60 battute (o frazione).

Il versamento dello stesso deve essere effettuato sul c.c.p. n. 18785709 intestato a Regione Puglia - Ufficio Bollettino Ufficiale Bari. Non si darà corso alle inserzioni prive della predetta documentazione.

LE PUBBLICAZIONI SONO IN VENDITA PRESSO LA LIBRERIA UNIVERSITÀ E PROFESSIONI SRL - VIA CRISANZIO 16 - BARI; LIBRERIA PIAZZO - PIAZZA VITTORIA, 4 - BRINDISI; CASA DEL LIBRO - VIA LIGURIA, 82 - TARANTO; LIBRERIA PATIERNO ANTONIO - VIA DANTE, 21 - FOGGIA; LIBRERIA MILELLA - VIA PALMIERI 30 - LECCE.

**SOMMARIO**

PARTE SECONDA

***Deliberazioni del Consiglio e della Giunta***

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1090  
**Piano regionale per il diritto allo studio per l'anno 2004.**

Pag. 9576

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1104  
**L.R. 25 agosto 2003, n. 17 – art. 8. – “Piano regionale delle Politiche Sociali – interventi e servizi in Puglia”. Approvazione.**

Pag. 9659

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1268  
**Art. 1 legge 362 dell'8.11.1991. Revisione pianta**

**organica biennio 2001/02 delle farmacie dei comuni ricadenti nel territorio della ASL LE/1, esclusa la città di Lecce. Richiesta pubblicazione.**

Pag. 9974

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1269  
**Art. 1 legge 362 dell'8.11.1991. Revisione pianta organica biennio 2001/02 delle farmacie dei comuni ricadenti nel territorio della ASL LE/2. Richiesta pubblicazione.**

Pag. 9980

***Atti e comunicazioni degli Enti Locali***

AMMINISTRAZIONE PROVINCIALE DI BRINDISI  
 DECRETO 27 maggio 2004, n. 93/V  
**Esproprio.**

Pag. 9984



COMUNE DI PORTO CESAREO (Lecce)  
DELIBERA C.C. 30 giugno 2004, n.55  
**Approvazione variante P.R.G. "Riviera di Levante".**  
Pag. 9986

***Appalti - Bandi, Concorsi e Avvisi***

***APPALTI - BANDI***

COMUNE DI ALEZIO (Lecce)  
**Avviso di gara lavori di sistemazione strade comunali.**  
Pag. 9987

COMUNE DI MOLFETTA (Bari)  
**Avviso di differimento gara per l'appalto dei lavori di riqualificazione Villa Comunale.**  
Pag. 9987

COMUNE DI MOLFETTA (Bari)  
**Avviso di gara per l'affidamento dei lavori di verifica degli impianti di messa a terra. Reindizione gara.**  
Pag. 9987

COMUNE DI SANNICOLA (Lecce)  
**Avviso di deposito variante Urbanistica al P.R.G.**  
Pag. 9988

COMUNE DI SCORRANO (Lecce)  
**Avviso di gara lavori bonifica sito inquinato.**  
Pag. 9988

***CONCORSI***

A.M.I.U. AZIENDA SPECIALE TRANI (Bari)  
**Avviso pubblico per incarico di "medico competente".**  
Pag. 9988

A.U.S.L. FG/2 CERIGNOLA (Foggia)  
**Avviso pubblico per incarico di Dirigente Medico di Struttura complessa disciplina Ostetricia e Ginecologia.**  
Pag. 9989

A.U.S.L. FG/2 CERIGNOLA (Foggia)  
**Concorso pubblico per n.1 posto di Dirigente Medico disciplina Nefrologia e Dialisi.**  
Pag. 9994

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 agosto 2004, n. 1104

**L.R. 25 agosto 2003, n. 17 – art. 8. – “Piano regionale delle Politiche Sociali – interventi e servizi in Puglia”. Approvazione.**

L'Assessore alla Sanità e ai Servizi Sociali, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio II.PP.A.B. - Assistenza alla Persona, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Settore Servizi Sociali, riferisce:

la Giunta Regionale con deliberazione n. 330 del 24/03/2004 ha preso atto della proposta del Piano regionale delle Politiche Sociali, con riserva di approvarlo al termine delle consultazioni con gli organismi istituzionali e del confronto con le parti sociali.

Con lo stesso provvedimento la Giunta Regionale si è anche riservata di approvare le linee guida e gli atti di indirizzo e coordinamento per l'attuazione del medesimo Piano.

Il predetto Piano è previsto dalla L.R. 25 agosto 2003, n. 17 che ha disciplinato il nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia.

La medesima legge ha dettato i principi e gli indirizzi della programmazione generale in materia di politiche sociali e ha disposto, altresì, che la programmazione dei servizi avviene attraverso la definizione di specifico Piano regionale attuato mediante i Piani di zona definiti dai Comuni singoli o associati.

In particolare l'art. 8 della L.R. n. 17/2003 prevede che:

*“1. La Regione, ogni tre anni, approva il piano regionale degli interventi e dei servizi sociali in armonia con il piano sanitario regionale e in raccordo con gli atti di programmazione in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale e abitativa.*

2. Il piano regionale definisce:

- a) *i bisogni del territorio;*
- b) *le priorità degli interventi;*
- c) *l'impiego delle risorse per il raggiungimento dei livelli ottimali di esercizio delle funzioni e il loro riparto per prestazioni e per Comuni;*
- d) *i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi in conformità dell'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, assicurando per ogni ambito territoriale:*
  - 1) *il servizio sociale professionale;*
  - 2) *il servizio di segretariato sociale per l'informazione e la consulenza ai cittadini;*
  - 3) *il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;*
  - 4) *il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e il servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari sociali e sanitarie integrate;*
  - 5) *le strutture residenziali e semi residenziali per soggetti con fragilità sociali;*
  - 6) *i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario;*
- e) *gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema;*
- f) *i comuni di minore dimensione demografica tenuti alla gestione associata dei servizi e fissa il termine entro cui deve essere individuata la forma di gestione;*
- g) *le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella zonale e in particolare le linee d'indirizzo e gli strumenti per la pianificazione di zona, garantendo comunque l'uniformità dei servizi offerti sul territorio regionale;*
- h) *le modalità per il concorso dei soggetti di cui all'articolo 1 alla definizione dei piani di zona;*
- i) *l'integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli obiettivi del piano sanitario regionale;*
- j) *il coordinamento per l'integrazione con le politiche dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, dell'avvicinamento al lavoro, del reinserimento nelle attività lavorative, dell'ambiente, dell'am-*

*biente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti, delle comunicazioni, dell'urbanistica e abitativa;*

- k) le iniziative di promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per l'istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;*
- l) le iniziative di sperimentazione dei modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;*
- m) le altre tipologie di servizi oltre a quelle contemplate nella presente legge;*
- n) le iniziative di promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e i risultati delle azioni previste;*
- o) il programma e il finanziamento per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali”.*

Inoltre, l'art. 15 della medesima legge disciplina le competenze della Regione e al 2° comma, lett. b) dispone che la stessa “approva il piano regionale degli interventi e dei Servizi Sociali e assegna le risorse finanziarie all'uso destinate, riservando risorse non inferiori al 10 per cento della quota annuale del fondo nazionale per le politiche sociali agli interventi a sostegno della famiglia da definirsi con apposito provvedimento legislativo, privilegiando in tale assegnazione gli ambiti territoriali che presentano maggiori carenze dei servizi sociali e prevedendo una distinta disciplina per i servizi i cui interventi si realizzino in aree interdistrettuali”.

In maniera sintetica gli aspetti più rilevanti delle proposte contenute nel Piano sono:

**a) le scelte strategiche:**

- ⇒ politiche a favore delle famiglie:
  - domiciliarità;
  - aiuto e sostegno alla famiglia e alla persona;
- ⇒ politiche per l'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza
  - accessibilità ai servizi;
  - rimozione del disagio;

- contrasto alla povertà;

**b) gli obiettivi prioritari per ambito territoriale:**

- ⇒ Servizi di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata;
- ⇒ Servizio Sociale Professionale;
- ⇒ Servizi sociali di Pronto intervento per situazioni di emergenza personali e familiari;
- ⇒ Servizi educativo-assistenziali e di promozione della socialità;
- ⇒ Interventi per contrastare vecchie e nuove povertà e favorire l'inclusione sociale;
- ⇒ Servizi di aiuto e sostegno familiare per favorire la permanenza a domicilio;
- ⇒ Strutture e centri di assistenza e accoglienza a ciclo diurno;
- ⇒ Strutture di assistenza e accoglienza residenziali o a ciclo continuativo.

**c) le azioni per il sostegno delle funzioni di governo:**

- ⇒ il sistema informativo sociale;
- ⇒ gli osservatori sociali;
- ⇒ le modalità di autorizzazione e accreditamento dei servizi;
- ⇒ la qualità sociale;
- ⇒ la formazione e riqualificazione del personale, sia pubblico che dei servizi accreditati.

**d) l'integrazione con le altre politiche regionali:**

- ⇒ modalità operative per l'integrazione socio-sanitaria:
  - Commissione regionale per l'integrazione sociosanitaria;
  - Raccordi operativi;
  - Unità di Valutazione Multidimensionale;
  - Porta Unica di accesso;
  - Protocolli di cura e di assistenza.
- ⇒ l'integrazione con le politiche per l'istruzione, la formazione professionale, il lavoro, l'immigrazione.

**e) le azioni di assistenza a supporto dei Comuni per la redazione e l'attuazione dei Piani di Zona;**

**f) gli attori della rete integrata dei servizi:**

- ⇒ ruolo e funzioni dei soggetti pubblici;
- ⇒ coordinamento istituzionale;

- ⇒ ruolo e funzioni dei soggetti privati e del privato sociale;
- ⇒ percorso di concertazione e progettazione partecipata;
- ⇒ gestione associata delle funzioni sociali negli ambiti territoriali:
  - Comuni di minore dimensione demografica (pari o inferiore a 10.000 abitanti).

**g) la programmazione finanziaria:**

- ⇒ le risorse disponibili;
- ⇒ la premialità:
  - gestione associata obbligatoria;
  - incentivazione gestione associata volontaria.
- ⇒ le risorse finalizzate e le quote vincolate:
  - finalizzazioni per infrastrutture sociali destinate a:
    - strutture per la pronta accoglienza di donne e minori abusati e maltrattati;
    - strutture residenziali per disabili gravi senza il necessario sostegno familiare (“Dopo di Noi”);
    - riconversione di strutture chiuse per minori in comunità di tipo familiare, per il superamento di tutte le istituzioni chiuse;
    - centri semiresidenziali e a ciclo diurno per anziani, disabili e minori;
  - quote vincolate ai sensi della legge regionale n. 17/2003.
- ⇒ i criteri di riparto delle risorse tra Comuni ed ambiti territoriali:
  - quote minime per aree prioritarie d'intervento
    - Responsabilità familiari (sostegno e aiuto alla famiglia) 8%
    - Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento 22%
    - Persone anziane 20%
    - Persone con disabilità 15%
    - Dipendenze 5%
    - Salute mentale 5%
    - Contrasto alla povertà 5%
  - criteri di riparto delle risorse statali e regionali.  
Il riparto delle risorse per Comuni e per ambiti territoriali è contenuto nell'allegato D.

**h) linee guida per la stesura dei Piani di Zona**

- ⇒ modalità di presentazione ed i approvazione dei Piani di Zona.

In particolare:

**a) le scelte strategiche privilegiano:**

- 1) le politiche a favore delle famiglie, tese a supportare i nuclei familiari nel lavoro di cura rivolto in particolare ai componenti fragili minori, anziani, disabili, nonché a sostenere le coppie, la genitorialità e i percorsi di educazione dei figli attraverso interventi che favoriscano la domiciliarità e le diverse forme di aiuto e di sostegno alla famiglia e alla persona;
- 2) le politiche per l'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza, rivolte a creare un sistema di Welfare universalistico, capace di offrire a tutti gli individui percorsi di inclusione sociale, le politiche per la rimozione del disagio e quelle di contrasto alla povertà.

**b) gli obiettivi prioritari per ambito territoriale:**

perseguono l'integrazione delle politiche, la piena attuazione del principio di sussidiarietà, la sostenibilità della spesa per realizzare un sistema integrato di servizi attraverso la costruzione di una articolata rete di solidarietà, capace di far fronte ai bisogni dei cittadini a garanzia della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza.

**c) le azioni per il sostegno delle funzioni di governo:**

si prefiggono, anche attraverso attività trasversali, con la regia della Regione e il supporto delle Province, il sostegno delle funzioni di governo attraverso la creazione del sistema informativo sociale, l'attivazione degli osservatori sociali, l'attivazione del sistema di autorizzazione e accreditamento dei servizi, la definizione degli standard di qualità e valutazione, la formazione degli operatori.

**d) l'integrazione con le altre politiche regionali,**

in particolar modo con quella sanitaria, dell'istruzione, della formazione professionale, del lavoro, al fine di soddisfare in modo integrato i bisogni dei cittadini per il miglioramento delle condizioni di vita e tutela della salute.

**e) le azioni di assistenza a supporto dei Comuni per la redazione e l'attuazione dei Piani di zona avverranno attraverso:**

- 1) la predisposizione delle linee guida per la stesura dei piani di zona;
  - 2) l'attuazione di un luogo virtuale con pagine Web dedicate alla Puglia nel canale tematico Welfare del Foromez;
  - 3) lo sviluppo di azioni di formazione di base;
  - 4) l'accompagnamento mirato a tutti gli ambiti territoriali mediante la costituzione di un Gruppo di Assistenza alla Programmazione Sociale di ambito (GAPS) composta da esperti di programmazione delle politiche sociali e gestione di interventi e servizi sociali;
  - 5) percorsi formativi e project works per l'approfondimento dei temi prioritari individuati dalla Regione per la definizione dei nuovi sistemi integrati locali dei servizi alla persona e comunità;
  - 6) l'istruttoria dei Piani Sociali di Zona;
  - 7) l'accompagnamento mirato a tutti gli ambiti territoriali per la prima applicazione e messa a regime del sistema di monitoraggio regionale, delle attività, delle risorse, dei risultati e dell'impatto delle politiche attivate sul territorio, nonché gli strumenti per l'analisi del bisogno, della domanda sociale e per l'analisi del sistema di offerta regionale.
- f) gli attori della rete integrata dei servizi:** attraverso il coordinamento istituzionale (costituito dai Sindaci dei Comuni che fanno parte dell'ambito territoriale) dovranno definire le forme di coinvolgimento d'indirizzo politico per le scelte di programmazione territoriale dei processi di integrazione, al fine dell'applicazione dei principi di governance e sussidiarietà verticale. Sono definiti ai sensi dell'art. 5 - comma 3 - della legge regionale n. 17/2003, i Comuni di minore dimensione demografica quelli aventi popolazione pari o inferiore a 10.000 abitanti.
- g) la programmazione finanziaria:** definisce le risorse disponibili a valere sul Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e le risorse garantite dalla Regione Puglia cui dovranno aggiungersi quelle dei Comuni e degli altri soggetti che concorreranno alla promozione e alla attuazione del Piano sociale di zona.
- Con il Piano in esame le risorse disponibili per il riparto tra i Comuni sono tutte le risorse non finalizzate o indistinte, come da trasferimenti

nazionali relativi agli anni 2001 e 2002, oltre alle risorse finalizzate non utilizzate dalla Regione.

Per l'annualità 2003 l'intera quota statale è stata trasferita alla Regione come Fondo unico senza finalizzazioni ulteriori, fatta eccezione per il 10 per cento delle risorse accantonate, ai sensi dell'art. 15 - comma 2, lett. b) - della L.R. n. 17/2003, per gli interventi a favore delle famiglie e la quota finalizzata alle misure di sostegno alla povertà già utilizzate.

Al fine di sostenere i Comuni di minore dimensione demografica obbligatoriamente associati, nonché di promuovere la gestione associata tra i Comuni di uno stesso ambito territoriale è previsto l'accantonamento del 15 per cento delle risorse del FNPS indistinte complessivamente disponibili per il triennio 2001-2003 come richiesto dall'art. 6 della L.R. n. 17/2003, pari ad Euro 16.806.833,53 da ripartirsi ai Comuni subordinatamente al possesso di requisiti di base ovvero al conseguimento di determinati risultati. Sono individuate le priorità per aree d'intervento, le risorse finalizzate e le quote vincolate, con modalità diverse di attivazione e con diverse responsabilità di gestione, per interventi intesi a superare carenze di servizi sul territorio, con particolare riferimento alla disabilità, all'abuso e maltrattamento, alla riconversione delle strutture chiuse, ai centri semiresidenziali e a ciclo diurno per anziani, disabili e minori.

I criteri di riparto delle risorse ai Comuni singoli e/o associati sono proposti tenendo conto della popolazione residente sul totale della popolazione regionale, della superficie territoriale sul totale della superficie regionale, dell'incidenza dei nuclei familiari, dell'incidenza della popolazione minorile (0-17) e dell'incidenza della popolazione anziana (0-64, 65 e oltre).

- h) le linee guida per la stesura dei Piani di zona:** definiscono le modalità per la programmazione integrata dei servizi e per il governo complessivo delle reti territoriali dei servizi.

In definitiva ai sensi dell'art. 12 della L.R. n. 17/2003 il sistema integrato degli interventi e dei servizi socio-assistenziali educativi si realizza con il concorso delle risorse all'uopo destinate dallo Stato, dalla Regione e dai Comuni.

La Regione dovrà provvedere ad assegnare ai Comuni singoli e/o associati la quota del fondo nazionale per le politiche sociali e il fondo regionale socio-assistenziale secondo le indicazioni fissate dal piano in esame.

Al finanziamento del sistema concorrono, altresì, le risorse provenienti dal fondo sanitario regionale nonché quelle dei soggetti del terzo settore e delle aziende pubbliche di servizi alla persona di cui al d.lgs. 207/2001 che parteciperanno alla realizzazione dei piani di zona.

Al fine di promuovere e favorire il maggior coinvolgimento delle parti sociali, è stata organizzata la Conferenza regionale per le politiche sociali sul tema "La sussidiarietà per uno sviluppo solidale" che ha avuto luogo nei giorni 2 e 3 aprile 2004, quale occasione offerta in Puglia a tutti gli attori pubblici e privati per un confronto sul sistema integrato dei servizi sociali, come delineato dalla L.R. 25 agosto 2003, n. 17 e sui contenuti della proposta del predetto Piano regionale.

Sull'argomento il giorno 5 aprile 2004 è stata anche convocata la Conferenza Regione - Autonomie Locali ed è stato svolto il confronto con le confederazioni sindacali regionali CGIL - CISL - UIL.

Dalle consultazioni è emerso un giudizio complessivamente positivo sulla proposta di Piano e l'apprezzamento per l'avvio in Puglia di un processo di programmazione dei servizi sul territorio, con un metodo di partecipazione degli attori pubblici e privati.

I soggetti interessati hanno provveduto a far tenere osservazioni e proposte che, per le valutazioni di competenza della Giunta Regionale, sono acquisite al fascicolo del presente provvedimento unitamente alle risultanze finali della predetta Conferenza regionale per le Politiche Sociali.

Pertanto, si propone di approvare il Piano regionale delle Politiche sociali, nel testo allegato al presente provvedimento per farne parte integrante, che tiene conto, per quanto ritenuto possibile, delle osservazioni pervenute alla proposta di Piano di cui la Giunta Regionale ha preso atto con la deliberazione n. 330/2004.

Di seguito, per la puntuale valutazione, si indicano le modifiche apportate al testo di cui alla richiamata deliberazione n. 330/2004:

*(Nota: i riferimenti di pagina riguardano la numerazione della nuova versione del Piano, come allegato al presente provvedimento).*

#### **Revisioni di carattere generale**

- revisione ortografica e nella impaginazione
- completamento Allegato B - Tavole Statistiche e Schede E per il monitoraggio
- completamento Allegato C - Schema di Accordo di Programma
- revisione Allegato D per Le schede di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003

#### **Revisioni puntuali**

##### **◆ Cap. I**

Pagg. 23-24: integrazione dati e commento su devianza minorile.

##### **◆ Cap. II**

Pag. 39: inserimento periodo su rischio di devianza prima detta Tav. VII

Pag. 41: introduzione frase su devianza prima detta Tav. IX

Pag. 44: introduzione commento dati su strutture per minori

##### **◆ Cap. III**

Pag. 57: introduzione priorità su politiche per la devianza

Pagg. 61-62: conclusione par. 3.1.1 precisazioni su titoli di acquisto e su valorizzazione del lavoro di cura entro le mura domestiche

Pag. 65: inserimento di riferimenti a volontariato e patronato per (a rete dei servizi d'accesso

Pagg. 70-71: inserimento precisazioni su Livelli essenziali di assistenza e assenza di standard

Pag. 71: nell'ultimo periodo inserito il riferimento al volontariato e ai patronati



Pag. 77-78: inserimento indicazioni su pronto intervento sociale per l'emergenza estate degli anziani

Pag. 95: aggiornata la tabella delle priorità con l'inserimento dette strutture per devianza

#### ◆ Cap. IV

Pag. 104: inserite le Organizzazioni Sindacati nel Tavolo di concertazione sulle professioni

Pag. 105: inserite precisazioni sulle professioni professionali riconosciute a livello nazionale

Pag. 105: inserito il riferimento al diploma di tecnico in servizi sociali

Pag. 113: inserite precisazioni su Commissione Regionale per l'integrazione sociosanitaria

Pag. 117: eliminato il riferimento all'assistenza legale per soggetti con dipendenze

Pag. 120: inserito il riferimento all'integrazione con il Piano per l'occupazione e con i Piani per l'offerta formativa

Pag. 121: inseriti riferimenti al disagio evolutivo e alla devianza nette politiche per la sicurezza urbana e per l'istruzione

Pag. 123: inseriti chiarimenti sul ruolo dell'Assistenza Tecnica del gruppo di lavoro Formez rispetto agli Uffici di Piano

#### ◆ Cap. V

Pag. 126: inserito riferimento ai servizi di cui all'art. 3 comma 1 della l.n. 284/1996 tra le competenze della Provincia, che richiama nel Cap. VI le modifiche alla riserva finanziaria per le Province

Pag. 128: precisazione sul ruolo del Direttore Generale nel Coordinamento Istituzionale

Pag. 132 e pag. 134: riconoscimento ruolo delle Istituzioni scolastiche, dei Tribunali per i Minorenni e del CSM nella fase di concertazione

Pag. 139: precisazione del significato dell'Accordo di Programma preliminare ad ogni atto per la gestione dei servizi

Pag. 143: inserita frase che puntualizza il ricorso all'affidamento a terzi, come da indicazioni di legge

Pag. 146: inserite precisazioni sull'accreditamento

#### ◆ Cap. VI

Pag. 149-150: inserite precisazioni su utilizzo delle diverse fonti di finanziamento nel 2004 e nel triennio successivo di attuazione del Piano Sociale di Zona, con allegata una tabella di riepilogo delle diverse fonti di finanziamento disponibili e adeguamento del cronoprogramma di attuazione del Piano regionale ai tempi conseguenti all'approvazione dello stesso Piano e dei Piani di Zona. Si è inteso specificare che quanto sarà realizzato nel 2004, cioè nei mesi in cui gli ambiti territoriali saranno impegnati nella stesura e nella approvazione del Piano Sociale di Zona, costituisce una premessa alle tre annualità effettive del Piano Sociale di Zona, che quindi cadranno tra il 2005 e il 2007. Altro effetto preso in considerazione è quello di allineare le annualità del Piano alle annualità di Bilancio, rendendo quindi più lineare anche le future rilevazioni della spesa sociale e della offerta annualmente erogata. Questo porta a fare sì che le risorse proprie dei Comuni già previste nel bilancio previsionale 2004, insieme alle risorse regionali 2004, saranno utilizzate anche in assenza di Piano Sociale e per questo si è specificato che le risorse regionali saranno ripartite subito dopo l'approvazione del Piano Regionale, senza attendere l'approvazione dei Piani Sociali di Zona, per evitare che i

Comuni restino del tutto senza risorse finanziarie.

Di seguito la tabella che illustra per quali annualità potranno essere utilizzate le risorse:

Fonti di finanziamento	Annualità dei servizi			
	2004	2005	2006	2007
FNPS 2001 - indistinte				
FNPS 2002 - indistinte				
FNPS 2003				
FNPS 2004				
FNPS 2005				
FNPS 2006				
FGSA 2004				
FGSA 2005				
FGSA 2006				
FGSA 2007				
Risorse proprie Comuni 2004				
Risorse proprie Comuni 2005				
Risorse proprie Comuni 2006				
Risorse proprie Comuni 2007				

Pag. 154-155: inserite precisazioni su compartecipazione dei Comuni con la propria spesa sociale al quadro finanziario complessivo del Piano Sociale di Zona

Pag. 156: sostituzione di Consigli Comunali con "Comuni" per La approvazione dell'Accordo di Programma

Pag. 157: sostituzione di sottoscrizione dell'accordo di programma con "pubblicazione del presente Piano Regionale"

Pag. 157 e seguenti: rideterminazione corretta di alcune quote di risorse FNPS da accantonare e, di conseguenza, sostituzione del prospetto di sintesi dette risorse da distribuire agli

Pag. 157: ambiti territoriali è stato rideterminato il calcolo dette risorse da accantonare per t'Avvio detta Riforma, ex art. 45 comma 3 della l.r. n. 17/2003: in precedenza per te annualità 2001 e 2002 tale riserva era stata calcolata solo sulle risorse indistinte al FNPS e non sul totale del FNPS assegnato alta Puglia, criterio di calcolo che è stato modificato secondo quanto richiesto dalla legge regionale;

Pag. 158: integrazione del fondo da riservare alle Province, di Euro 400.000,00 per tener conto del fabbisogno relativo a quanto previsto dalla l.n. 284/1997.

Pagg. 158-159: correzione relativa alle modalità di valutazione e approvazione dei progetti per interventi infrastrutturali e previsione della erogazione del contributo condizionata al rispetto delle richieste di documentazione che saranno formulate con lo stesso atto di approvazione. Inoltre la finalizzazione di risorse disponibili del FNPS 2001 -2003 per la realizzazione delle infrastrutture sociali viene ridotta dal 30% al 20%, facendo passare l'ammontare complessivo da 28 Meuro circa a 18 Meuro circa. Le risorse liberate sono inserite tra quelle da ripartire agli ambiti territoriali per la attivazione e gestione dei servizi.

Pag. 161: riferimento a città riservatarie per la l.n. 285/1997 ai fini del ricalcolo del riparto delle risorse; le città riservatarie non partecipano al riparto della quota del FNPS relativa alle politiche per i minori (avendo ricevuto direttamente dal Governo nazionale il trasferimento finalizzato per le politiche per l'infanzia e L'adolescenza), ma si richiede che comunque le stesse città destinino un minimo, pari almeno al 5% delle risorse del FNPS trasferite, agli interventi contro l'abuso e il maltrattamento.

Pag. 164-165: precisazioni su modalità di calcolo della spesa sociale dei Comuni.

Pag. 166 e seguenti: appendice del Cap. VI sostituito con il nuovo formato delle tavole di programmazione finanziaria e di analisi della spesa sociale.

#### ◆ Cap. VII

Pag. 176: inserimento delle Organizzazioni Sindacati tra i destinatari del Sistema Informativo Sociale

Pag. 182-183: puntuale riferimento alle nuove schede (collocate sub allegato B) per il monitoraggio dell'offerta dei servizi e alle linee guida operative per la compilazione delle stesse

#### ◆ Cap. VIII

Pag. 186: precisazioni su ciclo di programmazione e tempi per la verifica dell'attuazione e l'aggiornamento del Piano Regionale delle Politiche Sociali

Pag. 188-189: nuovo riferimento alle tavole per il monitoraggio dell'offerta dei servizi

Pag. 190: precisazioni su soggetti sottoscrittori, soggetti aderenti e modalità di coinvolgimento delle Organizzazioni sindacati: è stato introdotto l'obbligo per i Comuni di coinvolgere tutti i soggetti della cittadinanza sociale nella fase di concertazione e l'obbligo a presentare in allegato al Piano sociale di Zona il verbale di concertazione con le organizzazioni sindacati

Pag. 197 e seguenti: introdotte alcune revisioni nella scheda allegata al Cap. VIII per la predisposizione dei progetti di intervento previsti nel Piano Sociale di Zona.

Inoltre, con il presente provvedimento si propone di approvare, ai sensi dell'art. 15 della l.r. n. 17/2003, anche le previste linee guida, quali atti di indirizzo e coordinamento per l'attuazione del Piano riguardanti i seguenti argomenti:

1. Interventi in favore dei minori vittime di maltrattamento, abuso, sfruttamento sessuale;
2. Interventi in materia di adozioni, affidamenti familiari e nuove forme di accoglienza;
3. Interventi per gli asili nido;
4. Interventi in materia di disabilità;
5. Interventi in materia di dipendenze;
6. Rimborso delle spese sostenute per interventi di trapianto;
7. Indirizzi per l'integrazione socio-sanitaria.

Gli indirizzi per l'integrazione socio-sanitaria sono stati definiti d'intesa con il competente Settore Sanità che con nota n. 24/15058/5 del 25/05/2004 ha espresso sulle stesse pieno accordo.

Ai sensi dell'art. 45 della L.R. n. 17/2003, per la realizzazione del Piano regionale delle politiche sociali sono destinate le risorse assegnate alla Regione quali quote del Fondo Nazionale per le

Politiche Sociali di cui alla L. 27/12/1997, n. 449 e successive modificazioni e le risorse del Fondo globale per i servizi socio-assistenziali istituito con L.R. 17 aprile 1990, n. 11.

Il Piano che si propone all'approvazione prevede la contestuale assegnazione delle risorse di cui:

- 1) al Fondo Nazionale per le Politiche Sociali per complessivi Euro 125.718.719,76, al netto della quota del 10 per cento del fondo assegnato per l'anno 2003 pari ad Euro 11.232.828,47, riservata agli interventi in favore della famiglia, da utilizzare secondo le disposizioni della legge regionale 2 aprile 2004, n. 5;
- 2) al Fondo globale per i servizi socio-assistenziali per complessivi Euro 18.900.000,00 relativo all'anno 2004.

Si precisa che con atto dirigenziale n. 431 del 06/12/2002 si è provveduto all'impegno contabile del Fondo Nazionale per le Politiche sociali anni 2001 - 2002 pari ad Euro 63.032.259,60, di cui Euro 348.500,00 già spesi per le finalità di cui all'art. 45, comma 3 della L.R. n. 17/2003 (atti dirigenziali n. 260 del 25/09/2003, n. 304 del 27/10/2003, n. 11 del 27/01/2004, n. 105 del 17.05.2004 e n. 154 del 03.06.2004).

Copertura finanziaria ai sensi della L.R. 16 novembre 2001, n. 28: l'onere derivante dal presente provvedimento per complessivi Euro 144.618.719,76 farà capo:

- per Euro 48.850.672,60 al cap. 784025 - residui di stanziamento anno 2003;
  - per Euro 3.242.471,53 al cap. 781065 - residui di stanziamento anno 2003;
  - per Euro 8.899.168,87 al cap. 786000 - residui di stanziamento anno 2002;
  - per Euro 94.273,88 al cap. 784032 - residui di stanziamento anno 2001;
  - per Euro 1.437.248,59 al cap. 785980 - residui di stanziamento anno 2001;
  - per Euro 162.624,69 al cap. 784025 - residui di stanziamento anno 2002
- iscritti nel Bilancio regionale 2004 U.P.B. 9.2. 1, da impegnarsi nel corrente esercizio finanziario, ai sensi dell'art. 78 della L.R. n. 28/2001, con atti del Dirigente del Settore Servizi Sociali;
- per Euro 63.032.259,60 (Euro 348.500,00 già

- spesi come innanzi detto) al cap. 784025 - risorse vincolate - residui propri anno 2002, impegnati con atto dirigenziale n. 431 del 6/12/2002;
- per Euro 18.900.000,00 al cap. 784010 "Fondo globale per i servizi socio assistenziali (art. 15 L.R. n. 17/99)" - risorse autonome del Bilancio regionale 2004, da impegnarsi nel corrente esercizio finanziario, ai sensi dell'art. 78 della L.R. n. 28/2001, con atto del Dirigente del settore Servizi Sociali.

Il provvedimento è di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art. 4 comma 4, lett. a) e d) della L.R. n. 7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del presente provvedimento

#### LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario istruttore, dal Dirigente dell'Ufficio e dal Dirigente del Settore;

#### DELIBERA

- di approvare il Piano regionale delle Politiche Sociali nel testo allegato al presente provvedimento per fame parte integrante e sostanziale;
- di approvare, ai sensi dell'art. 15 della L.R. n. 17/2003, le allegate linee guida quali atti di indirizzo e coordinamento per l'attuazione del Piano regionale delle Politiche Sociali in materia di:
  1. Interventi in favore dei minori vittime di maltrattamento, abuso, sfruttamento sessuale;
  2. Interventi in materia di adozioni, affidamenti familiari e nuove forme di accoglienza;
  3. Interventi per gli asili nido;

4. Interventi in materia di disabilità;
5. Interventi in materia di dipendenze;
6. Rimborso, delle spese sostenute per interventi di trapianto;
7. Indirizzi per l'integrazione sociosanitaria;

- di demandare al Dirigente del Settore Servizi Sociali gli adempimenti, di competenza regionale, attuativi del predetto Piano;
- di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento sul Bollettino ufficiale della Regione Puglia.

Il Segretario della Giunta  
Dr. Romano Donno

Il Presidente della Giunta  
Dott. Raffaele Fitto



**REGIONE PUGLIA**  
**Assessorato Sanità e Servizi Sociali**  
*Settore Servizi Sociali*

# **PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI**

## **LINEE GUIDA**

**Atto di indirizzo per l'attuazione del Piano**  
*(ai sensi dell'art. 15 della l.r. 25 agosto 2003 n. 17)*

## Indice

### 1. INTERVENTI IN FAVORE DEI MINORI VITTIME DI MALTRATTAMENTO, ABUSO, SFRUTTAMENTO SESSUALE

- 1.1 IL CONCETTO DI ABUSO E LE AZIONI DA SVILUPPARE.
- 1.2 PREVENZIONE
- 1.3 PRESA IN CARICO DELLE SITUAZIONI SOSPETTE E DEI CASI CONCLAMATI
- 1.4 FORMAZIONE, INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE
- 1.5 LA PEDOFILIA
- 1.6 PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

### 2. ADOZIONI, AFFIDAMENTI FAMILIARI E NUOVE FORME DI ACCOGLIENZA

- 2.1 GLI ORIENTAMENTI NORMATIVI E GLI OBIETTIVI DA REALIZZARE PER LA LORO ATTUAZIONE
- 2.2 INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE
- 2.3 DEFINIZIONE DELLE ÉQUIPE INTEGRATE
- 2.4 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

### 3. INTERVENTI PER GLI ASILI NIDO

#### PREMESSA

- 3.1 CRITERI E MODALITÀ PER IL FINANZIAMENTO

### 4. INTERVENTI IN MATERIA DI DISABILITÀ

- 4.1 CONTINUITÀ DEGLI INTERVENTI DI SOSTEGNO ALLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE

### 5. INTERVENTI IN MATERIA DI DIPENDENZE

#### PREMESSA

- 5.1 RUOLO E FUNZIONI DEI SOGGETTI PROPONENTI
- 5.2 DURATA DEI PROGETTI
- 5.3 DESTINAZIONE DELLE RISORSE
- 5.4 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEI PROGETTI
- 5.5 COMMISSIONE CONSULTIVA REGIONALE

### 6. RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PER INTERVENTI DI TRAPIANTO

### 7. INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

#### PREMESSA

- 7.1 I LIVELLI DELL'INTEGRAZIONE
- 7.2 I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SOCIOSANITARI
- 7.3 LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI INTEGRATI E IL COORDINAMENTO DEGLI ATTI PROGRAMMATI
- 7.4 GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
  - 7.4.1 LA PORTA UNITARIA DI ACCESSO (PUA)
  - 7.4.2 L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE
  - 7.4.3 IL PROGETTO SOCIO-SANITARIO PERSONALIZZATO

#### ALLEGATO A

PROTOCOLLO OPERATIVO A.D.I. (ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA)

# **1. Interventi in favore dei minori vittime di maltrattamento, abuso, sfruttamento sessuale**

## ***1.1 Il concetto di abuso e le azioni da sviluppare.***

La Regione Puglia con l'approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali ha definito le scelte strategiche in materia di politiche sociali regionali, definendo le caratteristiche degli ambiti territoriali ed i possibili assetti gestionali, le azioni di sistema e le possibili sperimentazioni in caso di approcci innovativi, gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione degli interventi.

In materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi e maltrattamenti il Piano Regionale, in coerenza con la normativa nazionale e regionale, prevede il perseguimento degli obiettivi di:

- prevenzione del fenomeno;
- presa in carico efficace ed integrata dei casi conclamati e delle situazioni sospette;
- formazione e informazione.

E' opportuno, in questa sede preliminare, ribadire il concetto di abuso. Per abuso si intende, secondo la definizione del Consiglio d'Europa del 1981. "quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono: la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino".

Questa definizione è in linea con quella seguente, proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità (1999): "Per maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere".

In ambedue le definizioni viene accentuata la qualità attiva del danno portato al bambino ("attentando", "cattiva"). Ciò ovviamente prescinde dall'identificazione di "colpe", ma comporta l'individuazione di condotte traumatogene da fermare, persino se il pregiudizio atteso sia solo "potenziale".

Le azioni prioritarie da sostenere e sviluppare sul territorio regionale sono le seguenti:

- a) sensibilizzazione e formazione specifica degli operatori responsabili della tutela dei minori, nei vari contesti istituzionali di riferimento, al fine di diffondere idonei strumenti di conoscenza dei fenomeni e di agevolarne il riconoscimento;
- b) censimento delle dimensioni del fenomeno e dell'offerta di servizi specialistici;
- c) istituzione di centri antiviolenza e consolidamento di quelli esistenti.



Per il perseguimento di questi obiettivi il Piano Regionale delle Politiche Sociali sostiene l'impegno di servizi e risorse umane diverse, già disponibili nel sistema integrato dei servizi sociosanitari a livello locale, e definisce gli strumenti di riferimento specifici per la gestione dei casi, con riferimento alla procedura prevista, dalla rilevazione alla presa in carico del caso.

Con riferimento alle priorità espresse il Piano Regionale prevede che i Comuni, singolarmente o associati tra loro, programmino nei Piani di Zona le iniziative finalizzate alla sensibilizzazione sociale, alla formazione di primo livello, all'aggiornamento professionale, alla prevenzione in ambito scolastico e del mondo educativo in generale, alla presa in carico ed alla protezione delle vittime, predisponendo azioni integrate attraverso il ricorso alle strutture pubbliche o del privato sociale istituzionalmente dedicate al contrasto alle forme di violenza, maltrattamento e abuso in danno di bambini, donne e soggetti deboli in generale.

Al fine di conseguire gli obiettivi indicati, in conformità con le indicazioni di cui al Decreto Ministeriale 13 marzo 2002, n. 89 *Regolamento concernente la disciplina del fondo di cui all'art. 17, comma 2, della legge 3 agosto 1998, n. 269, in materia di interventi a favore dei minori vittime di abusi, a norma dell'art. 80, comma 15, della legge 23 dicembre 2000, n. 388*, appare opportuno integrare le indicazioni già formulate dal Piano Regionale con criteri operativi che possano orientare la formulazione e la realizzazione di azioni concrete, favorendo l'integrazione degli interventi dei diversi attori istituzionali e non istituzionali sul territorio.

## **1.2 Prevenzione**

### **1.2.1 Iniziative informative ed educative**

I Piani di Zona devono prevedere specifiche attività, da realizzarsi d'intesa con i Servizi Sanitari presenti sul territorio (Consultori familiari, Dipartimenti di Salute Mentale, Servizi di medicina scolastica), oltre che con i medici pediatri, volte ad attuare una capillare sensibilizzazione ed informazione delle comunità locali sulle tematiche dell'abuso e della violenza a danno dei minori. Nella programmazione e realizzazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione delle comunità locali i Piani di Zona prevedono il coinvolgimento delle Organizzazioni di Terzo Settore e del Volontariato.

Fra le attività di prevenzione devono essere incentivati gli interventi di educazione all'affettività e alla sessualità, realizzati in ambito scolastico dai Consultori familiari, nonché altre specifiche iniziative promosse da Agenzie educative e scolastiche.

### **1.2.2 Individuazione precoce e sostegno alle famiglie a rischio**

Le attività di prevenzione, da incentivare destinando a tale scopo risorse professionali adeguate, includono:

- tutte le forme di promozione della genitorialità responsabile realizzate dai servizi socio-sanitari;
- tutte le forme di consulenza e di collaborazione, finalizzate all'individuazione precoce di situazioni di bambini/adolescenti a rischio di grave trascuratezza e/o di abuso, fra servizi socio-sanitari, servizi di neuropsichiatria infantile, di pediatria e

- medici pediatri di base, Scuole ed altre Agenzie educative e di socializzazione pubbliche e private;
- gli interventi finalizzati a sostenere le famiglie a rischio, anche al fine di prevenire condizioni di grave pregiudizio a danno dei figli minori d'età;
  - gli interventi di presa in carico precoce da parte dei servizi socio-sanitari di situazioni familiari particolarmente a rischio, anche mediante la segnalazione al Tribunale per i Minorenni e l'attivazione di provvedimenti di natura civile;
  - l'offerta di consulenza e di presa in carico da parte dei consultori, di servizi specialistici, quali i Dipartimenti di Salute Mentale, e/o di Centri antiviolenza nei confronti di persone che manifestano interesse sessuale verso i bambini o gli adolescenti, o che abbiano già commesso reati specifici.

### 1.2.3 Conoscenza del fenomeno: investimenti e monitoraggio.

E' opportuno ricordare che l'OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità, nell'annunciare la pubblicazione del Primo rapporto mondiale su violenza e salute, presentato a Bruxelles il 3 ottobre 2002, ebbe ad affermare il principio base che *la violenza è il principale problema di salute pubblica nel mondo intero e che bisogna fare congrui investimenti in ogni nazione per prevenirla e curarne le conseguenze*. Come ha osservato il gruppo di lavoro dell'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, che si è occupato del problema, *"colpisce (...) la novità culturale costituita dalla determinazione a 'dare il giusto nome alle cose' riconoscendo l'esistenza per gran parte dell'umanità di condizioni gravemente turbative del benessere e dei processi di sviluppo, non dovute a fatalità ma a processi di trauma e vittimizzazione, capaci di superare le naturali risorse di 'resilienza' e adattamento dei soggetti, tanto più se ancora in formazione, e di dar luogo a importanti patologie. Ciò costituisce un'evoluzione notevole del precedente concetto di 'soggetti in difficoltà' o 'soggetti deboli', superando e completando l'obiettivo dell'integrazione sociale degli stessi e andando a puntare più precisamente il dito sulle cause, e quindi anche sulla possibilità e doverosità di intervento mirato a ridurre la pericolosità delle stesse, tanto maggiore quanto più l'insidia risiede nelle relazioni, come quelle familiari, naturalmente preposte a dare benessere.*

*Il secondo punto chiave appare il riconoscimento che, per quanto molto si sappia già sul tema - al punto di potersi permettere questa 'svolta' concettuale di rilievo - ancora moltissimo c'è da fare per tradurre la teoria in programmi davvero utili per la popolazione. Mettersi, quindi, nell'ottica di rispondere al disagio creato dalle multiformi esperienze traumatiche nella popolazione, segnatamente quella minorile e connessa alle relazioni significative, non può prescindere da rigorosi programmi di acquisizione, elaborazione, monitoraggio dei dati che possano delineare con oggettività dimensioni, caratteristiche e costi del problema, se si vuole avere la possibilità di rispondervi adeguatamente. Non può neppure prescindere da consistenti investimenti nella ricerca sul fenomeno e sull'intervento"<sup>1</sup>.*

Al fine di consentire una migliore conoscenza dei fenomeni per definizione sommersi, anche nell'ottica di implementare attività mirate di prevenzione, i servizi sociali e sanitari *devono collaborare* alla realizzazione di ricerche e di rilevazioni promosse dal Centro Regionale di Documentazione per le Politiche Sociali o da Organismi interistituzionali per la lotta alle violenze e agli abusi a danno dei minori, quali il "Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia" (CICLOPE) o

<sup>1</sup> Vedi, in proposito, *Cittadini in crescita, Rivista del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, anno 3 n. 2, pag. 55.*

i Comitati costituiti in ambito regionale dalle Prefetture-Uffici Territoriali della Puglia.

Gli stessi servizi sociali e sanitari mettono a disposizione del Centro Regionale di Documentazione eventuali studi e/o ricerche da essi realizzati in materia, o altro materiale documentale concernente le esperienze e le prassi di prevenzione e di aiuto-sostegno alle vittime dell'abuso attuate, al fine di consentirne la più ampia diffusione e conoscenza.

### **1.3 Presa in carico delle situazioni sospette e dei casi conclamati**

#### **1.3.1 Segnalazione e denuncia**

È evidente che la tempestiva segnalazione/denuncia all'Autorità Giudiziaria di situazioni di abuso e/o maltrattamento a danno dei bambini ed adolescenti tende ad innescare un processo di tutela dell'integrità psico-fisica e ad evitare che l'autore (o gli autori) di reati di violenza possa continuare, indisturbato, a commettere abusi.

La l. n. 184/1983, "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori" già sanciva l'obbligo per «i pubblici ufficiali, gli incaricati di pubblico servizio, gli esercenti un servizio di pubblica necessità [di] riferire al più presto al Tribunale per i minorenni sulle condizioni di ogni minore in situazione di abbandono di cui vengono a conoscenza in ragione del proprio ufficio» (art. 9, c. 1°).

Inoltre, l'art. 331 del Codice di Procedura Penale precisa:

«i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.

La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.

Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto.»

Pertanto, gli operatori dei servizi sociali e sanitari, i medici, gli insegnanti, ovvero tutti i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio devono assolvere, secondo le modalità previste dalla legge, all'obbligo:

- della segnalazione allorché rilevino elementi di particolare negligenza o di sospetto abuso/violenza a danno di persone minori d'età;
- della denuncia allorché rilevino elementi specifici di grave negligenza o di abuso/violenza a danno di persone minori d'età.

I servizi sociali e sanitari, anche in collaborazione con i servizi della Giustizia, hanno l'obbligo di cooperare con l'Autorità Giudiziaria «in ogni stato e grado del procedimento» (c. p., art. 609-decies), assicurando altresì assistenza ai minori vittime di abuso.

Gli stessi servizi sociali e sanitari offrono consulenza e collaborazione alle Autorità scolastiche e alle altre Agenzie educative e di socializzazione del territorio nei casi di sospetto abuso/violenza.

Essi, inoltre, sono chiamati ad intervenire nei casi di cd. violenza assistita intrafamiliare dalla L. 4 aprile 2001 n. 154 (Misure contro la violenza nelle relazioni familiari), che fornisce nuovi strumenti di protezione.

### 1.3.2 Équipe multidisciplinari e Centri antiviolenza

La complessità delle singole situazioni di abuso e di maltrattamento richiede una capacità di lettura-interpretazione-validazione-intervento di carattere multidisciplinare e multipro-fessionale.

A tal fine, i Piani di Zona dovranno prevedere modalità di costituzione di équipe integrate, da attivarsi tra servizi sociali, sanitari (di base e specialistici) e della Giustizia, previi accordi di programma e/o intese. Dette équipe svolgono specifici compiti di valutazione-validazione, di presa in carico e di trattamento multidisciplinare e multiprofessionale delle situazioni di maltrattamento/abuso, elaborando un progetto di aiuto e di sostegno al minore vittima di violenza. Tali équipe possono essere formate da personale destinato anche ad altre funzioni e servizi, nell'ambito degli interventi a favore dei minori, come ad esempio la materia delle adozioni. E' opportuno comunque evidenziare la necessità che nell'ambito dell'équipe siano distinte le funzioni di ascolto giudiziario da quelle di sostegno e trattamento psicoterapeutico.

I Piani di Zona possono altresì prevedere la costituzione di Centri antiviolenza, o prevedere l'attivazione di specifiche convenzioni con Centri antiviolenza esistenti, che svolgano funzioni di prevenzione delle forme di violenza, valutazione-validazione, presa in carico e trattamento di situazioni di abuso, sospetto o conclamato.

In ogni caso nel primo anno del triennio di vigenza del Piano Regionale delle Politiche Sociali devono essere costituiti Centri antiviolenza in tutti i Comuni capoluogo di provincia.

Tutti i Centri devono essere dotati di équipe multidisciplinari e multiprofessionali, di ambienti adeguati ad accogliere bambini ed adolescenti, di una sala per l'ascolto protetto e di idonea attrezzatura (specchio unidirezionale, videocamera, test psicodiagnostici).

I centri antiviolenza, pubblici o privati, sviluppano fra loro collegamenti costanti, cooperano con i servizi sociali e sanitari del territorio, in tutte le fasi d'intervento, e assicurano all'Autorità Giudiziaria ogni opportuna collaborazione.

Il Centro regionale di documentazione di cui all'art. 11 della l.r. n. 17/2003 svolge una funzione di raccordo tra i Centri antiviolenza per:

- facilitare la comunicazione scientifica e lo scambio di esperienze, sia attraverso occasioni di dibattito che per mezzo di pubblicazioni, anche in forma di report periodici, al fine di proporre modalità e prassi operative omogenee sul territorio regionale;
- realizzare, periodicamente, forme di aggiornamento scientifico, anche mediante il confronto con altre esperienze regionali;
- offrire consulenza sull'attivazione di forme di sostegno finanziario alle attività realizzate, attraverso la progettazione finalizzata in ambito locale, nazionale ed europeo, la ricerca di partnership.

## **1.4 Formazione, informazione e sensibilizzazione**

Le attività di prevenzione del fenomeno, di individuazione-valutazione-validazione e di presa in carico di situazioni di maltrattamento e di abuso, richiedono un impegno formativo costante e capillare rivolto a tutti gli operatori dei servizi sociali e sanitari, compresi quelli della giustizia minorile, del mondo della scuola e, quindi, delle Agenzie educative e di socializzazione, pubbliche e private.

In proposito, già nel 1998, la Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori, ha evidenziato «la fondamentale necessità di:

- a) una formazione di base sul fenomeno del maltrattamento da parte di tutti coloro che operano a contatto con i bambini perché acquisiscano le competenze necessarie a comprendere i segnali di disagio;
- b) una formazione specialistica per gli operatori delegati a diagnosticare il maltrattamento e a prendere in carico la vittima e la famiglia;
- c) una conoscenza diffusa delle esperienze maturate sul campo dalle realtà pubbliche e private in campo nazionale e internazionale.»

La Regione, in collaborazione con le Province, predispone e finanzia i piani per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento degli operatori. Inoltre le azioni di formazione e di aggiornamento potranno anche essere programmate e finanziate, in tutto o in parte con le risorse già assegnate con il Piano Regionale, all'interno dei Piani di Zona, secondo i fabbisogni individuati nei diversi ambiti, d'intesa con le Province, ai sensi dell'art. 14 della l.r. n. 17/2003.

### **1.4.1 Informazione e sensibilizzazione**

Questo primo livello, che ha prevalenti finalità di prevenzione generale, di individuazione delle situazioni a rischio o di riconoscimento precoce di casi di maltrattamento e/o abuso, è strettamente connesso alle attività indicate nel punto **"1. Prevenzione"**.

Le azioni informative e di sensibilizzazione sono rivolte agli operatori dei servizi sociali e sanitari di base, agli insegnanti, agli educatori e a tutte quelle figure che hanno rapporti significativi con il mondo dell'infanzia e/o i genitori di bambini e adolescenti.<sup>(1)</sup>

---

<sup>(1)</sup> La Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori così esemplificava le figure interessate da una attività informativa-formativa di carattere generale:

«a) operatori dell'area sanitaria (medici, pediatri di base, infermieri, puericultori) che curano il corpo e hanno un rapporto con il genitore e possono educarlo alla relazione con il figlio per il benessere di entrambi;

b) operatori dell'area socio-assistenziale (assistenti sociali, educatori, assistenti domiciliari);

c) operatori dell'area psicologica (operatori dei consultori e dei servizi materno-infantili, neuropsichiatria infantile, medicina scolastica);

d) operatori dell'area pedagogica (direttori didattici e presidi, insegnanti e docenti di ogni disciplina, docenti utilizzati come referenti per l'educazione alla salute, psico-pedagogisti, coordinatori per l'educazione fisica e sportiva, gli addetti alla lotta della dispersione scolastica), collaboratori e ausiliari;

Le azioni sono prioritariamente finalizzate:

- a fornire conoscenze sulle normative a tutela dei minori e sull'obbligo della segnalazione/denuncia di situazioni di maltrattamento e/o abuso;
- ad offrire competenze di base sui segnali di disagio/sofferenza che bambini e adolescenti vittime di abuso manifestano;
- a fornire motivazioni all'ascolto e conoscenze adeguate sulla *prima accoglienza* di una domanda di aiuto da parte di bambini/adolescenti vittime di maltrattamenti, fermo restando che l'attività di valutazione-validazione compete a figure specialistiche, nella maggioranza dei casi nell'ambito di un procedimento giudiziario;
- a sconfiggere «quella tolleranza culturale nei confronti di condotte violente in ambito familiare in danno dei bambini» (Commissione nazionale per il coordinamento degli interventi in materia di maltrattamenti, abusi e sfruttamento sessuale dei minori), ancora molto radicata;
- a facilitare la conoscenza dei servizi del territorio (sociali e sanitari, di base e specialistici, dei centri antiviolenza e delle risorse di terzo settore) operanti in materia, allo scopo di consentire una interazione efficace sul piano della consulenza, della valutazione e della presa in carico;
- a rafforzare la stessa rete dei servizi e migliorare la comunicazione fra settore sociale, sanitario, scolastico, e le diverse espressioni del *no profit* (associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.);
- a promuovere dal basso - fra singoli cittadini, famiglie e comunità locali - la diffusione di una coscienza dei diritti dei bambini ad una crescita psicofisica armonica e serena;
- a diffondere conoscenze sui rischi di una fruizione dei media (televisione, internet, ecc.) da parte dei bambini, priva di guida da parte degli adulti significativi (genitori, insegnanti, educatori).

#### 1.4.2 Formazione specialistica

Le azioni di formazione specialistica - rivolte prioritariamente agli operatori di équipe integrate, multidisciplinari e multiprofessionali (costituite specificamente ai fini dell'attività di valutazione-validazione, di presa in carico e trattamento di situazioni di maltrattamento/abuso), di servizi specialistici e dei centri antiviolenza - sono dirette, fra l'altro:

- ad offrire conoscenze e competenze specifiche in tema di individuazione-valutazione-validazione-presenza in carico-trattamento dei casi di abuso/violenza;
- a fornire un supporto conoscitivo costante sul dibattito scientifico nazionale ed internazionale in materia di prevenzione, presa in carico e trattamento delle situazioni di abuso/violenza;
- a favorire lo scambio delle esperienze realizzate o in atto, incentivando la crescita della rete di servizi specialistici;

---

e) operatori dell'area socio-educativa (educatori, operatori del tempo libero, dello sport, del volontariato cattolico e laico).» (*Proposte di intervento per la prevenzione e il contrasto del fenomeno del maltrattamento*, 1998, p. 16).

- a migliorare le competenze di supervisione e consulenza degli operatori, anche nei confronti di servizi non specialistici, delle Scuole e delle Agenzie educative e di socializzazione del territorio.

### **1.4.3. L' "esperienza correttiva"**

L'analisi dell'esperienza clinica con le vittime di maltrattamenti e abusi conferma la necessità, per arrivare ad una effettiva riparazione del trauma subito, di un' "esperienza correttiva".

Come ha rilevato il documento già citato dell'Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza, "è indiscutibile che la migliore 'esperienza correttiva' per un minore sia di poter sperimentare il risanamento del proprio ambito originario di vita e di relazioni. In tal senso devono essere attivate le competenze specialistiche di valutazione e cura, estese alle possibili risorse familiari, più sopra richiamate.

Nella fase dell'intervento d'urgenza e della valutazione della recuperabilità familiare, può rendersi necessario l'allontanamento temporaneo del minore dalla famiglia, per evitare la continuazione dell'abuso, l'aggravarsi del danno, nonché per ridurre la sua esposizione al pesante clima di conflitto che segue la venuta alla luce della situazione.

Se in queste fasi la soluzione di scelta per il collocamento del bambino è una comunità, che meno gli richiede una riformulazione dei legami originanti nel momento in cui ancora ogni possibilità è aperta per la loro conservazione, va ugualmente riconosciuto che tali comunità dovranno avere caratteristiche consone agli obiettivi. In tal senso è riduttivo porsi soltanto criteri numerici o vagamente qualitativi ('familiare') trascurando il vero scoglio della qualificazione di questi luoghi, che devono essere attrezzati per maneggiare una patologia importante come quella post-traumatica, anche se certo diversa dalle categorie più tradizionalmente 'psichiatriche'.

Nel caso, invece, in cui il risanamento della famiglia maltrattante/abusante non si riveli possibile, sarà necessario pensare a convenienti esperienze sostitutive. In questo senso è necessario riconoscere in modo specifico la fisionomia e i conseguenti requisiti di realtà comunitarie capaci di trattare bambini traumatizzati e di operare per la promozione del loro benessere, evitando il rischio - presente in questi soggetti - di perpetuare anche nel nuovo contesto di vita condotte violente o sessualizzate. A tal fine vanno promosse adeguate competenze degli educatori attraverso iniziative di formazione continua.

Nel caso si debbano scegliere legami sostitutivi adeguati al compito riparativo, molto va incoraggiata l'adozione (per le situazioni di minore complessità anche l'affido familiare può essere una valida risposta). Essa dovrà essere caratterizzata da specifiche istanze 'terapeutiche' che si traducono nel vigore e nella consapevolezza con cui verrà trasmesso alla piccola vittima il diverso sistema di significati presente nell'altro per scambiare con la 'moneta buona' di una nuova vita quotidiana la precedente 'moneta cattiva'.

## **1.5 La Pedofilia.**

L'attenzione alla pedofilia (cioè allo sfruttamento sessuale dei bambini anche al di là dello stretto rapporto con un singolo abusante) nasce negli ultimi anni come se riguardasse un'area diversa da quella dell'abuso sessuale, regolato giudiziariamente dagli articoli introdotti dalla legge 66/96.

La giusta previsione del legislatore di un impatto psicologico particolarmente devastante per la vittima che si trovi nelle condizioni descritte dalla legge 269/98 ha determinato la preoccupazione di garantire adeguate attività di assistenza e recupero per le vittime stesse e, qualora ne venga fatta richiesta, per gli autori dei reati.

Mentre, peraltro, la pornografia, per cui si è sviluppata un'intensa attività investigativa di polizia per l'individuazione delle reti pedofile (tramite Internet), continua ad essere un "crimine senza vittime", poiché solo per circostanze fortuite si riesce talora ad identificare i bambini che hanno prestato la loro immagine alla "rete", invece la prostituzione minorile, che coinvolge di frequente minorenni stranieri, è in aumento.

Si segnala anche qui, come detto in precedenza, la creazione da parte del Ministero delle pari opportunità del CICLOPE (Comitato interministeriale di coordinamento per la lotta alla pedofilia) con il compito di realizzare le funzioni di coordinamento previste dall'art. 17 della L. 269/98. L'obiettivo prefissato, tradottosi in un piano nazionale antipedofilia, è quello di condividere e attuare un percorso mirato all'emersione e alla conoscenza del fenomeno, alla prevenzione e protezione dei minori, alla presa in carico dei bambini abusati e alla repressione dei reati. Per perseguire tali finalità è prevista la partecipazione di rappresentanti designati da 11 amministrazioni e lo svolgimento di apposite audizioni nell'ambito delle quali potranno essere ascoltati esponenti delle più autorevoli associazioni che operano in tale settore.

Sotto il profilo della formazione degli operatori è necessario costruire competenze specializzate che consentano un collegamento stabile tra chi si è finora occupato di maltrattamenti e abusi e chi si è occupato di prostituzione.

E' stato autorevolmente rilevato dall'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza che "una prima e parziale analisi dei dati derivanti dall'attività di centri che si occupano di maltrattamento e abuso, sembra disegnare un quadro inquietante: accade cioè frequentemente che il bambino sia "iniziato" ad attività sessuali in casa o in ambienti a lui familiari, per poi essere successivamente ridotto a oggetto sessuale anche mercificabile o all'interno della stessa relazione di parentela o in ambiti sociali più fluidi. Anche le situazioni in cui il bambino viene immesso all'interno di una rete di sfruttamento sessuale organizzata, sono rese possibili dalla mediazione di un adulto significativo, al tempo stesso abusante e sfruttatore.

Ai fini sia della prevenzione che del trattamento dei bambini oggetto di sfruttamento sessuale si deve tener presente che: a) c'è sovente continuità tra abuso intrafamiliare ed immissione nel mercato della pedofilia; b) ciò avviene sia come evoluzione 'intrinseca' delle vittime (maggiore fragilità personale) nell'età giovane-adulta sia per iniziativa dello stesso abusante intrafamiliare; c) non ci può essere vera prevenzione, se non viene sviluppata la massima attenzione e cura per le situazioni che si presentano come abuso intrafamiliare.

Allo stato attuale gli interventi in tema di pedofilia non potranno che seguire percorsi analoghi a quelli previsti in materia di abusi ai minori, anche per le evidenziate ragioni di stretta connessione delle due situazioni. Saranno quindi le équipes integrate specializzate in tema di abusi ai minori che si occuperanno anche di pedofilia. Verrà tuttavia - nell'ambito sia delle équipes integrate che delle comunità per il trattamento - individuato l'indispensabile spazio che consenta l'ulteriore necessaria specializzazione per interventi più puntuali a tutela delle vittime di pornografia, prostituzione e delle altre forme di riduzione di minori in schiavitù previste dalla L. 269/1998.



## **1.6 Programmazione finanziaria**

In coerenza con la programmazione finanziaria prevista dal Piano Regionale delle Politiche Sociali che si articola anche sulla disponibilità complessiva delle risorse trasferite alla Regione Puglia, comprensiva del Fondo di cui all'art. 17, comma 2, della l. n. 269/1998, disciplinato con Decreto Ministeriale 13 marzo 2002, n. 89, a norma dell'art. 80, comma 15, della l. n. 388/2000, gli interventi previsti con le presenti Linee guida devono essere finanziati utilizzando le risorse trasferite ai Comuni con il riparto di cui al Piano stesso, nell'ambito della finalizzazione prevista per l'area prioritaria d'intervento "*Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento*".

Al fine di garantire l'uniformità del sistema dei servizi sociali su tutto il territorio regionale è auspicabile che nei Piani di Zona venga previsto che gli interventi in materia di lotta all'abuso e al maltrattamento siano finanziati con risorse pari ad almeno il 20 % del totale delle risorse destinate all'area d'intervento "*Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento*".

## **2. Adozioni, affidamenti familiari e nuove forme di accoglienza**

### **2.1 Gli orientamenti normativi e gli obiettivi da realizzare per la loro attuazione.**

Con l'approvazione della l. n. 184/1983 è stata disciplinata la materia dell'adozione e dell'affidamento dei minori in Italia.

La l. n. 184/1983 è stata successivamente modificata dalle l. n. 476/1998 e l. n. 149/2001.

A) La l. n. 476/1998 assegna alle Regioni competenze specifiche relative allo sviluppo e all'organizzazione della rete dei servizi previsti in materia di adozioni ed affidamenti, alla vigilanza sul funzionamento delle strutture e dei servizi che operano sul territorio per l'adozione internazionale al fine di garantire livelli adeguati di intervento, alla promozione e definizione di protocolli operativi e convenzioni fra Enti autorizzati e servizi, nonché alla definizione di forme stabili di collegamento fra gli stessi Enti e gli organi giudiziari minorili.

La nuova legge attribuisce compiti molto importanti ai servizi socio-assistenziali degli Enti locali, chiamati a lavorare insieme, in forma integrata, con i servizi delle Aziende Sanitarie Locali, anche in collaborazione con gli Enti autorizzati, per una più approfondita indagine sulla realtà familiare delle coppie e sulle motivazioni ad adottare.

Secondo le indicazioni e gli orientamenti della Commissione per le Adozioni Internazionali presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, gli Enti locali devono:

- fornire informazioni sull'adozione internazionale e sulle relative procedure, sugli Enti autorizzati e sulla loro funzione, nonché sulle altre forme di solidarietà nei confronti dei minori in difficoltà (ad esempio sostegno a distanza);
- curare la preparazione degli aspiranti all'adozione, aiutandoli a scoprire le loro risorse e le motivazioni profonde della richiesta adottiva, nonché a verificare insieme a loro la reale disponibilità ad affrontare i compiti che intendono assumere;
- acquisire elementi sulla situazione personale, familiare e sanitaria degli aspiranti genitori adottivi, sulla loro attitudine a farsi carico di un'adozione internazionale, sulle eventuali caratteristiche particolari del minore o dei minori che sarebbero in grado di accogliere;
- acquisire ogni altro elemento utile affinché il Tribunale per i Minorenni possa valutare la loro idoneità all'adozione internazionale.

Il compito dei servizi è quindi di osservazione e contemporaneamente di aiuto alla coppia. La valutazione dell'idoneità spetta comunque al Tribunale per i Minorenni, al quale deve pervenire una relazione molto approfondita, in particolare sotto il profilo psicologico.

La Regione Puglia con deliberazione della Giunta Regionale 11 marzo 2003, n. 168 ha approvato un "Protocollo operativo per i rapporti tra Regione, Tribunali per i

Minorenni, Procure della Repubblica presso i Tribunali per i Minorenni, Enti Locali ed Enti autorizzati". Il protocollo si articola in due documenti: adozioni internazionali ed adozioni nazionali, ed è finalizzato alla determinazione delle forme di collaborazione e di collegamento tra i diversi servizi, con l'obiettivo di contribuire ad elevare la complessiva qualità delle attività nell'ambito del sostegno alla famiglia, della prevenzione dell'abbandono del minore, dell'affidamento familiare e della stessa adozione nazionale e internazionale.

Si definisce, con questo Protocollo, la procedura che le équipes integrate di operatori devono utilizzare nella gestione degli interventi in materia di adozioni, *affidamenti e nuove forme di accoglienza* al fine di consolidare e rendere omogenea sul territorio regionale la rete dei servizi, favorendo le forme di collaborazione ed integrazione.

B) La l. n. 149/2001, oltre a introdurre varie altre modificazioni, ha cambiato il titolo della legge che oggi non è più "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori", ma "Diritto del minore ad una famiglia", rubrica che intende sottolineare la centralità del minore e l'unitaria prospettiva con cui vengono proposti i molteplici interventi normativi in suo favore: dal sostegno alla famiglia biologica, all'affidamento familiare, fino all'adozione nazionale ed internazionale. Punto qualificante di questa legge è la chiusura degli istituti assistenziali, che è prevista per il 31/12/2006.

Le indicazioni normative contenute in tale legge sono state oggetto di approfondimento da parte dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, che ha predisposto gli orientamenti fondamentali entrati a far parte del "piano governativo d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per gli anni 2003-2004".

Seguendo tali orientamenti e quelli che anche successivamente vengono proposti dallo stesso Osservatorio, va sottolineata la necessità di porsi questi obiettivi: a) promuovere ulteriormente l'istituto dell'affidamento familiare anche secondo nuove e più ampie modalità di realizzazione; b) agevolare l'attuazione dell'istituto dell'adozione mite nel caso in cui alla scadenza del termine dell'affidamento familiare il minore non possa essere riaccolto nella famiglia di origine; c) realizzare articolate e diversificate comunità per minori e favorire ulteriori forme di accoglienza.

In particolare, dovrà essere promosso a livello regionale il monitoraggio dei minori istituzionalizzati e quello degli istituti assistenziali allo scopo di verificarne la chiusura effettiva entro il 31/12/2006; dovrà essere istituita poi a livello regionale entro il 31/12/2006 l'anagrafe dei minori in affidamento familiare; dovrà essere prevista tra le forme innovative di accoglienza l'affido ad associazioni familiari o a comunità per il collocamento in una famiglia affidataria; dovrà anche essere previsto l'affido professionale (detto anche solidale) come alternativa all'inserimento in strutture di accoglienza di soggetti con affidi falliti plurimi, portatori di handicap e/o di psicopatologie; maltrattati e/o abusati; occorre creare forme di sostegno psico-socio-educativo per le famiglie che scelgono la strada dell'affidamento e per i bambini da affidare prime che giungano all'affido; occorre infine prevedere per il caso di adozione di minori di età superiore ai dodici anni o portatori di handicap misure di carattere economico e di sostegno per l'inserimento sociale in attuazione dell'art. 6, comma 8, l. n. 184/1983 per evitare che la mancata erogazione economica costituisca per gli affidatari una remora a procedere all'adozione.

Alla luce delle considerazioni fin qui sviluppate è opportuno definire linee guida e criteri di attuazione per la programmazione e la promozione di interventi in materia di adozioni, *affidamenti e nuove forme di accoglienza*, ferme restando le indicazioni fornite con il protocollo operativo per i rapporti tra Regione, Tribunali per i

minorenni, Procura della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni, Enti locali ed Enti autorizzati. Inoltre, in relazione alle procedure di programmazione e di gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla l.r. n. 17/2003, si sottolinea che tutti gli interventi per i quali è prevista una forma di collaborazione tra Comuni ed ASL devono trovare definizione nell'ambito dell'Accordo di Programma contestualmente alla approvazione del Piano Sociale di Zona.

I Comuni, singoli o associati tra loro, d'intesa con le AUSL, definiscono pertanto nel Piano di Zona gli interventi in questa materia, tenendo conto delle esigenze specifiche del territorio e prevedendo, in ogni caso, le attività di informazione e sensibilizzazione da realizzarsi nel periodo di vigenza del Piano di Zona, la definizione delle équipe integrate, l'articolazione degli interventi previsti con le modalità di cui al citato protocollo operativo. Ulteriori specificazioni per l'attuazione delle attività di competenza regionale in precedenza indicate verranno proposte con atti successivi.

## **2.2 Informazione e sensibilizzazione**

Le équipe integrate per la gestione degli interventi in materia di adozioni, affidamenti e altre forme di accoglienza svolgono, con le modalità definite dal protocollo operativo di cui alla deliberazione della Giunta regionale 168/2003, le attività di:

- *informazione generale*, rivolta a gruppi di cittadini interessati ad acquisire informazioni sugli interventi a favore dell'infanzia in situazione di disagio
- *formazione, valutazione e sostegno di chi si candida ad un'esperienza di accoglienza.*

Pertanto le équipe integrate seguiranno

- o famiglie o singoli che hanno presentato dichiarazione di disponibilità all'adozione nazionale, internazionale o mite e all'affidamento familiare;
- o famiglie o singoli che si candidano per forme di accoglienza e cura destinate a minori con particolari difficoltà, per i quali è necessario un sostegno economico e una sistematica assistenza;
- o comunità di tipo familiare che ospitano minori in difficoltà;
- o minori e famiglie che presentino situazioni di particolare disagio (soprattutto quelli che hanno rilevanza giudiziaria).

Articolando in modo più dettagliato il discorso che precede, le équipe integrate dovranno essere suddivise in due distinte categorie: l'una che si occupi della formazione di coppie e singoli disponibili a tutte le forme di accoglienza di minori sopra indicate; l'altra che proceda ad effettuare la diagnosi di recuperabilità della famiglia di origine e, in ogni caso, a formulare il progetto di vita del minore. Delle équipe integrate di questa seconda categoria dovranno fare parte gli operatori che hanno svolto attività nei servizi di psicoterapia dell'età evolutiva, nei centri di diagnosi e cura e in servizi affini.

Dopo la presa in carico e il sostegno per un tempo adeguato (almeno un anno), l'équipe integrata che ha seguito il caso curerà l'invio ai servizi territoriali del nucleo familiare e fornirà una supervisione per i successivi interventi di sostegno sia per i minori in particolari difficoltà che per l'intero nucleo familiare.

L'équipe avrà il compito di verificare periodicamente l'andamento dell'accoglienza tramite collegamenti diretti con i servizi territoriali e riferirà successivamente al competente tribunale per i minorenni sugli accertamenti svolti.

Ogni équipe darà un contributo per lo sviluppo della cultura dell'accoglienza, partecipando alle iniziative di sensibilizzazione ed informazione nel campo dell'affidamento familiare e di altre forme di accoglienza, la cui competenza rimane dei servizi sociali dei comuni.

L'attività di sensibilizzazione deve svilupparsi nel quadro degli interventi complessivi in materia di interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, cercando la collaborazione di tutti gli Enti, pubblici e privati, che sul territorio operano nel settore specifico (Istituzioni Scolastiche, Organizzazioni del Terzo Settore e Volontariato, Parrocchie, Enti autorizzati, Tribunale per i Minorenni, ecc.), al fine di sviluppare il massimo di coinvolgimento della comunità locale sul tema delle adozioni.

I Piani di Zona definiscono il programma d'intervento triennale in materia di informazione e sensibilizzazione sull'adozione nazionale ed internazionale nell'ambito degli interventi previsti per l'area prioritaria *Politiche per minori*.

### **2.3 Definizione delle équipe integrate**

I Piani di Zona dovranno prevedere altresì le modalità specifiche per la costituzione e la localizzazione dell'Ufficio Adozioni, articolato per ambito territoriale, e la costituzione delle relative équipe integrate per la gestione degli interventi in materia di adozioni.

Tali équipe, che possono essere formate da personale destinato anche ad altre funzioni e servizi nell'ambito degli interventi a favore dei minori, come ad esempio la materia degli interventi di contrasto all'abuso ed al maltrattamento, devono in ogni caso prevedere almeno uno psicologo e un assistente sociale.

In coerenza con quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*", gli oneri relativi alla costituzione delle équipe sono suddivisi tra le AUSL e i Comuni, con riferimento rispettivamente alla figura dello psicologo e dell'assistente sociale.

Per la costituzione delle équipe integrate le AUSL e i Comuni utilizzano prioritariamente il personale in servizio presso i Consultori e gli Uffici dei Servizi Sociali, tenuto conto delle esigenze organizzative dei servizi e delle professionalità acquisite nell'ambito dell'attività di formazione e di aggiornamento promosse dalla Regione e dell'esperienza acquisita.

### **2.4 Formazione e aggiornamento**

Per effetto della l.r. n. 17/2003 la Regione Puglia predispone e finanzia i piani per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali. Nello specifico della materia delle adozioni la Regione ha in corso specifica convenzione con l'Istituto degli Innocenti di Firenze, per la realizzazione di programmi di formazione e assistenza tecnica. Altri programmi sono in via di definizione e verranno realizzati per sostenere il processo di consolidamento e sviluppo degli interventi in materia di adozione sul territorio regionale.

I Comuni, singoli o associati tra loro, possono in ogni caso, con il concorso delle Province, e favorendo la partecipazione dei soggetti istituzionali e non, che si occupano di interventi in materia di infanzia e adolescenza, promuovere e realizzare, nell'ambito delle iniziative programmate con i Piani di Zona, iniziative di formazione specifiche in materia di adozioni, con particolare riferimento alla formazione professionale di base e all'aggiornamento.

### **3. Interventi per gli Asili Nido**

#### ***Premessa***

La definizione di criteri e modalità per il finanziamento degli asili nido si rende necessaria per la previsione di cui alla l. n. 488/2001, art. 70, che ha istituito un Fondo per gli asili nido, quali strutture dirette a garantire la formazione e la socializzazione delle bambine e dei bambini di età compresa tra i tre mesi ed i tre anni ed a sostenere le famiglie ed i genitori.

Il Fondo è stato ripartito tra le Regioni e le Province autonome con Decreto del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali del 11 ottobre 2002, che ha destinato alla Regione Puglia per l'annualità 2003 la quota di 3.242.471,53 euro.

L'art. 70 della l. n. 488/2001, al comma 4, dispone che le Regioni provvedano a ripartire le risorse finanziarie tra i Comuni, singoli o associati, che ne fanno richiesta per la costruzione e la gestione degli asili nido, nonché di micro-nidi nei luoghi di lavoro.

La l.r. n. 4/2003, art. 7, comma 4, ha disposto che la quota regionale del Fondo per gli asili nido venga utilizzata prioritariamente per sostenere la gestione diretta o indiretta degli asili nido già realizzati dai Comuni con finanziamenti pubblici.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali, in attuazione delle previsioni di cui alla l.r. n. 17/2003, nella definizione del fondo unico regionale per le politiche sociali, ha riservato le suddette risorse agli interventi per la costruzione e la gestione degli asili nido. Ulteriori risorse che saranno assegnate a tal fine, saranno assegnate con i criteri fissati dalle presenti linee guida.

#### ***3.1 Criteri e modalità per il finanziamento***

La l.r. n. 17/2003 individua nel Piano di Zona, adottato dai Comuni, singoli o associati tra loro, lo strumento che definisce il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali, garantendo i livelli essenziali delle prestazioni e provvedendo alla localizzazione dei servizi. E' nel Piano di Zona che i Comuni definiscono, tra l'altro, tutti gli interventi in materia di infanzia e adolescenza, comprensivi delle strutture e dei servizi per minori previsti dalla l.r. n. 17/2003, ai sensi degli artt. 21 e 26, e dal regolamento regionale.

I Comuni che intendono contemplare nel rispettivo Piano Sociale di Zona interventi per la gestione di asili nido, realizzati con finanziamenti pubblici, a valere sulle risorse della quota regionale del Fondo nazionale per gli asili nido, di cui all'art. 70 della l. n. 488/2001, devono allegare al Piano stesso apposita istanza di finanziamento, che contenga:

- le indicazioni relative al tipo di gestione, diretta o indiretta e, in questo secondo caso, la specificazione delle modalità di gestione;
- l'indicazione della capacità ricettiva della struttura oggetto della richiesta di contributo;
- il numero dei minori di età compresa fra i tre ed i quarantadue mesi residenti nel territorio di riferimento;

- la media dei bambini di età compresa fra i tre ed i quarantadue mesi complessivamente ospitati nell'ultimo biennio;
- il numero del personale addetto, in pianta stabile, e relativa qualifica;
- la dichiarazione di conformità della struttura alle previsioni di cui alla l.r. n. 4/2003, art. 7, comma 4, relativa alla realizzazione con finanziamenti pubblici;
- la dichiarazione di conformità della struttura alle vigenti disposizioni in materia di standard minimi;
- l'indicazione degli estremi di iscrizione al registro regionale di cui all'art. 32 della l.r. n. 17/2003;
- la dichiarazione relativa al costo complessivo di gestione riferito all'anno immediatamente precedente a quello di presentazione dell'istanza di finanziamento.

Le risorse finalizzate vengono destinate per il 70% al finanziamento di interventi per la gestione di asili nido ed il 30% al finanziamento della costruzione di nuovi asili nido.

Per quanta riguarda il primo 70% la Regione Puglia provvederà, con successivo provvedimento del Dirigente del Settore dei Servizi Sociali, alla assegnazione ed alla liquidazione dei contributi, sulla base dei seguenti criteri:

- a) 40 % dello stanziamento complessivo della quota riservata dal Piano Regionale delle Politiche Sociali ripartito in parti uguali tra tutti i Comuni richiedenti, indipendentemente dalla popolazione residente e dal numero di asili, in possesso dei requisiti precedentemente richiamati;
- b) 30 % dello stanziamento ripartito in rapporto alla media annua di minori di età compresa tra i tre e i quarantadue mesi complessivamente ospitati nell'ultimo biennio presso le strutture oggetto della richiesta di finanziamento, con abbattimento del 30 % della media annua per la parte superiore alla media di 100 minori ospitati nell'ultimo biennio.

Per la quota residua dello stanziamento complessivo, pari al 30%, eventualmente integrato dalle somme non utilizzate per gli interventi di gestione la Giunta Regionale provvederà con apposito piano di riparto ad assegnate a titolo di contributo per la costruzione di nuovi asili nido, in base ai seguenti elementi:

- strutture esistenti nell'ambito territoriale di riferimento dei Comuni richiedenti, come definito dalla l.r. n. 17/2003;
- progetti che prevedono l'impegno da parte dei Comuni richiedenti per la gestione associata del servizio;
- la capacità ricettiva della struttura;
- la copertura finanziaria effettivamente disponibili per la realizzazione della struttura.

I progetti per la costruzione di nuovi asili nido devono essere avviati entro e non oltre 12 mesi dalla liquidazione del contributo regionale, e devono essere collaudati entro e non oltre 48 mesi dalla stessa liquidazione. In caso di mancato dei termini fissati, il Comune è tenuto alla restituzione del contributo assegnato.

## **4. Interventi in materia di disabilità**

### **4.1 Continuità degli interventi di sostegno alle persone con handicap grave**

La l. n. 162/1998 ha introdotto delle modifiche alla l. n. 104/1992, prevedendo degli interventi di sostegno a favore delle persone con handicap grave, finanziati con risorse da ripartire tra le Regioni, ai sensi dell'art. 42, comma 2 della stessa l. n. 104/1992.

Gli interventi richiamati dovranno essere programmati nei Piani Sociali di Zona e realizzati secondo le seguenti priorità:

1. interventi di sostegno a persone con handicap di particolare gravità, di cui all'art. 39, comma 3 lettera l-bis e l-ter, della l. n. 104/1992, e alle loro famiglie, come prestazioni integrative di altri interventi in corso di realizzazione, mediante forme di assistenza domiciliare e di aiuto personale anche della durata di 24 ore, provvedendo alla realizzazione dei servizi di cui all'art. 9 della l. n. 104/1992 e all'art. 12, comma 2, lettera f, della l.r. n. 10/1997;
2. interventi di aiuto finalizzati a garantire il diritto alla vita indipendente alle persone con disabilità permanente e grave limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento di una o più funzioni essenziali della vita, non superabili mediante ausili tecnici, gestiti anche mediante titoli per l'acquisto, nell'ambito piani personalizzati;
3. rimborso parziale di spese di assistenza documentate e sostenute dal portatore di handicap grave, nell'ambito di programmi previamente concordati con il Comune.

Per effetto dell'art. 80, comma 17, della l. n. 388/2000 le risorse previste dalla l. n. 162/1998 sono confluite nel Fondo nazionale per le politiche sociali che, a partire dall'esercizio finanziario 2003, sono trasferite alle Regioni senza vincolo di destinazione.

Si rende pertanto necessario garantire nella programmazione locale la continuità e lo sviluppo degli interventi di sostegno alle persone con handicap grave, definendo le modalità di gestione degli stessi, nella fase di passaggio al nuovo assetto organizzativo ed istituzionale dei servizi, introdotto dalla riforma.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali nella definizione delle politiche d'intervento in materia di disabilità prevede che i Piani di Zona garantiscano prioritariamente l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare e dei servizi di sostegno per le famiglie, comprensivi di quelli previsti dalla l. n. 162/1998, in continuità, quindi, con gli interventi avviati con le procedure della richiamata deliberazione n. 657 del 28 maggio 2002 della Giunta Regionale.

A tal fine lo stesso Piano Regionale, nella programmazione finanziaria, definisce nella misura minima del 15 % la quota di risorse del Fondo regionale per le politiche sociali che i Comuni, singoli o associati tra loro, devono destinare all'area prioritaria d'intervento *persone con disabilità* nella definizione del Piano di Zona.



Garantita la continuità degli interventi già avviati i Comuni definiscono, in relazione ai bisogni specifici del territorio di propria competenza, l'opportunità di avviare nuovi interventi in materia di sostegno alle persone con handicap grave, definendo una graduatoria annuale sulla base di criteri definiti nel regolamento unico per l'accesso alle prestazioni che dovrà essere adottato dai Comuni dell'ambito territoriale.

## **5. Interventi in materia di dipendenze**

### ***Premessa***

La Regione Puglia con l'approvazione del Piano Regionale per le Politiche Sociali ha definito le scelte strategiche in materia di politiche sociali regionali, definendo tra l'altro gli obiettivi per gli interventi specifici nell'area delle dipendenze, in attuazione delle previsioni di cui alla l.r. n. 17/2003.

Il Piano Regionale prevede che nell'ambito della definizione dei Piani di Zona i Comuni, singoli o associati tra loro, d'intesa con le Aziende unità sanitarie locali (AUSL), con la partecipazione di tutti gli altri soggetti previsti dalla l.r. n. 17/2003, programmino interventi e servizi che, per tipologia e natura delle attività proposte, siano coerenti con quanto previsto dal regolamento regionale 28 febbraio 2000, n. 1 che ha fissato i criteri e le modalità per il finanziamento regionale dei progetti di lotta alla droga, compresa l'individuazione dei soggetti destinatari dei finanziamenti, in relazione alle aree d'intervento specifiche.

Le previsioni del regolamento regionale 1/2000 necessitano evidentemente di un adeguamento alla riforma introdotta dalla l.r. n. 17/2003 e pertanto, nelle more dell'adeguamento della normativa, ai sensi dell'art. 48, comma 5 della stessa l.r. n. 17/2003, è necessario procedere con la definizione di linee guida per la programmazione e la gestione degli interventi in materia di lotta alla droga.

### ***5.1 Ruolo e funzioni dei soggetti proponenti***

Il regolamento regionale 1/2000, all'art. 1, prevede che i progetti triennali possano essere presentati dalle province, dai comuni e loro consorzi, dalle comunità montane, dalle aziende unità sanitarie locali, dagli enti di cui agli articoli 115 e 116 del D.P.R. n. 309/1990, dalle organizzazioni di volontariato di cui alla l. n. 266/1991, dalle cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1 lettera b), della l. n. 381/1991 e dai loro consorzi. Per quanto concerne la tipologia e la natura delle attività proposte lo stesso regolamento, all'art. 5, individua le specifiche aree di intervento in relazione ai soggetti destinatari dei finanziamenti.

La l.r. n. 17/2003 ha definito il nuovo quadro delle competenze degli Enti locali in materia di interventi sociali, attribuendo la titolarità delle funzioni amministrative svolte a livello locale ai Comuni, singoli o associati tra loro, in conformità alle modifiche introdotte dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Alle Province la legge attribuisce nuove e diverse competenze, con particolare riferimento all'analisi della domanda e dell'offerta assistenziale ed alla promozione di iniziative di formazione e aggiornamento, mentre le Comunità Montane sono escluse dalla titolarità della funzione specifica. Pertanto per effetto della l.r. n. 17/2003 le Province e le Comunità Montane non possono presentare progetti in materia di lotta alla droga a valere sulle risorse previste nei Piani di Zona. Resta comunque inteso che anche nel settore degli interventi e dei servizi in materia di lotta alla droga le Province, che in ogni caso concorrono alla programmazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali, possono, con le modalità previste dal Piano Regionale delle Politiche Sociali, essere individuate come soggetti unici sovra-ambito per lo

svolgimento delle funzioni amministrative connesse alla gestione delle attività, a fronte del corrispondente trasferimento delle risorse necessarie dal quadro finanziario di ciascun Piano di Zona, con il concorso di tutti gli enti interessati alla copertura dei costi.

Le Aziende unità sanitarie locali concorrono alla definizione complessiva del Piano di Zona e pertanto individuano in quella sede, d'intesa con i Comuni e nel rispetto delle reciproche competenze, le modalità attraverso le quali contribuire alla realizzazione degli interventi in materia di lotta alla droga programmati nel Piano stesso.

Per gli altri soggetti resta ferma la previsione del regolamento.

## **5.2 Durata dei progetti**

L'art. 1 del regolamento regionale n. 1/2000 fissa, per effetto delle previsioni di cui all'art. 127 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309, come sostituito dall'art. 1, comma 2, della l.n. 45/1999, in un triennio la durata dei progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero della tossicodipendenza e dell'alcooldipendenza correlata e al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti.

La circostanza eventuale, per la quale i Comuni si dovessero trovare a gestire i progetti proposti in base alle modalità precedenti all'approvazione del Piano Regionale contestualmente a quelli previsti e finanziati col Piano di Zona, va opportunamente governata in sede di programmazione, prevedendo nel contesto dell'ambito territoriale l'omogeneità degli interventi, in relazione ai bisogni specifici evidenziati nell'analisi territoriale.

In ogni caso, nel rispetto dei principi di omogeneità, adeguatezza, sussidiarietà, efficienza ed efficacia ai quali si ispira la realizzazione del sistema regionale dei servizi sociali, è necessario evitare la sovrapposizione, nei contenuti e nei tempi, degli interventi da realizzare sul territorio.

## **5.3 Destinazione delle risorse**

L'art. 6 del regolamento regionale n. 1/2000 prevede che la quota del Fondo nazionale per la lotta alla droga a disposizione della Regione Puglia sia così utilizzata:

- 50 % per il finanziamento dei progetti presentati dagli enti locali e dalle Aziende USL,
- 48 % per il finanziamento dei progetti presentati dagli enti di cui all'artt. 115 e 116 del DPR n. 309/1990, dalle organizzazioni di volontariato di cui alla l.n. 266/1991 e dalle Cooperative sociali di cui all'art. 1, comma 1, lett. b) della l. n. 381/1991 e loro consorzi;
- 2 % per il finanziamento delle spese generali relative alla gestione del Fondo, tra le quali le spese di funzionamento della Commissione di cui all'art. 7 dello stesso regolamento n. 1/2000, le spese conseguenti l'attività di verifica e controllo, gli scambi interregionali e l'attivazione di un idoneo sistema di informatizzazione.

Per effetto della l.n. 388/2000, art. 80, comma 17, il Fondo nazionale per la lotta alla droga a partire dall'esercizio finanziario 2001 è confluito nel Fondo Nazionale

per le Politiche Sociali, trasferito alle Regioni come Fondo Unico, conservando parzialmente le finalizzazioni. A partire dall'esercizio finanziario 2003 il Fondo Nazionale per le politiche sociali è assegnato alle Regioni come fondo indistinto, ovvero senza finalizzazioni specifiche, per effetto della riforma del Titolo V della Costituzione, che ha trasferito le competenze in materia di politiche sociali in via esclusiva alle Regioni.

Per questa ragione i criteri e le modalità previste dall'art. 6 del regolamento regionale n. 1/2000 per l'utilizzo del fondo regionale, limitatamente alle previsioni incompatibili con la l.r. n.17/2003, sono da applicarsi fino all'esaurimento delle azioni progettuali intraprese a valere sulla quota del Fondo nazionale per la lotta alla droga assegnata alla Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2002.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali infatti, a partire dalle risorse disponibili sull'esercizio finanziario 2003, fissa nel 5 % la percentuale delle risorse minime che i Comuni, singoli o associati tra loro, devono dedicare all'area delle dipendenze nella definizione del quadro finanziario del Piano di Zona. Pertanto, per effetto della normativa intervenuta, la destinazione del Fondo prevista dall'art. 6 del regolamento regionale n. 1/2000 risulta modificata limitatamente alla parte relativa alla quota del 2 % riservata alla Regione, tenuto conto che l'art. 45, commi 3 e 4, della l.r. n. 17/2003, riserva una specifica quota a favore della Regione e dei Comuni, per far fronte in via generale agli oneri derivanti dall'attuazione della riforma e quindi anche alle predette spese.

La quota destinata al finanziamento degli interventi previsti nei Piani di Zona per l'area delle dipendenze, definita dal Piano Regionale delle Politiche Sociali nella misura minima del 5 %, dovrà quindi essere utilizzata nella misura

- del 50 % per gli interventi di cui alla lettera a)
- del 50 % per gli interventi di cui alla lettera b)

del comma 1 dell'art. 6 del citato regolamento regionale.

#### ***5.4 Modalità di presentazione dei progetti***

Le modifiche introdotte dalla legge regionale 17/2003 incidono anche sulle modalità di presentazione dei progetti. I Comuni e le AUSL, con la collaborazione dei Servizi Minorili della Giustizia per gli interventi a favore di minori sottoposti a provvedimenti giudiziari penali, definiranno nel Piano di Zona, ai sensi dell'art. 9 della legge regionale, gli interventi ed i progetti da realizzare in materia di lotta alle dipendenze ed i rispettivi impegni finanziari, nel rispetto delle previsioni del regolamento regionale 1/2000, entro il 50 % delle risorse complessivamente destinate all'area dipendenza. Gli enti ausiliari di cui agli articoli 115 e 116 del D.P.R. n. 309/1990, le organizzazioni di volontariato di cui alla l. n. 266/1991 e le cooperative sociali di cui all'articolo 1, comma 1, lettera b), della l. n. 381/1991 e loro consorzi, presentano i progetti a valere sulla restante quota del 50 % delle risorse complessivamente destinate all'area dipendenza ai Comuni, ovvero al Comune capofila in presenza di un ambito territoriale che ha definito la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali, nel cui territorio intendono realizzare l'attività prevista. I Comuni, valutata la coerenza e la congruità dei progetti presentati con la propria programmazione in materia di dipendenze, nonché con i criteri previsti dal regolamento regionale n. 1/2000, inseriscono i progetti nel Piano di Zona per le successive fasi istruttorie previste dal Piano Regionale delle Politiche Sociali.

### **5.5 Commissione consultiva regionale**

La Commissione consultiva istituita ai sensi dell'art. 7 del regolamento regionale n. 1/2000 porterà a compimento le attività relative ai progetti proposti in base alle modalità precedenti all'approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali. Contestualmente, con l'avvio delle nuove procedure previste dal Piano Regionale per la presentazione da parte dei Comuni, singoli o associati tra loro, dei Piani di Zona, la Commissione esprimerà il parere sui progetti relativi alla materia specifica delle dipendenze, con le modalità previste dal regolamento regionale n. 1/2000, dal Piano Regionale delle Politiche Sociali e dalla presenti Linee guida.

## **6. Rimborso delle spese sostenute per interventi di trapianto**

La Regione Puglia con la l. r. n. 25/1996, e successive modificazioni, ha previsto il rimborso, da parte delle Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL), delle spese sostenute dai cittadini in attesa di trapianto, o che abbiano già subito un trapianto, e dai donatori, relative al trasporto o al viaggio e al soggiorno, per l'effettuazione degli esami preliminari e per la tipizzazione tessutale, per l'intervento di trapianto, per tutti i controlli successivi - nonché di quelli per le complicanze derivanti dall'intervento stesso - e per l'eventuale espianto.

La stessa legge regionale fissa criteri e modalità e del rimborso, prevedendone l'applicazione anche all'accompagnatore unico, di cui sia necessaria la presenza a sostegno del paziente.

Per far fronte alle spese derivanti dagli interventi previsti, la l.r. n. 25/1996, all'art. 3, comma 1, istituiva apposito capitolo di bilancio; la l.r. n. 17/2003, all'art. 47, comma 3, prevede che a decorrere dall'esercizio finanziario 2004 tali risorse, definite nella misura non inferiore agli stanziamenti previsti nel bilancio 2003, confluiscono nel capitolo *Fondo globale per i servizi socio-assistenziali*, area d'intervento Servizi alla persona, Unità Previsionale di Base 9.2 Servizi Sociali, del Bilancio Regionale.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali, nella programmazione finanziaria, definisce anche il riparto delle risorse del Fondo globale per i servizi socio-assistenziali, riferito all'esercizio 2004, con una somma pari a Euro 18.900.000,00, da cui vengono detratte, tra le altre, le risorse per il rimborso alle AUSL delle spese sostenute ai sensi della l.r. n. 25/1996, determinate nella misura di Euro 1.100.000,00.

Nelle more della rivisitazione della normativa regionale vigente, al fine di garantire la continuità del servizio, restano ferme le procedure vigenti che individuano nella AUSL l'organo competente per l'erogazione del rimborso, a valere sulle risorse che la Regione trasferisce alle ASL a consuntivo.

## 7. Integrazione sociosanitaria

### **Premessa**

La Regione Puglia, con l'approvazione della Legge Regionale 25 agosto 2003 n. 17 "*Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia*", ha disposto, fra l'altro, che - dentro il quadro complessivo di riforma del sistema regionale dei servizi sociali - vengano definite le modalità attraverso le quali giungere alla realizzazione dell'integrazione delle politiche sociali e sanitari sul territorio regionale.

L'art. 10 della l.r. 17/2003 prevede che la *Regione Puglia promuove, qualifica e sostiene l'integrazione socio-sanitaria*, anche attraverso indicazioni relative alla programmazione territoriale degli interventi integrati, definite con il Piano Regionale delle Politiche Sociali in coerenza con quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale. Il comma 3 dell'art. 10 della l.r. 17/2003 prevede, inoltre, che i *rapporti tra i soggetti erogatori degli interventi e dei servizi socio-assistenziali e le aziende erogatrici delle prestazioni sanitarie sono regolati sulla base degli atti d'indirizzo della Regione*.

L'intervento previsto dalla l.r. 17/2003 si rende necessario anche in relazione alle previsioni di cui al Dlgs. n. 229/99 recante "*Norme per la realizzazione del servizio sanitario nazionale*", alle previsioni di cui alla Legge 328/2000 "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali*", ai cui principi e finalità si richiama la l.r. 17/2003, nonché del DPCM del 14/2/2001 "*Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria*", che hanno complessivamente fornito orientamenti ed indirizzi per la ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali per la programmazione degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari.

Il Piano Sanitario Regionale, approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 2087 del 27 dicembre 2001, prevede, inoltre, che la strategia finalizzata a promuovere e garantire l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale trova il suo presupposto nelle seguenti valutazioni:

- l'integrazione aggiunge valore all'assistenza sanitaria poiché consente di migliorarne l'efficacia, di svilupparne la continuità e di porre al centro del sistema sanitario la qualità di vita del cittadino, in una visione multidimensionale del concetto di salute che va oltre il benessere fisico, psichico e sociale e che è intesa come potenzialità e capacità di progettare la propria vita sia durante le fasi libere da patologie, cronicità e perdite funzionali, che durante i periodi di perdita del benessere;
- l'integrazione promuove la solidarietà e valorizza le risorse e gli investimenti per la salute delle comunità locali;
- l'integrazione valorizza le responsabilità della comunità stimolando altresì sinergie sia a livello istituzionale che organizzativo dell'Azienda USL e dei Comuni;
- la sede territoriale più appropriata per l'erogazione delle prestazioni e degli interventi integrati è il Distretto sociosanitario.

Con il Piano Regionale delle Politiche Sociali, la Regione Puglia fornisce ulteriori indicazioni relative all'integrazione sociosanitaria, richiamando la necessità di

promuovere una effettiva integrazione delle politiche d'intervento sul piano istituzionale, sul piano gestionale ed organizzativo e sul piano professionale.

## **7.1 I livelli dell'integrazione**

### **Il livello politico-istituzionale**

Sul piano istituzionale l'integrazione degli interventi si persegue anche valorizzando il ruolo dei diversi attori nel quadro delle responsabilità attribuite dalla legge a ciascuno dei livelli di governo. La coincidenza dell'ambito territoriale con il distretto sociosanitario, prevista dalla l.r. n. 17/2003, favorisce l'unitarietà del processo di programmazione e gestione del sistema dei servizi sociali e sociosanitari, valorizzando il ruolo dei Comuni nella programmazione dei servizi sociosanitari e sanitari e quello delle AUSL nella programmazione degli interventi sociali. Il Piano Regionale delle Politiche Sociali evidenzia la necessità di *costituire luoghi di lavoro comune, in cui gli attori sociali e sanitari, con pari dignità, siano impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione e integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari*. Il Coordinamento Istituzionale, inteso come autonoma articolazione distrettuale del Comitato dei Sindaci, diventa così il luogo del governo politico-istituzionale del sistema territoriale dei servizi sociali e sociosanitari, che trovano la loro definizione rispettivamente negli strumenti del Piano Sociale di Zona e del Piano delle Attività Territoriali.

A tal proposito è opportuno richiamare la necessità che il Coordinamento Istituzionale, costituito dai Sindaci (o loro delegati, presumibilmente Assessori alle Politiche Sociali) dei Comuni afferenti all'ambito territoriale, preveda la partecipazione del Direttore Generale della AUSL di riferimento (o suo delegato) ogni qualvolta ciò sia necessario ai fini della definizione delle politiche d'intervento strettamente connesse con le attività in materia sociosanitaria. Tale collaborazione deve svilupparsi nel pieno rispetto delle competenze specifiche attribuite ad ognuno degli attori istituzionali indicati, secondo il principio di sussidiarietà, in maniera non episodica ed occasionale, a garanzia della unitarietà del processo di programmazione e della successiva erogazione delle prestazioni.

Lo stesso Piano Regionale delle Politiche Sociali fornisce indicazioni anche rispetto alle modalità operative da prevedere nella programmazione territoriale, per giungere ad una effettiva integrazione degli interventi, nei Piani Sociali di Zona e nei Piani delle Attività Territoriali. Tale scelta strategica si sviluppa a partire dalla consapevolezza che occorre riportare ad unità l'assetto strutturale dei servizi, a fronte del riconoscimento dell'unicità del bisogno del cittadino-utente, cui non pare agevole fornire risposta adeguata se il sistema dei servizi si articola in modo frammentato e disomogeneo.

### **Il livello gestionale ed organizzativo**

L'attuazione dell'integrazione sociosanitaria deve svilupparsi anche sul piano gestionale ed organizzativo, attraverso un'articolazioni di funzioni tecniche dedicate



in maniera specifica alla definizione delle politiche d'intervento e agli obiettivi relativi all'integrazione sociosanitaria. Occorre pertanto individuare nell'ambito del Distretto Sociosanitario da una parte e nell'Ufficio di Piano dall'altra, risorse umane capaci di presidiare la funzione strategica dell'integrazione tra le politiche d'intervento.

Sul piano organizzativo e della costruzione delle procedure di accesso ed accoglienza dell'utente e del nucleo familiare al sistema integrato dei servizi, assumono rilievo due "luoghi" organizzativi attraverso i quali garantire lo svolgimento di funzioni essenziali:

- la *Porta Unica di Accesso* per l'accoglienza e l'orientamento dell'utente, fatta una prima valutazione del caso;
- la *Unità di Valutazione Multidimensionale* per la valutazione complessa del caso rispetto al quadro complessivo del fabbisogno di prestazioni di cura e di assistenza e per la definizione del progetto personalizzato di intervento ai fini della presa in carico;
- la *organizzazione* a livello di ambito e/o (laddove possibile) sovra-ambito *di servizi ad elevata integrazione sociosanitaria*, con una condivisione di risorse professionali nel medesimo luogo organizzativo per mettere a sistema le prestazioni sociali e le prestazioni sanitarie, garantendo unitarietà di intervento all'individuo assistito.

## **Il livello professionale**

Un ulteriore piano di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria è quello professionale, inteso come il luogo di definizione degli strumenti tecnici operativi utili alla gestione integrata dell'intervento specifico, in cui diverse figure professionali provenienti dal contesto sociale (Comuni) e dal contesto sociosanitario (AUSL) cooperano per la erogazione di un servizio integrato: la porta d'accesso unica ai servizi, l'unità di valutazione multidimensionale, il progetto personalizzato, i protocolli di cura e assistenza.

Viene, inoltre, esplicitamente indicata nel Piano Regionale delle Politiche Sociali la necessità che, in fase di attivazione del distretto sociosanitario ed in fase di costruzione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale sociale, le AUSL ed i Comuni individuino risorse umane dedicate alla integrazione sociosanitaria, con la espressione del Coordinatore sociosanitario del distretto e con la individuazione all'interno dell'Ufficio di Piano di una risorsa umana referente per le questioni relative alla integrazione sociosanitaria.

### **7.2 I livelli essenziali di assistenza sociosanitari**

Ai sensi del DPCM 14/02/2001 le prestazioni sociosanitarie oggetto di compartecipazione sono quelle nelle quali "la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente *distinguibili*" e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AUSL e dei Comuni, come previsto dal DPCM 29/11/01.

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza

congiunta dell'Azienda USL e dei Comuni dell'Ambito e vengono indicate nell'allegato 1.C del citato DPCM del 29/11/01.

### **Assistenza Domiciliare**

- ***Assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata e assistenza domiciliare programmata)*** - Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, intendendola rivolta a minori e famiglie, anziani, disabili

### **Assistenza semiresidenziale**

- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali*** - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** - Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo

### **Assistenza residenziale**

- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie*** - prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali*** - prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani*** - prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo
- ***Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS*** cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fase di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali definisce anche le modalità operative per la definizione delle prestazioni sociosanitarie soggette a compartecipazione da parte delle AUSL e dei Comuni, per ognuna delle quali occorre pertanto definire modelli e protocolli operativi di riferimento. E' necessario, infatti, che l'integrazione sociosanitaria non trovi attuazione solo sul piano finanziario della compartecipazione al costo delle prestazioni, ma che tutti gli Enti titolari della funzione di assistenza,

segnatamente i Comuni e l'ASL condividano un unico percorso di programmazione ~~dei~~ servizi sopraelencati (che garantisca la reale integrazione tra Piano Sociale di Zona e PAT), definiscano congiuntamente le priorità di accesso, le modalità operative di erogazione del servizio, nonché l'eventuale compartecipazione al costo della prestazione da parte degli utenti.

Solo un percorso così articolato consente di non generare impegni alla compartecipazione disarticolati, e quindi incompatibili, con gli impegni finanziari che tutti i Comuni devono assumere per la realizzazione del Piano Sociale di Zona, al cui interno devono trovare spazio organicamente i servizi sociosanitari, con una precisa indicazione dell'apporto di tutti i soggetti interessati.

Proprio in ragione di tale previsione, l'Accordo di Programma si prevede che venga firmato anche dalla ASL, per quanto di sua competenza, e contenga al suo interno una analitica elencazione di tutte le prestazioni essenziali (LEA) nonché di tutti gli altri servizi in cui è prevista una integrazione a più livelli tra sociale e sanitario, con i relativi impegni in termini di risorse umane, finanziarie ed eventualmente strutturali.

Al Fine di garantire unitarietà e tempestività alla programmazione degli interventi, l'assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) nel primo annuo di vigenza dei Piani Sociali di Zona, occorre definire prioritariamente un protocollo operativo per l'A.D.I. (allegato A).

Infatti, in merito alla compartecipazione finanziaria per la erogazione delle prestazioni sociosanitarie riconducibili ai LEA, il Piano Regionale delle Politiche Sociali ha determinato che la programmazione unitaria ha per oggetto tutte le attività sociosanitarie, ma che data l'opportunità di graduare il percorso innovativo nel tempo per renderlo sostenibile sul piano organizzativo ed economico-finanziario, vi è la necessità di avviare il percorso di integrazione sociosanitaria a partire, prioritariamente, dalle prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed AUSL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01).

Al fine di definire i contenuti finanziari del Piano Sociale di Zona e gli apporti anche economici della AUSL, si sottolinea l'importanza che nel triennio 2004-2006 venga garantita con l'indispensabile gradualità l'offerta di tutte le prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM del novembre 2001. In particolare tale gradualità deve essere ricercata a partire dal 2004 (l'annualità di programmazione del Piano Sociale di Zona con i relativi impegni finanziari nei bilanci dei Comuni e delle ASL), avendo cura che nella prima annualità gli sforzi dell'ASL e dei Comuni siano rivolti - attraverso impegni precisi sottoscritti nell'Accordo di Programma e la relativa progettazione di dettaglio nel Piano Sociale di Zona - almeno alla attuazione del primo livello essenziale di assistenza previsto nello stesso Decreto, cioè l'assistenza domiciliare integrata per le persone che presentino situazioni di disagio psico-fisico e sociale tali da poter ricevere cura adeguata nel contesto familiare, garantendo le necessarie prestazioni di supporto, nel rispetto del principio richiamato dal legislatore regionale di privilegio della domiciliarità per consentire il graduale superamento delle istituzioni chiuse.

### ***7.3 La programmazione degli interventi integrati e il coordinamento degli atti programmatori***

La programmazione degli interventi integrati trova la sua disciplina e la sua regolamentazione nel D.Lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, nella

l.n. 328/2000, nei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 e, sul piano regionale, nella l.r.\n, 17/2003, nel Piano Sanitario Regionale e nel Piano Regionale delle Politiche Sociali. Ai sensi dell' art. 3-quater DLgs. n. 229/99, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il **Programma delle Attività Territoriali (PAT)** e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali. In particolare il comma 3 del suddetto articolo precisa che il PAT:

- prevede la localizzazione dei servizi a gestione diretta
- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'art 3-septiers del D.lgs. n. 229/99 e le quote rispettivamente a carico dell'AUSL e dei Comuni;
- è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Direttore di distretto, ed è approvato dal Direttore Generale sentito il parere del Comitato dei Sindaci per la parte sanitaria e "di intesa" con tale Comitato per la parte socio-sanitaria.

Ai sensi della l.r. n. 17/2003 l'ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali ivi comprese quelle ad integrazione socio-sanitarie. Esso è coincidente con il distretto sanitario, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e gestione integrata dei servizi e degli interventi.

I **Piani Sociali di Zona**, previsti dalla l.r. n. 17/2003, sono lo strumento attraverso il quale gli Enti locali associati tra loro, definiscono il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali, con l'indicazione degli obiettivi strategici, delle priorità d'intervento, degli strumenti, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che le AA.SS.LL. ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatica, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT), in modo da assumere con decisione contestuale gli impegni finanziari, ma anche di risorse umane, necessari per sostenere il costo delle prestazioni integrate, avendo condiviso anche quel sistema di regole necessario a disciplinare in dettaglio l'erogazione delle prestazioni.

Ricordiamo a tal proposito che già il *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003* sottolineava la necessità che: "Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal *Programma delle Attività Territoriali* (di cui all'articolo 3-quater del D. Lgs n. 229/99) e dal *Piano di Zona* (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie".

Di conseguenza i distretti sanitari dovranno formulare coerentemente la programmazione socio-sanitaria del Programma delle Attività Territoriali che verrà presentato ai Sindaci del Coordinamento Istituzionale per acquisirne il "parere" sulla parte sanitaria e "l'intesa" sulla parte sociosanitaria.

A loro volta i Piani di Zona sociali dovranno definire la programmazione degli interventi ad integrazione sanitaria dell'Ambito Territoriale che, come già definito

dalla l.r. n. 17/2003, dovrà essere approvato con accordo di programma sottoscritto dalla AUSL.

La parte socio-sanitaria presente in entrambi i documenti, frutto di una “unica strategia programmatoria” che ne assicura la reciproca complementarietà e coerenza, sarà così parte integrante della programmazione sia sociale che sanitaria, e andrà assunta integralmente in tutti i documenti e strumenti in cui essa si formalizza e si declina.

Essa dovrà prevedere, anche ai fini della compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni socio-sanitarie ai sensi del DPCM 14.02.01 e del DPCM 29/11/2001:

- la esatta descrizione dei servizi e delle strutture presenti sul territorio distrettuale, nonché la eventuale loro implementazione,
- la previsione di nuovi servizi e strutture derivanti dall’analisi del bisogno effettuata sul territorio,
- la localizzazione dei servizi, la descrizione degli obiettivi e la tipologia di personale impegnato e da impegnare negli stessi,
- la previsione di spesa e le quote di partecipazione alla spesa dei servizi di competenza dell’azienda, raccordata con quelle di competenza dei comuni,
- la collaborazione con i soggetti del volontariato e del terzo settore secondo la vigente normativa nazionale e regionale.

In particolare gli atti che i Comuni e la ASL devono concordemente adottare per garantire l’erogazione delle prestazioni sociosanitarie, mediante decisione assunta nel Coordinamento Istituzionale dell’ambito territoriale e con il supporto dell’Ufficio di Piano e degli Uffici dei Comuni e della ASL, sono i seguenti:

- protocollo operativo per l’erogazione di una certa prestazione afferente all’area dell’elevata integrazione sociosanitaria;
- definizione di una eventuale convenzione tra Comuni ed ASL per la gestione del servizio e per definire le modalità di gestione ed i criteri per la selezione dei soggetti attuatori, in caso di esternalizzazione anche parziale dei servizi;
- regolamento per il funzionamento della unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) e per l’accesso alle prestazioni, con la relativa scheda di valutazione del caso;
- regolamento per la compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie da parte degli utenti;
- carta dei servizi per i servizi sociosanitari.

Si procede al paragrafo successivo alla illustrazione dei “luoghi organizzativi” che dovranno rappresentare una innovazione nella gestione dei rapporti tra Comuni ed ASL per l’organizzazione a livello di ambito e la erogazione delle prestazioni sociosanitarie. Gli atti sopra elencati saranno adottati solo contestualmente agli sforzi che l’ambito territoriale dovrà fare per dotarsi di un assetto organizzativo in grado di introdurre realmente elementi di cambiamento nei percorsi di accesso ai servizi sociali e sociosanitari che tradizionalmente vengono seguiti dagli utenti.

## **7.4 Gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria**

### **7.4.1 La Porta Unitaria di Accesso (PUA)**

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e il Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001-2003 individuano tra gli obiettivi prioritari la realizzazione di un sistema unitario di prestazioni socio-sanitarie per rispondere al bisogno del cittadino mediante la definizione di un progetto personalizzato. La attivazione di una "porta unitaria di accesso" al sistema dei servizi sociali e sanitari è una delle condizioni a garanzia di tale processo, come stabilito nella Conferenza Stato - Regioni del 24/07/2003.

Con tale espressione si fa riferimento in maniera esplicita da parte del legislatore all'obiettivo strategico di un "sistema di accoglienza della domanda" in grado di aprire al cittadino simultaneamente tutta la gamma di opportunità offerte dalla rete locale dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

"Porta di accesso" esprime infatti in maniera figurata il concetto di "ingresso" alla rete dei servizi, la cui "unitarietà" richiama la non settorialità dell'accoglienza e la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni e della ASL.

Per quanto concerne l'attuale configurazione del servizio sanitario, il percorso di superamento ed unificazione dei pre-esistenti punti di accesso alla rete dei servizi sanitari distrettuali (servizi di accoglienza e accettazione delle diverse Unità Operative distrettuali, Poliambulatori, ecc.) all'interno di un complessivo "sistema unitario di accesso al sistema dei servizi sociali e sanitari" di zona richiede un complesso processo di adeguamento culturale, normativo ed organizzativo, che occorre perseguire con gradualità.

Ciò può essere reso possibile attraverso l'istituzione in prima istanza (salvo che i Comuni e l'ASL non siano in grado di decidere diversamente, e cioè per una piena ed immediata attuazione di una PUA che coinvolga sia il punto di contatto con l'utente finale (*front-office*) che il lavoro interno agli Uffici non a contatto con gli utenti (*back-office*) di un organismo "unitario" - realizzato e gestito cioè, in maniera congiunta da entrambi i sistemi di servizi - collocato in seconda linea rispetto ai punti di accesso ai servizi sociali dei Comuni e sanitari dei distretti attualmente esistenti, che funga da passaggio obbligato in tutti i casi di richiesta di prestazioni a gestione integrata e partecipata, per l'attivazione della valutazione multidimensionale integrata e l'avvio a partire da questo punto di confluenza di un percorso realmente unificato e unitario di erogazione.

Sembra opportuno mantenere per questo organismo la locuzione "porta unitaria di accesso", sia pure limitatamente alle prestazioni a gestione integrata e partecipata, nonostante si tratti in realtà di una modalità unitaria di organizzazione del lavoro unitario degli uffici interessati rispetto ai vari punti di accesso alla rete e quindi di una porta interna al sistema dei servizi, per la funzione di imbocco di un percorso unificato da esso effettivamente svolta e quella più ampia di catalizzatore di un più complessivo processo di unificazione che esso può svolgere.

Nell'ambito dei servizi sociali comunali va ad integrarsi con l'organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc...) che i Servizi Sociali dei Comuni dovranno organizzare in ciascun ambito territoriale, consentendo

in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal Piano di Zona.

Nell'ambito della organizzazione dei distretti la PUA si dovrà articolare organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari distrettuali, attualmente esistenti: Medici di Medicina Generale (MMG) ovvero Pediatri di libera scelta (PLS), servizi di accoglienza e accettazione delle diverse Unità Operative distrettuali, Poliambulatori, ecc.

La *P.U.A. alle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata* si potrebbe pertanto configurare inizialmente come un momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche relativamente a tali tipologie di prestazioni socio-sanitarie e svolgere le funzioni di collettore cui convogliare ogni richiesta di prestazione compartecipata, al fine di consentire ed attuare sistematicamente almeno in questi casi un percorso assistenziale unitario ed integrato a partire da qualsiasi punto di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari.

Essa rappresenta uno snodo obbligato, indispensabile per programmare ed organizzare in maniera ordinata i lavori dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (per la quale fa da segreteria organizzativa) e gestire in modo razionale l'agenda UVM.

La Porta Unitaria di Accesso svolge i seguenti compiti :

- orientamento della domanda e strumento della programmazione dell'offerta;
- accoglimento all'interno dell'ambito distrettuale di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata, provenienti dalla cosiddetta "rete formale" (MMG/PLS, Unità Operative distrettuali, Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale) del diretto interessato;
- attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell'utente per un approfondimento della richiesta;
- gestione della Agenda UVM(organizzando del calendario dei lavori);

Se la richiesta di assistenza proviene dalla rete formale (MMG/PLS, Unità Operative distrettuali, Presidi Ospedalieri, Servizio Sociale), essa deve essere effettuata tramite un apposito modulo, la "scheda di proposta per l'accesso", e trasmesso alla *P.U.A. alle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata* di residenza del cittadino, la quale provvede ad attivare direttamente tutti i principali referenti della *Unità di Valutazione Multidimensionale* (MMG/PLS, specifiche Unità Operative distrettuali, Servizio Sociale), rispetto alla quale svolge quindi funzioni di vera e propria segreteria organizzativa.

Se la richiesta proviene invece dal diretto interessato o dalla rete informale (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.), essa deve essere sempre orientata alla rete formale territoriale (MMG/PLS e/o Servizio Sociale e/o specifiche Unità Operative distrettuali), la quale soltanto è abilitata ad effettuare la valutazione di 1° livello della domanda ed eventuale "scheda di proposta per l'accesso".

La "scheda di proposta per l'accesso" deve pertanto contenere (in forma schematica e a domande chiuse, in modo da consentire la elaborazione informatica) almeno i seguenti elementi:

- dati anagrafici del cittadino;
- indicazioni generali di carattere socio-ambientale e relativi alle condizioni abitative ed ambientali, alla situazione del nucleo di convivenza, alla rete familiare e sociale di supporto presente, al tenore economico del soggetto e del nucleo familiare;
- condizioni generali di salute, diagnosi clinica e patologie presenti;

- apparenti condizioni di autonomia e autosufficienza, deambulazione ed eventuale “confinamento” (a letto, su sedia o in casa), capacità relazionali;
- prestazione socio-sanitaria a gestione integrata e compartecipata richiesta e motivazioni della richiesta;
- principali referenti territoriali da attivare per la valutazione multidimensionale (MMG/PLS, specifiche Unità Operative distrettuali, Servizio Sociale).

#### 7.4.2 L'Unità di valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso, rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e della presa in carico integrata del cittadino.

Essa è effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.), con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi, la quale costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata.

L'U.V.M. va istituita in ogni ambito distrettuale, e deve essere coordinata da un medico nominato dal Direttore del Distretto e da un operatore sociale nominato dai Comuni dell'ambito, che assicurano una continuità ed univocità di valutazione e un uso ponderato delle risorse grazie ad una visione longitudinale nel tempo, orientata alla pianificazione complessiva degli interventi.

Tale composizione minima sarà integrata dalle figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso sulla base dell'istruttoria preliminare attivata dalla P.U.A. e, comunque, sempre dal MMG/PLS e dall'Assistente Sociale del Servizio Sociale di riferimento dell'assistito e da un medico della specifica Unità Operativa distrettuale competente (il geriatra per i pazienti ultra-sessantacinquenni o uno specialista delle attività riabilitative per i disabili, uno specialista di discipline per la salute mentale per i pazienti psichiatrici, referenti per l'assistenza sanitaria di base negli altri casi).

Svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* dell'autosufficienza del paziente e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (valutazione di 2° livello, che fa seguito a quella di 1° livello già contenuta eventualmente nella “scheda di proposta per l'accesso”)
- verifica la presenza delle *condizioni di ammissibilità ad un certo percorso di cura e assistenza*;
- elabora il *progetto socio-sanitario personalizzato*, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del *progetto personalizzato* ;
- procede alla dimissione concordata.

La *valutazione multidimensionale* (VMD) deve avvalersi di strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale), specifici ed il più possibile omogenei sul territorio regionale, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione qualitativa e quantitativa.

A tal fine viene evidenziata in questa sede la necessità che il percorso di valutazione del caso o della richiesta di accesso ai servizi, ed i relativi strumenti di analisi e



valutazione, tengano conto delle seguenti variabili da considerare obbligatoriamente in tutti gli ambiti territoriali e da tutte le Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM):

- dei bisogni reali e prioritari, espressi o meno (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative)
- degli obiettivi che ragionevolmente si possono raggiungere
- degli interventi da adottare
- delle risorse da attivare
- dell'appropriatezza del regime prestazionale da utilizzare.

### 7.4.3 Il Progetto socio-sanitario personalizzato

È redatto dall'U.V.M., tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, e deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta costituire un target prioritario dell'intervento
- il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e durata
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate
- la quantità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.) di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
- la individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: ad esempio un Referente Familiare ed un Responsabile della Presa in Carico
- la durata complessiva del progetto;
- gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ ecc., indicatori di processo e di risultato, report, ecc.), le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex-post, con particolare attenzione:
  - alla valutazione periodica dei risultati
  - alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati
  - alle modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica e indirizzo in sede di intervento (domicilio, CD, RSA) da parte del servizio pubblico

Il *progetto socio-sanitario personalizzato* è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Con esso si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, la quale deve essere conclusa entro e non oltre 10 giorni lavorativi dalla data della proposta di accesso.

Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.). Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.M.

L'autorizzazione all'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari a gestione integrata e compartecipata (costituito dalle otto tipologie di prestazione oggetto di compartecipazione richiamate in premessa) spetta congiuntamente al Distretto sanitario e al Servizio Sociale d'ambito o del singolo Comune interessato, attraverso le rispettive figure di coordinamento o di riferimento a ciò abilitate.

Il regolamento interno per il funzionamento della U.V.M. che i Comuni e la AUSL devono adottare, definirà anche le modalità di lavoro da adottare nei casi in cui non interviene l'intesa tra i referenti sanitari ed i referenti sociali della U.V.M. allo scopo di tutelare il diritto dell'assistito a ricevere una risposta adeguata alla rispettiva situazione di bisogno.

**Allegato A****Protocollo operativo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata)**

In considerazione di quanto previsto dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14/2/2001) e del Piano Sanitario Regionale della Regione Puglia, e nelle more di una più completa definizione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, con **Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)** si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati.

Il servizio, di competenza sia del SSN che dell'Ente Locale, è fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, sia esso la propria abitazione o una struttura comunitaria, casa di riposo, casa protetta o altra struttura di accoglienza a carattere prevalentemente socio-assistenziale) e si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Caratteristica essenziale del servizio è l'unitarietà d'intervento, che deve essere basato sul concorso progettuale di contributi professionali, sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

La continuità assistenziale, che il sistema regionale dei servizi e degli interventi sociali si propone in generale di garantire, è obiettivo specifico dell'A.D.I., basandosi sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il servizio A.D.I. condivide con le altre tipologie di prestazioni domiciliari le finalità e gli obiettivi generali:

- mantenere la persona nel proprio contesto di vita attraverso interventi a sostegno della famiglia e della persona con prestazioni sociosanitarie integrate svolte in regime domiciliare ovvero nel contesto della vita quotidiana;
- utilizzare il ricorso ai servizi residenziali, a ciclo diurno o continuativo, in via subordinata ed esperendo modalità che circoscrivono di norma ad un periodo programmato la prestazione, sulla base di un definito piano di intervento;
- costituire una valida alternativa sia all'assistenza sanitaria prestata in regime di ricovero ospedaliero, che alla istituzionalizzazione in Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) e Residenza Protetta;
- adottare modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;
- ridurre i ricoveri impropri e incongrui negli ospedali e nelle strutture residenziali;
- ridurre la permanenza in ospedale e favorire la de-ospedalizzazione, attraverso l'istituto della *dimissione socio-sanitaria protetta*;
- sviluppare una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione delle prestazioni;
- sostenere la famiglia e coinvolgerla in una collaborazione solidale e partecipata ai piani di assistenza.

L'A.D.I. deve altresì svilupparsi a partire da alcune caratteristiche essenziali del servizio, considerate elementi essenziali per la corretta attuazione delle indicazioni di cui alle presenti linee guida:

- la pianificazione organica delle unità di offerta in modo uniforme sul territorio dell'ambito;
- la valutazione multidimensionale del bisogno e l'approccio per problemi;
- la globalità dei piani di cura;
- la collaborazione tra operatori sanitari, sociali e la famiglia, e la condivisione degli obiettivi;
- la continuità degli interventi;
- l'adozione di una metodologia di lavoro che utilizza strumenti organizzativi integranti (riunioni di programmazione degli interventi, di coordinamento, di valutazione, di riprogettazione, progetto assistenziale personalizzato, individuazione del referente familiare (*care giver*) e del responsabile del caso (*case manager*), procedure, ecc. );
- la valutazione dei costi delle decisioni;
- la valutazione evolutiva degli esiti;
- la centralità del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, per gli aspetti clinici, e dell'assistente sociale di zona, per gli aspetti sociali;
- l'esistenza di centri di responsabilità in ambito sanitario e sociale.

### **Destinatari**

L'A.D.I. è rivolta a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario o patologiche, ed in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità, nonché patologie geriatriche con limitazione dell'autonomia
- patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri
- disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione della autonomia
- patologie oncologiche in fase avanzata
- patologie HIV correlate in fase avanzata
- patologie in fase terminale.

### **Criteri di ammissione e di eleggibilità**

L'accesso all'A.D.I. deve essere subordinata ad una valutazione integrata accertante la presenza contemporanea dei seguenti requisiti o condizioni di eleggibilità generali:

- ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di *appropriatezza*), la sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e, preferibilmente, definita in maniera precisa e standardizzata attraverso l'uso di apposite *scale di valutazione*, validate sul piano scientifico;
- necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di *appropriatezza*), cioè assenza di condizioni patologiche di alto rischio o della necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse, che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;

- complessità assistenziale del paziente (criterio di *appropriatezza*), ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'équipe multiprofessionale o, quantomeno, di interventi socio-sanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare e aiuto infermieristico);
- presenza o possibilità di garantire adeguato supporto alla persona, la presenza di un nucleo familiare o, in caso di sua insufficienza o assenza, possibilità di assicurare la presenza di una rete solidale (vicinato, volontariato, ecc.) o di prestazioni di "assistenza tutelare e aiuto infermieristico", in grado di prendersi cura del soggetto;
- idoneità delle condizioni abitative, o possibilità di renderle tali con interventi di assistenza abitativa. Sarebbe opportuno che quest'aspetto o condizione, come il precedente, venisse rilevato tramite *schede di valutazione sociale* standardizzate, che valutino la situazione familiare e di integrazione sociale dell'assistito, la sua situazione assistenziale, abitativa, economica, ecc.;
- economicità dell'assistenza, il costo complessivo dell'assistenza domiciliare integrata, al netto della quota di partecipazione dell'utente, non deve essere superiore a quello dell'assistenza in regime residenziale;
- residenza, sono ammessi al servizio i residenti in uno dei comuni dell'ambito territoriale. La residenza rappresenta il riferimento per l'attribuzione dei costi sociali e sanitari rispettivamente al Comune di residenza/all'Ambito territoriale ed al Distretto sanitario;
- condizione economiche e compartecipazione ai costi degli utenti, gli utenti sono ammessi al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche individuali o familiari. Sulla base della valutazione delle condizioni economiche effettuata attraverso l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), si definisce la quota di compartecipazione degli utenti al costo del servizio per la parte relativa ai costi socioassistenziali attribuiti ai comuni. Pur in assenza di specifica regolamentazione regionale in materia i Comuni potranno procedere ad una prima definizione dei criteri per la compartecipazione alla spesa, in attesa di direttive regionali in materia. Dovrà essere stabilita una soglia economica, corrispondente a situazioni di disagio economico grave quale la condizione di povertà, sotto la quale non è richiesta agli utenti alcuna compartecipazione ai costi. Per le persone e le famiglie che presentano una condizione economica superiore a tale soglia vanno previste quote crescenti di compartecipazione ai costi, individuando le diverse fasce economiche e la percentuale di compartecipazione da applicare a ciascuna. Va stabilita, infine, una percentuale di compartecipazione massima ai costi dei servizi da applicare alla fascia economica più elevata, tale da non rendere diseconomico l'accesso alle prestazioni agli utenti. Il sistema di compartecipazione dovrà essere omogeneo a livello di ambito territoriale.

### **Modalità di accesso e di organizzazione**

L'organizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata deve prevedere, tanto a livello centrale che periferico, l'istituzione di organismi socio-sanitari integrati tra Azienda Sanitaria Locale ed Enti Locali, da essi cogestiti e cofinanziati, in grado di garantire l'unitarietà del servizio in tutte le sue fasi (programmazione, esecuzione, valutazione, ecc.), in coerenza con le indicazioni del Piano Sanitario Regionale e del Piano Regionale delle Politiche Sociali relative all'integrazione sociosanitaria.

Pertanto, a titolo esemplificativo, si evidenzia che a livello locale il recepimento della domanda relativa al servizio A.D.I. è competenza della *Porta Unica di Accesso* attivata da operatori sociali indicati dall'Ambito (dai Comuni) e da operatori sanitari indicati dall'AUSL ad essa specificamente preposti.

Così come la valutazione dell'ammissibilità della domanda è competenza dell'Unità di Valutazione Multimensionale, un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi che costituisce l'altro anello operativo strategico in sede locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Nello specifico dell'A.D.I. l'Unità svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti,
- verifica la presenza delle *condizioni di eleggibilità* come precedentemente indicate,
- elabora il *piano assistenziale personalizzato* (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto,
- verifica e aggiorna l'andamento del *piano assistenziale individualizzato*,
- procede alla dimissione concordata.

L'U.V.M. deve anche programmare e svolgere la progressiva rivalutazione degli utenti già in carico, secondo le modalità integrate, per verificare la sussistenza dei criteri di ammissione e di eleggibilità e provvedere in conseguenza. L'accesso di nuovi utenti all'ADI e le dimissioni avvengono solo a seguito della valutazione sociosanitaria congiunta, nelle modalità negoziate tra ASL e Comuni.

### **Risorse**

L'Azienda Sanitaria e i Comuni dell'Ambito mettono a disposizione le risorse necessarie all'erogazione degli interventi di A.D.I., nella misura concordata con la pianificazione del Piano di Zona e del Programma delle Attività Territoriali, con una compartecipazione ai costi che dovrà essere definita in fase di programmazione, a partire proprio dai contenuti sociali e sanitari delle prestazioni erogate e dalle risorse umane ed organizzative rese disponibili rispettivamente dai Comuni e dall'AUSL.

Sono soggette a tale quota di compartecipazione le prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata di *aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*, proprie dell'Assistenza Domiciliare Integrata. Sono totalmente a carico del servizio sanitario nazionale tutte le prestazioni a valenza sanitaria (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale) e di competenza dei Distretti sanitari, proprie dell'Assistenza Domiciliare sanitaria, ivi comprese le prestazioni erogate in regime di ADI che non rientrino nelle prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata di *aiuto infermieristico e assistenza*

*tutelare alla persona*. Sono totalmente a carico dei Comuni tutte le prestazioni a valenza sociale (prestazioni sociali a rilevanza sanitaria) e di competenza dell'Ente Locale, proprie dell'Assistenza Domiciliare socio-assistenziale, salvo quelle erogate in regime di ADI e rientranti nelle prestazioni di *aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*. Le percentuali di compartecipazione dell'ASL e dei Comuni al costo complessivo delle prestazioni domiciliari da erogare potrà essere diverso da quello previsto laddove si definisca un protocollo di intervento a livello di ambito che determini una diversa composizione del servizio rispetto alle specifiche prestazioni.

Laddove per la prima annualità di programmazione integrata, coincidente con la prima annualità del Piano Sociale di Zona, i Comuni e l'ASL concordassero sulla impossibilità di pervenire da subito alla determinazione di un certo livello di compartecipazione finanziaria da parte dei Comuni, gli stessi potranno definire un diverso accordo rivolto alla individuazione di forme di collaborazione anche non finanziarie, con impegni che dovranno essere sanciti e sottoscritti con lo strumento dell'Accordo di Programma.

Si sottolinea, peraltro, che a livello di ambito territoriale, nella fase di stesura ed approvazione da parte del Coordinamento Istituzionale del regolamento per l'accesso alle prestazioni e quello per la compartecipazione al costo delle prestazioni da parte degli utenti, i Comuni potranno decidere quale quota della parte di competenza comunale potrà essere coperta dal versamento dei contributi o tariffe che saranno definite per gli utenti, in relazione alle specifiche capacità di contribuzione.

#### ***Tipologie di A.D.I. in relazione alla durata***

In relazione alla durata del servizio si distinguono:

❖ A.D.I. a breve termine (circa 3 settimane):

situazioni in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'utente, un progetto attivo di educazione sanitaria, assicurazione e sostegno sono essenziali per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza patologie acute in cui l'A.D.I. costituisce alternativa alla ospedalizzazione.

❖ A.D.I. a medio termine (circa 3 mesi):

situazioni in cui un *progetto assistenziale personalizzato* di più ampio respiro è finalizzato a sostenere il nucleo familiare o la rete solidale in un periodo critico o a promuoverne l'autonomia pazienti in fase terminale.

❖ A.D.I. a lungo termine (6 mesi rinnovabili):

casi in cui l'A.D.I. evita l'ingresso in strutture residenziali, casi in cui l'A.D.I. evita l'ospedalizzazione impropria o ripetuta.



**REGIONE PUGLIA**  
**Assessorato Sanità e Servizi Sociali**  
*Settore Servizi Sociali*

# **PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI**

*“Interventi e Servizi Sociali in Puglia”  
(in attuazione della l.r. 25 agosto 2003 n. 17)*



## Indice

### **INTRODUZIONE**

---

LE POLITICHE SOCIALI IN PUGLIA. L'ATTIVITÀ LEGISLATIVA  
IL PERCORSO DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA DEL WELFARE LOCALE ED I PRINCIPI DELLA  
PROGRAMMAZIONE SOCIALE

### **CAPITOLO I. LA DOMANDA DI ASSISTENZA ED INCLUSIONE SOCIALE IN PUGLIA**

---

- 1.1 CARATTERISTICHE STRUTTURALI ED EVOLUTIVE DELLA POPOLAZIONE PUGLIESE
- 1.2 IL DISAGIO SOCIALE IN PUGLIA

### **CAPITOLO II. L'OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI IN PUGLIA**

---

- 2.1 LE FONTI DEI DATI PER L'OFFERTA DI SERVIZI SOCIALI IN PUGLIA
- 2.2 I SOGGETTI EROGATORI
- 2.3 OFFERTA DI SERVIZI RESIDENZIALI E A CICLO DIURNO IN PUGLIA
- 2.4 I SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA IN PUGLIA
  - 2.4.1 LA L. N. 216/91: ALCUNI DATI
- 2.5 Gli interventi per le dipendenze

### **CAPITOLO III. LE SCELTE STRATEGICHE PER LE POLITICHE SOCIALI REGIONALI IN PUGLIA**

---

- 3.1 DAL PIANO SOCIALE NAZIONALE AL PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI
- 3.2 LE SCELTE STRATEGICHE E GLI OBIETTIVI PRIORITARI
- 3.3 LE POLITICHE PER LE FAMIGLIE
  - 3.3.1 IL SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITÀ
  - 3.3.2 IL SOSTEGNO E L'AIUTO ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA
- 3.4 LE POLITICHE PER L'INCLUSIONE SOCIALE E I DIRITTI DI CITTADINANZA
  - 3.4.1 L'ACCESSIBILITÀ DELLA RETE DEI SERVIZI INTEGRATI
  - 3.4.2 LE POLITICHE PER IL DISAGIO
  - 3.4.3 LE POLITICHE PER IL CONTRASTO ALLA POVERTÀ
- 3.5 I LIVELLI ESSENZIALI DI PRESTAZIONI SOCIALI
- 3.6 INTERVENTI E SERVIZI PER AREE DI BISOGNO
  - 3.6.1 L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA
  - 3.6.2 LE PERSONE ANZIANE
  - 3.6.3 LE PERSONE CON DISABILITÀ
  - 3.6.4 LE DIPENDENZE
  - 3.6.5 LA SALUTE MENTALE
  - 3.6.6 L'ABUSO E IL MALTRATTAMENTO

### 3.7 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO IV. LE AZIONI DI SISTEMA**

---

### **4.1 GLI STRUMENTI PER LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA DI QUALITÀ SOCIALE**

#### **4.1.1 AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTO**

### **4.2 AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

#### **4.2.1 I PROFILI PROFESSIONALI SOCIALI**

### **4.3 L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

#### **4.3.1 I RIFERIMENTI NORMATIVI**

#### **4.3.2 LE MODALITÀ OPERATIVE PER L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

#### **4.3.3 INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E SVILUPPI SUL TERRITORIO PUGLIESE**

### **4.4 L'INTEGRAZIONE CON LE POLITICHE REGIONALI PER L'ISTRUZIONE, LA FORMAZIONE PROFESSIONALE, IL LAVORO, L'IMMIGRAZIONE**

### **4.5 LE AZIONI DI ASSISTENZA FORMATIVA A SUPPORTO DEI COMUNI PER LA REDAZIONE E L'ATTUAZIONE DEI PIANI SOCIALI DI ZONA**

## **CAPITOLO V. GLI ATTORI DELLA RETE INTEGRATA DEI SERVIZI**

---

### **5.1 RUOLO E FUNZIONI DEI SOGGETTI PUBBLICI**

#### **5.1.1 *IL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE***

### **5.2 RUOLO E FUNZIONI DEI SOGGETTI PRIVATI E DEL PRIVATO SOCIALE**

### **5.3 PERCORSI DI CONCERTAZIONE E DI PROGETTAZIONE PARTECIPATA. LA CITTADINANZA SOCIALE**

#### **5.3.1 CREAZIONE DI UN SISTEMA A RESPONSABILITÀ CONDIVISE: RUOLO E FUNZIONI DEI SOGGETTI PRIVATI E DEL PRIVATO SOCIALE.**

#### **5.3.2 LA REGOLAZIONE DEL SISTEMA RETE (LUOGHI E STRUMENTI PER LA CONCERTAZIONE)**

#### **5.3.3 LO SVILUPPO DI UN SISTEMA-RETE DI QUALITÀ SOCIALE: LA PROMOZIONE DELLA CITTADINANZA SOCIALE.**

### **5.4 LA GESTIONE ASSOCIATA DELLE FUNZIONI SOCIALI NEGLI AMBITI TERRITORIALI**

#### **5.4.1 LE FORME DELL'ASSOCIAZIONISMO INTERCOMUNALE**

#### **5.4.2 LE FORME GIURIDICHE PER L'ASSOCIAZIONISMO TRA COMUNI**

#### **5.4.3 I CONTENUTI DELLA GESTIONE UNITARIA DEI SERVIZI SOCIALI TRA ENTI LOCALI**

### **5.5 LE MODALITÀ DI GESTIONE DEI SERVIZI**

#### **5.5.1 LE FORME DI GESTIONE: POTENZIALITÀ E CRITICITÀ**

#### **5.5.2 SUSSIDIARIETÀ ORIZZONTALE E RAPPORTI TRA ENTI LOCALI E TERZO SETTORE**

## **CAPITOLO VI. LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA**

---

### **6.1 LE RISORSE PER LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI SOCIALI**

#### **6.1.1 LE FONTI DI FINANZIAMENTO**

#### **6.1.2 LA PREMIALITÀ**

### **6.2 LE RISORSE FINALIZZATE E LE QUOTE VINCOLATE CON IL PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI**

### **6.3 I CRITERI DI RIPARTO DELLE RISORSE TRA COMUNI ED AMBITI TERRITORIALI**

## **6.4 GLI STRUMENTI PER LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E PER L'ANALISI DELLA SPESA SOCIALE DEI COMUNI NEGLI AMBITI TERRITORIALI**

6.4.1 LA PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA

6.4.2 LA SPESA SOCIALE DEI COMUNI

## **CAPITOLO VII. IL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE: MONITORAGGIO, VALUTAZIONE E OSSERVATORI**

---

7.1 LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO SOCIALE REGIONALE(SISR)

7.2 GLI ATTORI OPERATIVI DEL SISR

7.2.1 IL CENTRO DI DOCUMENTAZIONE REGIONALE

7.2.2 GLI OSSERVATORI SOCIALI IN PUGLIA

7.2.3 I CONTENUTI DELLE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO E MODALITÀ DI LAVORO

7.3 GLI STRUMENTI DISPONIBILI PER IL MONITORAGGIO

## **CAPITOLO VIII. LINEE GUIDA PER LA STESURA DEI PIANI SOCIALI DI ZONA**

---

8.1 IL PERCORSO DELLA STESURA DEL PIANO SOCIALE DI ZONA

8.2 MODALITÀ DI PRESENTAZIONE ED APPROVAZIONE DEI PIANI DI ZONA

APPENDICE AL CAPITOLO VIII

A - L'INDICE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA

B - LE SCHEDE DI PROGETTO PER LA II PARTE DEL PIANO SOCIALE DI ZONA

## **ALLEGATI**

---

ALLEGATO A - CARATTERISTICHE STRUTTURALI DELLA POPOLAZIONE PUGLIESE

ALLEGATO B - SCHEDA PER LA RILEVAZIONE DELLA OFFERTA DEI SERVIZI SOCIALI NEI COMUNI - 2003

ALLEGATO C - GLI ATTI PER LA DEFINIZIONE DELL'ASSETTO GIURIDICO E GESTIONALE DELL'AMBITO TERRITORIALE

ALLEGATO D - IL RIPARTO DELLE RISORSE DEL FNPS 2001-2003 E DEL FONDO GLOBALE PER I SERVIZI SOCIOASSISTENZIALI PER IL 2004 AI COMUNI E AGLI AMBITI TERRITORIALI

## **Introduzione**

### **Le politiche Sociali in Puglia. L'attività legislativa**

La Regione Puglia, a seguito del trasferimento alle Regioni della materia assistenziale, disposto con D.P.R. n. 9 del 1972, emanò la legge regionale n. 22 del 1974 con la quale le funzioni amministrative in materia di pubblica assistenza furono delegate alle Province.

Con tale legge furono regolamentati gli interventi assistenziali in favore dei minori e degli anziani, furono stabilite le prime rette per i ricoveri e introdotto, sin d'allora, il principio che l'ospitalità istituzionale doveva essere disposta solo quando era assolutamente impossibile una delle forme d'assistenza che evitavano gli allontanamenti dalle famiglie. In luogo delle rette di ricovero potevano essere disposti contributi economici proporzionati allo stato di bisogno. Furono introdotte le norme per la nomina degli organi di gestione delle II.PP.A.B. - Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza, venne istituita una Commissione di vigilanza per la verifica degli istituti educativo-assistenziali, atteso che alle Regioni erano passate, con lo scioglimento dell'ONMI anche le funzioni connesse alle autorizzazioni e alla vigilanza degli istituti educativo-assistenziali.

Con il D.P.R. n. 616 del 1977, furono definite le competenze dell'attuale sistema assistenziale ed il passaggio, da un sistema centralistico e frammentario ad un assetto organico che prefigurava l'attuale assetto della politica sociale. Le funzioni amministrative in tema di servizi sociali furono attribuite interamente ai Comuni, ad eccezione di alcune limitate materie che erano rimaste alla competenza delle Province (l'assistenza ex ONMI per i minori illegittimi e le madri nubili, l'assistenza ai ciechi e ai sordomuti).

In sostanza, però, l'aver ricondotto alla titolarità di un unico ente, il Comune, tutte le funzioni assistenziali (salvo quelle residuali rimaste in capo alle Province), senza un riordino organico di tutta la materia, come invece era avvenuto per l'assistenza sanitaria, comportò che i Comuni si trovassero a svolgere, nel migliore dei casi, lo stesso ruolo che avevano gli enti nazionali e locali che erano stati sciolti.

In Puglia, nonostante alcune iniziative che hanno portato alla redazione di disegni di legge, non è stato possibile pervenire ad alcuna normativa di riordino della materia, soprattutto per l'assenza di una legge quadro nazionale e, quindi, di specifiche risorse, come invece era avvenuto per l'assistenza sanitaria con la legge di riforma della sanità.

La Regione Puglia attuò, quindi, il D.P.R. n. 616/1977 emanando tante e diverse leggi di settore:

- la l.r. n. 36/1978, che disponeva contributi regionali ai Comuni per finanziare i soggiorni climatici in favore di minori e di anziani e per l'organizzazione di centri diurni a carattere permanente per l'attività ricreativa;

- la l.r. n. 17/1979, con cui vennero soppressi gli Enti comunali di assistenza ed erogati ai Comuni contributi ordinari per l'assistenza generica alle famiglie e straordinari per situazioni di particolare ed eccezionale bisogno o per situazioni di bisogno conseguenti il verificarsi di calamità;

- la l.r. n. 28/1979, con la quale l'assistenza ai minori in stato di bisogno e di abbandono, prima delegata alle Province, viene attribuita ai Comuni; sono previste forme di assistenza residenziale e diurna e, in alternativa, interventi economici continuativi, finalizzati a mantenere i minori nel proprio ambiente familiare o, in mancanza, presso altre famiglie ritenute idonee;

- con apposito regolamento (n. 1/1990) furono determinati gli standard strutturali ed organizzativi dei servizi residenziali e non residenziali per minori: i tradizionali istituti dovevano ridimensionarsi per assicurare ambienti più adatti alla formazione dei minori, privilegiando le piccole strutture a dimensione familiare;
- la l.r. n. 65/1979, per gli interventi a favore degli emigrati e delle loro famiglie;
- la l.r. n. 58/1980, per favorire l'integrazione sociale e l'autonomia economica dei cittadini portatori di handicap;
- la l.r. n. 49/1981, di disciplina degli interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento dei servizi di assistenza sociale in favore delle persone anziane e il conseguente regolamento (n. 1/1983) per gli standard strutturali ed organizzativi delle strutture e dei servizi per anziani.

Nel 1983 fu emanata la l.r. n. 20 per la disciplina degli interventi per il potenziamento dei servizi socio-assistenziali delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, per la salvaguardia del patrimonio e la fissazione delle modalità per l'estinzione.

Nel 1989 fu introdotto il Fondo unico socio assistenziale, in sostituzione dei singoli finanziamenti delle leggi di settore, e cessò così anche l'obbligo per i Comuni di continuare ad assistere gli orfani dei lavoratori e degli invalidi del lavoro secondo i criteri dei disciolti ENAOLI ed ANMIL.

Sul versante della regolamentazione delle attività dei soggetti del Terzo Settore, in attuazione della legge-quadro sul volontariato n. 266/1991 la Regione Puglia, per dare una immediata risposta alle istanze del volontariato pugliese, istituì prima un Registro provvisorio delle organizzazioni di volontariato e, nel 1994, approvò la legge regionale n. 11 con la quale fu istituito l'Albo definitivo ed abrogata la precedente legge di cui si era dotata sin dal 1985 per la valorizzazione del volontariato pugliese.

Nel 1993 è stata emanata la legge regionale n. 21, in attuazione della l. n. 381/1991, per la disciplina delle cooperative sociali che, con il volontariato, costituiscono una componente molto significativa del vasto mondo del non profit o terzo settore. Con tale legge la Regione Puglia ha istituito l'Albo delle cooperative sociali, riconoscendone il ruolo specifico e prioritario nella programmazione delle attività sociosanitarie e educative, e nella promozione dell'integrazione sociale e lavorativa dei cittadini appartenenti alle categorie deboli o svantaggiate.

Specifici finanziamenti regionali o di provenienza statale hanno consentito la realizzazione di interventi e progetti mirati, quali quelli per l'assistenza domiciliare agli anziani, l'assistenza domiciliare integrata, la realizzazione di centri d'interesse per minori, interventi per il sostegno delle II.PP.A.B. e per la lotta alle tossicodipendenze, sussidi economici ai pazienti psichiatrici assistiti in famiglia, interventi in favore dei portatori di grave handicap, rimborsi delle spese collegate agli interventi di trapianto, interventi in favore delle famiglie affidatarie, interventi per l'inserimento lavorativo di minori a rischio di devianza, interventi a favore dei Comuni capoluogo per il sostegno scolastico, per attività ricreative, sportive e culturali, con particolare riguardo a quelle caratterizzate dall'attuazione del recupero sociale dei minori già coinvolti nell'area penale.

Nell'ambito di quest'ultimo progetto sono stati istituiti a Bari e a Foggia appositi uffici per la mediazione non solo civile, ma anche penale, che, in un'ottica riparativa e conciliativa, da un lato dà rilievo e riconoscimento alla vittima del reato, aiutandola ad eliminare o ridurre i sentimenti di disagio e di rabbia suscitati dal reato, dall'altro consente di agevolare nel minore la maggiore consapevolezza della sua responsabilità e la comprensione del reato nei suoi aspetti relazionali.

Per quanto attiene gli interventi di lotta alla droga, a partire dal 1996 la Regione Puglia ha provveduto a finanziare i progetti finanziati con il Fondo di cui all'art. 127 del D.P.R. n. 309/1990, prima gestito a livello nazionale. Il trasferimento dei Fondi alle Regioni era avvenuto con una serie di decreti legge di cui l'ultimo non convertito in legge e i cui effetti furono salvati con la l. n. 86 del 28 marzo 1997.

Quando la legge 18 febbraio 1999, n. 45, ha dettato definitive disposizioni per il trasferimento alle Regioni del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, la Regione Puglia, con Regolamento regionale n. 1 del 28 febbraio 2000, si è dotata di appositi criteri e modalità per il finanziamento dei progetti di durata triennale.

Al fine di agevolare l'attuazione, anche in assenza di consistenti anticipazioni da parte degli enti attuatori, detti criteri prevedono il pagamento della prima annualità contestualmente all'approvazione del progetto; i finanziamenti annuali successivi sono pagati a seguito della corretta utilizzazione delle annualità precedenti.

I progetti, realizzati o in corso di realizzazione o in attesa di approvazione e finanziamento, sono in numero rilevante, perché generalmente attuati da singoli enti (enti locali, aziende sanitarie, enti ausiliari per le tossicodipendenze, volontariato, cooperative sociali), determinando rischi di sovrapposizione delle attività progettuali, che rendono problematica sia l'attuazione che l'attività di finanziamento e controllo.

Per l'attuazione della legge-quadro sull'handicap la Regione Puglia nel 1997 ha varato la legge regionale n. 10 "Norme per la prevenzione, la riabilitazione e l'integrazione sociale dei portatori di handicap".

È una legge che disciplina a livello regionale le attività di prevenzione, di riabilitazione e integrazione sociale dei soggetti portatori di handicap e, al tempo stesso, ha individuato iniziative specifiche e ha previsto il coordinamento di tutti gli interventi previsti dalla legislazione, con l'obiettivo di limitare in ogni caso le istituzionalizzazioni e i ricoveri ospedalieri, mediante azioni congiunte ed integrate tra interventi sanitari e interventi sociali.

È prevista la predisposizione di un unico Programma annuale, contenente tutti gli interventi e le iniziative in favore dei portatori di handicap, a cura di un Comitato di coordinamento interistituzionale, composto dai dirigenti delle amministrazioni che sottoscrivono gli accordi di programma tra le varie istituzioni interessate. Trattandosi di materia che investe la competenza di vari settori regionali (soprattutto sanità, pubblica istruzione, servizi sociali, formazione professionale, trasporti) notevoli sono state le difficoltà per la concreta attuazione.

La l.r. n. 10/1997 ha, quindi, confermato la preesistente normativa, ed ogni settore ha continuato a gestire la materia di propria competenza, favorendo il persistere di una scarsa integrazione. Significativa è la previsione che le persone handicappate, prive, anche temporaneamente, di un'idonea sistemazione familiare, naturale o affidataria, utilizzino preferibilmente i servizi residenziali socio-assistenziali già esistenti, privi di barriere architettoniche e con adeguato personale.

Nel 1998, in attuazione della legge n. 162/1998, che ha introdotto un fondo per il finanziamento di progetti individuali in favore di portatori di grave handicap, la Regione

Puglia si è tempestivamente dotata di appositi criteri che hanno consentito il finanziamento di numerosi progetti.

In Puglia si è data attuazione alle legge 28 agosto 1997, n. 285, per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, con apposita legge regionale, la l.r. n. 10/1999, con la quale è stato individuato nei territori Provinciali l'ambito di programmazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza.

È una legge che, pur limitata al settore dell'infanzia e dell'adolescenza, anticipa molti concetti e procedure che, con la legge-quadro, trovano applicazione nell'ambito di tutti i settori dei servizi sociali. Va ben oltre il carattere meramente assistenziale, nel senso che tende alla tutela di tutti i minori ed al miglioramento della qualità del loro esistere, soprattutto attraverso la protezione della famiglia naturale - adottiva - affidataria, consentendo l'avvio di una riflessione su una nuova strategia degli interventi per l'infanzia all'interno di un più complessivo piano sociale e territoriale.

La scelta, in sede di prima applicazione della legge, di individuare 5 ambiti territoriali, uno per ciascuna Provincia, è stata determinata dalla convinzione, allora emersa dalle consultazioni svolte sul territorio regionale, che la dimensione Provinciale fosse quella ottimale, sia per le generali competenze di programmazione e coordinamento assegnate alle Province dalla legge sulle autonomie locali e dalle leggi Bassanini sul decentramento, sia perché tale ambito avrebbe garantito un livello sufficientemente ampio, tale da impedire una eccessiva frantumazione degli interventi.

La legge regionale n. 10 del 1999 ha altresì definito l'istituzione di un Osservatorio regionale per l'infanzia e l'adolescenza che, con l'attuazione della l.r. n. 17/2003, diventa sezione autonoma nell'ambito dell'istituendo Centro Regionale di documentazione per le politiche sociali.

Ampio e diffuso su tutto il territorio regionale è stato il percorso formativo per gli operatori dell'infanzia e dell'adolescenza, a cura delle Amministrazioni Provinciali cui la legge ha attribuito questa competenza.

In materia di adozione sono state realizzate due recenti iniziative allo scopo di migliorare la qualità di tale servizio:

- la sottoscrizione, il 27 settembre 2002, di un protocollo d'intesa tra i soggetti impegnati a gestire l'adozione (Regione Puglia, Tribunali e Procure per i minorenni, Aziende ASL, ANCI ed Enti autorizzati a seguire le procedure dell'adozione internazionale all'estero), che presenta elementi di assoluta novità, perché non è limitato alla sola adozione internazionale, ma si estende anche agli interventi relativi all'adozione nazionale e a quelli di sostegno alla genitorialità per le famiglie a rischio;

- un consistente programma di formazione e aggiornamento degli operatori del settore (psicologi e assistenti sociali delle ASL e dei Comuni, giudici dei Tribunali per i minorenni), svoltosi da ottobre 2002 ad aprile 2003, che ha incontrato generale riconoscimento e apprezzamento.

Con l'approvazione della l.r. n. 17/2003, e del presente Piano regionale delle Politiche Sociali s'intende avviare la razionalizzazione del Sistema regionale integrato d'interventi e servizi sociali.

## Il percorso di attuazione della riforma del welfare locale ed i principi della programmazione sociale

L'approvazione della l.r. n. 17/2003 rappresenta una tappa importante per l'intero sistema dei servizi sociali in Puglia, sia per il valore simbolico della legge, che per i suoi contenuti e per i processi di cambiamento e di innovazione che aspira ad attivare sul territorio regionale.

Per la prima volta la Regione Puglia si è dotata di una legge quadro per il riordino dell'intero sistema dei servizi socioassistenziali per le famiglie e per le persone, che rende cogenti i principi della legge n. 328/2000 sul territorio pugliese<sup>1</sup> e che definisce l'articolazione dei servizi sociali sancendo l'universalità del diritto di accesso ai servizi, che non sono più da intendersi come servizi residuali, per l'intervento in situazioni di disagio estremo e di emergenza sociale per quanti non hanno risorse né opportunità di inclusione sociale, bensì vanno intesi come una rete di servizi per tutti gli individui e le famiglie, cui accedere a condizioni differenziate in relazione agli specifici bisogni (progetti personalizzati e priorità di accesso) ed alle rispettive condizioni economiche di accesso (criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni sociali).

La realizzazione del "sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia" si attua, nel rispetto dei suddetti principi, in base alle seguenti priorità di **metodo** (art. 2, comma 3):

- rilevazione dei bisogni,
- programmazione degli interventi,
- impiego delle risorse in relazione alle priorità e alla valutazione dei risultati,
- integrazione con gli interventi sanitari, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, dell'avviamento e reinserimento al lavoro, dell'ambiente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni.

Lo strumento per avviare in ciascun ambito territoriale sociale un simile percorso è il Piano Regionale delle Politiche Sociali (PRPS) attraverso cui la Regione esercita le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo e definisce le modalità per l'integrazione in materia di politiche sociali, sanitarie, ambientali, scolastiche, lavorative, del tempo libero, culturali, dei trasporti, delle comunicazioni, urbanistiche e abitative.

Numerosi sono nella l.r. n. 17/2003 i rinvii al Piano Regionale per completare l'assetto del sistema integrato, oltre le stesse previsioni di legge, peraltro necessariamente limitate nella loro efficacia operativa. E', infatti, attraverso il Piano Regionale delle Politiche Sociali che la Regione deve definire le caratteristiche degli ambiti territoriali ed i possibili assetti gestionali, l'articolazione delle risorse finanziarie e le relative modalità di utilizzo, le azioni di sistema e le possibili sperimentazioni in caso di approcci innovativi, gli strumenti per il monitoraggio e la valutazione delle politiche sociali.

Ma innanzitutto la Regione assolve, con il Piano Regionale delle Politiche Sociali, al compito fondamentale di disegnare le caratteristiche strutturali del sistema integrato di interventi e servizi sociali, a partire dalle priorità strategiche di sviluppo dell'offerta dei servizi. Dalle priorità strategiche discendono, quindi, le priorità di intervento in termini di:

---

<sup>1</sup> Dopo la riforma del Titolo V della Costituzione solo una legge regionale può rendere cogenti i contenuti di una legge nazionale preesistente, che interviene in materie di competenza esclusiva delle Regioni, come è per le politiche sociali, fatta eccezione per la definizione dei livelli essenziali di assistenza.



- livelli essenziali di assistenza;
- requisiti minimi di qualità del servizio e delle strutture;
- modalità di attuazione delle strategie di intervento con percorsi gradualità e tipologie di servizi da garantire;
- modalità per garantire il diritto di partecipazione sin dalla fase di programmazione e l'esercizio dei diritti di cittadinanza per tutti i cittadini;
- potere sostitutivo regionale laddove gli Enti Locali non recepiscano le direttive regionali, non rispettino i tempi fissati per la programmazione locale, non favoriscano la partecipazione di tutti i soggetti aventi diritto al percorso di programmazione ed alle attività di controllo della qualità sociale del sistema di offerta.

Sul piano procedurale il Piano Regionale delle Politiche Sociali consente alla Regione di definire il percorso di transizione dal vecchio al nuovo sistema di gestione dei servizi, con la revisione dei registri regionali dei servizi e delle strutture, l'introduzione dei criteri di accreditamento, il nuovo sistema di competenze delle Autonomie Locali, la trasformazione di enti o soggetti preesistenti.

Tuttavia la programmazione sociale regionale non risulta compito facile laddove sono molto complessi gli obiettivi ed è molto povera l'offerta di servizi organizzati sul territorio, sia per differenziazione sia per volume quantitativo complessivo dell'offerta. Si tratta di un compito arduo soprattutto perché, in mancanza di una pratica comune alla gestione integrata dei servizi sociali e sociosanitari, nonché una solida base informativa sulla domanda espressa da parte degli utenti effettivi e potenziali e sulle caratteristiche strutturali dell'offerta, occorre avviare un processo di programmazione aperto:

- sul piano temporale, stante la **circularità** di un percorso di programmazione che intende affermare delle priorità, misurarle con la sostenibilità e la efficacia che si determina sul territorio e ridefinirle nella fase di riprogrammazione, laddove ve ne siano la necessità e le condizioni;
- sul piano dei soggetti che devono poter contribuire alla stesura e poi alla realizzazione del Piano Sociale di Zona.

Riorganizzare un sistema integrato di servizi implica ricondurre a unità programmatica e gestionale interventi e politiche afferenti a settori diversi, mettendo insieme tradizioni programmatiche, risorse e fonti di finanziamento tradizionalmente considerate in modo separato e autonomo.

L'esigenza di dare attuazione alla spinta riformatrice che a livello regionale ha trovato consacrazione con la l.r. n. 17/2003 e di rispettare i tempi previsti dalla stessa legge per avviare i percorsi di programmazione locali e per erogare le risorse finanziarie, impone di privilegiare "*uno stile programmatico essenziale e selettivo*". Si intende così favorire la formulazione di **priorità strategiche** e di **indirizzi operativi** atti a guidare i Comuni, singoli e associati, nell'avvio del proprio percorso di programmazione, fondato su analisi dell'esistente condotte ad un più adeguato livello di dettaglio territoriale. In questo modo sarà possibile offrire elementi di conoscenza da presentare alla Regione, per la ricostruzione di un quadro complessivo del sistema di domanda e di offerta regionale, sulla base del quale intraprendere un più proficuo percorso di riprogrammazione per il consolidamento di scelte strategiche già assunte e per l'adeguamento di obiettivi e metodi assunti con taluni interventi rivelatisi non adeguati.

Proprio in virtù di tali considerazioni, il presente Piano Regionale delle Politiche Sociali dedica una particolare attenzione, nell'ultima parte del documento (Capitolo VI, VII, VIII), alla presentazione degli strumenti necessari per raccogliere dati e condurre

---

analisi il più possibile omogenee per tutti gli ambiti territoriali in cui risulta articolata la Regione, che possano ritornare all'Assessorato ai Servizi Sociali in una forma utile per le successive aggregazioni e restituzioni, nel pieno riconoscimento di un **debito informativo** reciproco tra la Regione e le Autonomie Locali, capace di accrescere la qualità della programmazione sociale a tutti i livelli.

## **Capitolo I**

### **La domanda di assistenza e inclusione sociale in Puglia**

#### **1.1 Caratteristiche strutturali ed evolutive della popolazione pugliese**

La popolazione pugliese secondo i primi risultati del censimento 2001 risulta composta da 4.019.500 individui, di cui il 51,25% sono donne e il 48,75 uomini. Le famiglie sono 1.362.198, con un numero medio di componenti di 3 individui. La Provincia più popolata è quella del capoluogo e le Province di Brindisi e Lecce hanno la maggiore componente femminile.

Il 6,6% della popolazione residente coincide con la popolazione dei “grandi anziani”, cioè gli ultrasettantacinquenni, mentre solo il 6,4% della popolazione è costituita da bambini fino a 5 anni; incidono per il 15,7% gli anziani da 65 anni in su mentre il 21,2% della popolazione residente è costituito da minorenni. L’indice di carico sociale della popolazione pugliese, cioè l’incidenza della popolazione “non produttiva” rispetto alla popolazione “potenzialmente produttiva”, è pari al 42,45%: vi sono circa 42 individui in età non lavorativa (0 - 13 anni e 65 anni e oltre) ogni 100 individui in età lavorativa (14-64 anni).

Dal confronto tra i sessi si può notare come al crescere dell’età la popolazione femminile prevale su quella maschile e come, in particolare, la curva della popolazione femminile sia più alta nelle classi più elevate: questo dato dovrà essere poi correlato al fenomeno degli anziani soli e a quanto questa condizione riguardi in modo prevalente le donne anziane sole.

**Tav. I - Popolazione residente in Puglia per classi di età e sesso (2001)**

<b>Classi di età</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>
da 0 a 5	132.651	124.810	257.461
da 6 a 17	306.953	288.999	595.952
da 18 a 29	378.043	369.401	747.444
da 30 a 64	875.921	912.233	1.788.154
da 65 a 74	164.781	201.017	365.798
da 75 in poi	101.544	163.147	264.691
<b>TOTALE</b>	<b>1.959.893</b>	<b>2.059.607</b>	<b>4.019.500</b>

<b>Classi di età</b>	<b>Uomini</b>	<b>Donne</b>	<b>Totale</b>
da 0 a 5	6,8%	6,1%	6,4%
da 6 a 17	15,7%	14,0%	14,8%
da 18 a 29	19,3%	17,9%	18,6%
da 30 a 64	44,7%	44,3%	44,5%
da 65 a 74	8,4%	9,8%	9,1%
da 75 in poi	5,2%	7,9%	6,6%
<b>TOTALE</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: ISTAT, Censimento 2001 della Popolazione.

La struttura per età della popolazione pugliese (con riferimento ai dati ISTAT del 1° gennaio 2001) mostra alcune significative differenze rispetto alla situazione italiana, apparentemente contraddittorie.

La struttura per grandi classi di età della popolazione evidenzia come in Puglia la componente superiore o uguale ai 65 anni sia inferiore rispetto all’Italia. L’età media è

inferiore per la popolazione pugliese, la componente di popolazione da 0 a 19 anni risulta superiore. Vi è quindi un indice di vecchiaia più basso, ma un indice di dipendenza o di carico sociale abbastanza simile, poiché sulla popolazione attiva insiste comunque un peso derivante sia dalla popolazione anziana che da quella più giovane. Infatti un esame più dettagliato delle classi di età evidenzia come la componente di popolazione di età inferiore ai 19 anni sia significativamente più elevata rispetto alla percentuale nazionale.

**Tavola II - Indicatori strutturali della popolazione al 1.1.2001, Maschi e Femmine**

	Struttura per grandi classi di età			Indicatori di struttura		
	%0-19	%20-64	%65+	Vecchiaia	Dipendenza	Età media
ITALIA	19,6	62,1	18,2	127,1	48,4	41,6
Mezzogiorno	23,9	60,2	15,8	91,5	49,5	38,9
Puglia	23,6	60,9	15,4	90,6	48,1	38,8
PROVINCE						
Foggia	24,8	59,6	15,7	87,1	50,8	38,4
Bari	24,0	61,4	14,6	83,7	47,1	38,3
Taranto	23,6	61,5	14,9	88,1	46,5	38,8
Brindisi	23,3	60,7	15,9	95,7	48,3	39,2
Lecce	22,1	60,9	17,0	108	48,7	40

Fonte: ISTAT, Annuario 2002 e popolazione

**Tavola III - Distribuzione della popolazione residente per classi di età**

REGIONI	CLASSI DI ETÀ AL 1° GENNAIO 2001											
	Fino a 5	6-14	15-19	20-24	Totale 15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Totale 15-64	65 e oltre	Totale
Puglia	6,4	10,6	6,5	7,4	13,9	15,8	14,5	12,7	10,5	67,6	15,5	100,0
ITALIA	5,6	8,7	5,2	6,0	11,3	15,6	15,4	13,4	11,8	67,5	18,2	100,0
Mezzogiorno	6,3	11,0	6,6	7,1	13,7	15,6	14,7	12,7	10,3	66,9	15,8	100,0

Fonte: ISTAT, Annuario 2002 e tavole area popolazione

Le Province pugliesi presentano situazioni differenti, in particolar modo la Provincia di Lecce mostra una struttura demografica che si avvicina maggiormente a quella italiana, presentando un tasso di vecchiaia e una percentuale di popolazione uguale o superiore ai 65 anni notevolmente più elevata rispetto alle altre Province pugliesi.

**Tavola IV - Tassi generici per 1.000 abitanti**

	Natalità			Mortalità			Crescita Naturale			Migratorio Netto			Crescita Totale			Nuzialità		
	1999*	2000*	2001**	1999*	2000*	2001**	1999*	2000*	2001**	1999*	2000*	2001**	1999*	2000*	2001**	1999*	2000*	2001**
Puglia	10,4	10,4	10,2	8,0	8,0	7,8	2,4	2,4	2,4	-2,7	-2,1	-3,0	-0,3	0,3	-0,6	5,8	5,6	5,2
ITALIA	9,3	9,4	9,2	9,9	9,7	9,5	-0,6	-0,3	-0,2	1,8	3,1	2,1	1,2	2,8	1,9	4,9	4,9	4,5
MEZZOGIORNO	10,5	10,3	10,1	8,7	8,7	8,4	1,8	1,7	1,7	-3,7	-2,6	-3,3	-2,0	-0,9	-1,5	5,5	5,4	5,1
* Dati osservati																		
** Stime																		

Fonte: ISTAT, Annuario 2002 e popolazione

La relativa giovinezza della popolazione pugliese è confermata, peraltro, dagli indici relativi alla natalità (più alti di quelli italiani) ed alla mortalità (più bassi di quelli italiani). Nonostante tale situazione, la crescita della popolazione pugliese oscilla tra una leggera positività e un tasso negativo in ragione della negatività del saldo migratorio: la Puglia continua ad essere prevalentemente Regione di emigrazione piuttosto che di immigrazione.

Se la situazione presente mostra un minore invecchiamento della popolazione pugliese in termini relativi rispetto alla situazione nazionale ciò non significa che invecchiamento non vi sia, essendoci tassi comunque elevati e che in prospettiva questo non sia un fattore decisivo del mutamento demografico. Le stime sulla popolazione nei prossimi decenni mostrano, infatti, un trend del tutto simile a quello italiano.

**Tavola V - Previsioni sviluppo demografico (popolazione residente tra il 2003 il 2051).**

Età\Anno	0		1-4		5-9		10-14		15-24		25-44		45-64		65-79		80 e più	
	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia	Puglia	Italia
2003	1,11	0,96	4,17	3,75	5,39	4,68	6,02	4,96	13,32	10,74	30,39	30,83	23,60	25,30	12,39	14,22	3,60	4,55
2007	1,12	0,94	4,47	3,86	5,15	4,69	5,49	4,75	12,20	10,13	29,83	29,79	24,52	25,82	12,92	14,68	4,29	5,34
2011	1,03	0,86	4,31	3,66	5,48	4,84	5,12	4,68	11,45	9,81	28,22	27,78	26,21	27,63	13,11	14,58	5,06	6,16
2015	0,95	0,79	3,96	3,37	5,42	4,67	5,37	4,86	10,77	9,69	26,44	25,66	27,14	28,70	14,26	15,45	5,69	6,79
2020	0,88	0,75	3,63	3,11	4,92	4,24	5,44	4,75	10,51	9,76	24,30	23,44	28,64	30,33	15,24	15,96	6,43	7,65
2051	0,77	0,68	3,18	2,84	4,24	3,80	4,50	4,07	9,28	8,59	20,53	21,12	23,61	24,57	20,58	19,85	13,30	14,47

Elaborazione: su dati ISTAT previsione della popolazione ipotesi centrale

I dati relativi alle famiglie evidenziano, poi, alcune caratteristiche peculiari della popolazione pugliese. Innanzitutto le famiglie pugliesi hanno un numero di componenti relativamente più elevato rispetto alla media italiana ed in particolare hanno un numero maggiore di figli. La media si attesta a 3 componenti per famiglia, ma i dati delle indagini multiscopo condotte dall'ISTAT mostrano come rispetto alla percentuale italiana in Puglia vi sia un numero più elevato di famiglie con tre o più figli. Dunque sembrerebbe essere presente ancora un modello di famiglia abbastanza tradizionale.

**Tavola VI - Persone sole per sesso e persone sole di 65 anni e più Media 2000-2001 (per 100 persone sole con le stesse caratteristiche)**

TERRITORIO	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	65 e più (a)
Puglia	27,3	72,7	100,0	67,5
Italia	36,0	64,0	100,0	55,1
Italia meridionale	31,2	68,8	100,0	62,7
(a) per 100 persone sole				

Fonte: Istat, Indagine multiscopo aspetti della vita quotidiana

Sempre dalle indagini multiscopo emergono altre caratteristiche importanti della famiglia in Puglia: sebbene le famiglie unipersonali siano in percentuale inferiore rispetto alla media italiana, tra queste vi è una quota molto più elevata di single di età superiore ai 60 anni, dato che trova conferma nella percentuale di persone di 65 anni e più che vivono sole. Vi è quindi una situazione alquanto contraddittoria: da una parte le famiglie sono più numerose della media italiana, dall'altra vi è una percentuale più

elevata di persone anziane che vivono sole. Tra queste, le donne rappresentano una maggioranza schiacciante rispetto agli uomini (72,7% contro 27,3%) e più consistente rispetto sia alla media nazionale sia alla media del Mezzogiorno.

**Tavola VII - Famiglie e persone per alcune tipologie, Regione, ripartizione geografica e tipo di Comune - Anni 1999-2000 e 2000-2001 (media) (per 100 famiglie della stessa zona)**

	Famiglie di single (a)	Single di 60 anni e più			Nuclei familiari							
		Maschi (b)	Femmine (b)	Totale (b)	Famiglie di 5 componenti e più (a)	Famiglie con aggregati o più nuclei (a) (c)	Coppie con figli (d)	Coppie senza figli (d)	Monogenitori (d)	Figli celibi o nubili 18-30 anni (e)	Numero medio di componenti familiari	
1999-2000												
Puglia	18,5	50,7	81,4	72,7	12,8	3,7	68,4	22,4	9,2	73,5	3	
Italia	23	37,2	75,3	61,7	7,5	5,2	60,2	28,1	11,6	72,9	2,7	
Mezzogiorno	18,6	44,1	81,8	69,9	13,6	5,1	67,6	21,7	10,7	73,5	3	
2000-2001												
Puglia	17,4	48,5	83,2	73,7	11,9	4,5	66,8	22,5	10,7	77,5	3	
Italia	23,9	38,6	75,1	62	7,1	5,1	60,2	27,8	12	73,5	2,6	
Mezzogiorno	19,6	45,3	81,2	70	13	5,4	67,6	21,2	11,1	77,4	3	

(a) per 100 famiglie - (b) per 100 single - (c) famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate (d) per 100 nuclei familiari - (e) per 100 giovani di 18-30 anni

Fonte: Istat, Indagine multiscopo, aspetti della vita quotidiana, 2000, 2001

Nel cambiamento demografico della popolazione italiana una componente importante è oramai costituita dalla popolazione immigrata. Anche in Puglia essa è presente, sebbene con caratteristiche parzialmente diverse dal quadro italiano.

In primo luogo, la presenza di immigrati rispetto alla popolazione nativa è più bassa rispetto all'Italia e vi è un'elevata dispersione territoriale. Tra le nazionalità più rappresentate tra gli immigrati in Puglia quella albanese ha consolidato la sua posizione di gruppo più numeroso.

**Tavola VIII- Provenienza continentale degli immigrati soggiornanti in Puglia al 31/12/2001**

Area di provenienza	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Totale	%
U.E.	599	300	284	428	260	1871	5,7
Est Europa	6423	1795	2742	2737	1420	15117	46,4
Altri paesi	33	28	14	104	20	199	0,6
Europa	7055	2123	3040	3269	1700	17187	52,7
Africa settentrionale	1925	262	1170	943	287	4587	14,1
Africa occidentale	310	38	272	422	86	1128	3,5
Africa orientale	1141	8	24	118	12	1303	4,0
Africa centro-meridionale	21	10	17	9	11	68	0,2
Africa	3397	318	1483	1492	396	7086	21,7
Asia occidentale	254	19	819	681	18	1791	5,5

**Tavola VIII- Segue**

Asia centro-meridionale	231	88	296	497	110	1222	3,7
Asia orientale	620	66	80	397	198	1361	4,2
Asia	1105	173	1195	1575	326	4374	13,4
America settentrionale	136	66	36	27	112	377	1,2
America centro-meridionale	408	86	151	199	131	975	3,0
America	544	152	187	226	243	1352	4,1
Oceania	18	3	10	7	5	43	0,1
Apolidi	2	3	0	2	2	9	0,0
Ignoto	2536	2	0	1	0	2539	7,8
Totale	14657	2774	5915	6572	2672	32590	100,0

Fonte: Dossier Caritas 2002, pag. 414

I dati relativi allo stato civile e alla presenza di alunni stranieri mostrano come anche in Puglia, considerata terra di transito, si stia stabilizzando una presenza di immigrati, certamente non ancora numerosa, ma abbastanza significativa da richiedere tutti gli interventi necessari a favorire i processi di integrazione. Alle presenze regolari vanno poi aggiunte le domande di regolarizzazione (14.096) che portano la popolazione immigrata in Puglia a costituire circa il 2% dell'immigrazione in Italia.

Emerge chiaramente, ancora una volta, che il gruppo di immigrati più numeroso è costituito dagli immigrati albanesi. Per questi ultimi è ormai possibile parlare di migrazione transfrontaliera con tutte le caratteristiche che questa comporta e che richiederebbe una normazione ad hoc.

**Tavola IX - Principali gruppi nazionali di immigrati soggiornanti al 31/12/01**

provenienza	Bari	Brindisi	Foggia	Lecce	Taranto	Totale	%
Albania	5535	1543	1853	2038	1007	11976	36,7
Marocco	913	243	751	889	216	3012	9,2
Tunisia	678	11	339	40	57	1125	3,5
Kurdi Turchi	11	2	451	348	0	812	2,5
Maurizio	788	1	4	6	5	804	2,5
Senegal	151	3	149	363	76	742	2,3
Cina popolare	358	23	51	139	145	716	2,2
Jugoslavia	218	35	64	247	64	628	1,9
Sri Lanka	28	11	120	348	70	577	1,8
Kurdi Iracheni	33	14	212	290	0	549	1,7
Altri	5944	888	1921	1864	1032	11649	35,7
Totale	14657	2774	5915	6572	2672	32590	100,0

Fonte: Dossier Caritas 2002, pag. 414

La stabilizzazione dell'immigrazione in Puglia è testimoniata anche dal crescente numero di alunni stranieri presenti nelle scuole pugliesi (4.719 nell'a.s. 2001-2002).

Altra caratteristica importante delle migrazioni pugliesi è costituita dal lavoro stagionale in agricoltura in particolare in Capitanata, dove nel corso degli anni è cambiata la composizione nazionale degli immigrati, con una crescente presenza di immigrati est-europei, e dove, comunque, la situazione generale di accoglienza non ha subito particolari miglioramenti.

## 1.2 Il disagio sociale in Puglia

Rilevare le caratteristiche quantitative e qualitative del disagio sociale in Puglia conduce su un percorso di lavoro poco agevole, sia perché la stessa definizione di disagio è suscettibile d'interpretazioni differenti, sia perché non esistono basi di dati adeguate. La l.r. n. 17/2003, istituendo - all'art. 11 - il sistema informativo regionale, interviene a sanare una situazione di grave "carezza conoscitiva" sui bisogni e sulla domanda di servizi socio-assistenziali della popolazione pugliese, elementi imprescindibili per una coerente ed efficace programmazione tecnico-politica in ambito sociale. La stessa impostazione del percorso di stesura del Piano Sociale di Zona, saldamente fondata su un lavoro conoscitivo dei bisogni e delle risorse di ciascun territorio (si veda il Cap. VIII) intende attivare un ciclo virtuoso di produzione di informazioni che, messe a sistema, consentiranno alla Regione ed alle Province di restituire il debito informativo nei confronti dei Comuni, rispetto ai bisogni e all'offerta regionale per i servizi di cura alla persona e alla famiglia.

Le osservazioni riportate in questa sezione, di conseguenza, non attingono, se non in minima parte, a fonti di dati istituite sul territorio regionale, ma si basano prevalentemente sull'incrocio di due modalità di raccolta d'informazioni:

1. le rilevazioni statistiche condotte sull'intero territorio nazionale dai principali istituti di ricerca italiani;
2. i risultati di sette *focus group* realizzati in contemporanea all'elaborazione del presente piano, al fine specifico di attingere dati, informazioni, valutazioni, suggerimenti su diversi temi legati alla pianificazione sociale, tra i quali le caratteristiche del disagio, i bisogni della popolazione e la domanda di servizi<sup>2</sup>.

L'assenza di strumenti per una lettura sistematica dei bisogni emergenti sul territorio è una circostanza che non va separata dalla realtà del disagio in sé, rappresentando essa stessa una fonte e un aspetto del disagio, in quanto parte integrante del complesso sistemico dei bisogni sociali. Questo nodo problematico è stato evocato dalla quasi totalità dei testimoni che hanno partecipato ai focus e va quindi posto a giusto titolo tra le specificità pugliesi rispetto alla programmazione delle nuove politiche sociali.

Vi è un altro problema di "sistema" che costituisce una prima fonte di grave disagio: l'accesso ai servizi. Gli utenti appaiono molto disorientati rispetto ad un'offerta che, a prescindere dalla sua disponibilità sul territorio e dalle caratteristiche quantitative e qualitative, stenta ad essere letta e conosciuta nelle sue molteplici articolazioni e nella sua integrità. Emerge, quindi, un bisogno di porte uniche d'accesso ai servizi che, attraverso attività di ascolto, informazione e orientamento, diano risposte organiche ai singoli cittadini sulla base del complesso sistema di bisogni di cui essi sono portatori. Il comma 1 dell'art. 27 della l.r. n. 17/2003, con la definizione del segretariato sociale, interviene a porre rimedio a questa diffusa esigenza. Si tratta, tuttavia, di un problema di carattere anche culturale, che tocca soprattutto le fasce più deboli della popolazione, quelle che più di altre si candidano ad essere beneficiarie del sistema dei servizi socio-assistenziali. Le fasce agiate, del resto, non ne sono esenti, ma per motivi

---

<sup>2</sup> Per comodità analitica, i focus sono stati monotematici, ciascuno su una categoria sociale e/o su un'area di disagio (adolescenti e minori, anziani, disabili, salute mentale, famiglie e infanzia, dipendenze, sistema informativo). Vi hanno partecipato, in media, dieci testimoni, per ogni sessione tematica, dei quali una metà provenienti dal settore pubblico (assistenti sociali, dirigenti delle aree del servizio sociale dei Comuni, ecc.) e un'altra metà dalla sfera del privato sociale, secondo un criterio di equa rappresentazione delle cinque Province pugliesi.



diversi: la fruizione dei servizi è ancora considerata in molti contesti come stigmatizzante in sé, anche laddove emergono bisogni specifici che, attraverso quei servizi, troverebbero adeguata soddisfazione (si pensi al sostegno psico-sociale). Occorre per questo che vengano promosse azioni mirate alla diffusione di una cultura della fruizione dei servizi, all'incremento del grado di consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri diritti sociali e alle modalità per renderli concretamente esigibili.

### **Famiglie e nuove povertà**

Una componente decisiva delle situazioni di disagio e più complessivamente di esclusione sociale è costituita dalla povertà economica e relazionale, condizione che si sovrappone ed amplifica altre situazioni di disagio sociale. La popolazione pugliese presenta caratteristiche che la espongono a significativi rischi di povertà. Ricordiamo che, secondo le più recenti ricerche, i gruppi maggiormente a rischio di povertà sono considerati: 1) individui socialmente isolati, 2) immigrati e minoranze, 3) famiglie monogenitoriali; 4) famiglie relativamente numerose.

Nel caso pugliese abbiamo famiglie relativamente numerose e situazioni di singolarità concentrate in particolare nella fascia di popolazione più anziana. Solo il 6% delle famiglie pugliesi appartiene alla tipologia delle famiglie unipersonali e, come si vedrà in seguito, sono concentrate in larga parte nella popolazione anziana; mentre di molto superiori alla media nazionale sono le incidenze di famiglie di 4 e di 5 componenti, cioè quelle che di norma hanno 2 o 3 figli. Si tratta di una tipologia di nucleo familiare per la quale si rilevano tra i 6 e i 10 punti percentuali di differenza rispetto alla media nazionale: le famiglie relativamente numerose costituiscono un gruppo maggiormente a rischio di povertà visto che, soprattutto in presenza di un solo reddito, è più facile collocarsi a ridosso della soglia di povertà.

**Tavola X - Distribuzione della popolazione con più di 6 anni per ampiezza dei nuclei familiari**

	Ampiezza del nucleo familiare					Totale
	1	2	3 e +	4	5	
Puglia	232.862	614.577	2.957.790	1.345.956	785.850	3.805.229
Italia	4.866.094	10.907.365	38.203.247	16.578.096	7.746.268	53.976.706
	In termini % sul totale					
Puglia	6,12%	16,15%	77,73%	35,37%	20,65%	100,00%
Italia	9,02%	20,21%	70,78%	25,70%	14,35%	100,00%

Fonte: Istat, Censimento 2001.

La numerosità delle famiglie, così come la presenza di figli maggiorenni nel nucleo familiare, dei quali solo una bassa percentuale risulta occupato, si presta ad una lettura complessa.

**Tavola XI - Giovani da 18 a 34 anni celibi e nubili che vivono con almeno un genitore per classe di età, condizione e Regione - Anno 2001 (per 100 giovani della stessa classe di età)**

	Classi di età (a)			Condizione (b)					Totale
	18-24	25-34	Totale	Occupati	In cerca di occupazione	Casalinghe	Studenti	Altra condizione	
Puglia	93,5	47,1	66,1	31,4	28,0	1,9	34,6	4,2	100,0
Italia	91,1	43,5	60,1	47,1	18,6	1,6	29,7	3,1	100,0
(a) per 100 giovani da 18 a 34 anni celibi e nubili della stessa classe di età									
(b) per 100 giovani da 18 a 34 anni celibi e nubili che vivono con almeno un genitore della stessa Regione									

Fonte: Istat, Indagine multiscopo, Aspetti della vita quotidiana, 2001.

Da una parte la famiglia mantiene una centralità come sistema di sostegno primario, dall'altro se consideriamo l'elevata difficoltà a trovare occupazione, come mostrano i dati sulle forze di lavoro, sulla famiglia grava un impegno estremamente oneroso che la espone a un elevato rischio di povertà.

**Tavola XII - Rilevazione della forza lavoro, luglio 2003**

	FORZE DI LAVORO						NON FORZE DI LAVORO						Totale popolazione
	PERSONE IN CERCA DI OCCUPAZIONE					Totale	IN ETÀ LAVORATIVA (15-64 anni)				Totale	In età non lavorativa 65 e oltre	
	Occupati	Disoccupati	In cerca di 1° occupazione	Altre persone in cerca di lavoro	Totale		Cercano lavoro non attivamente	Non cercano lavoro ma vorrebbero lavorare (b)	Non vogliono lavorare	Totale			
MASCHI E FEMMINE													
Puglia	37,1	1,9	2,9	1,3	6,1	43,2	3,5	3,4	31,7	38,6	18,2	56,8	100,0
<b>ITALIA</b>	<b>45,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,7</b>	<b>0,9</b>	<b>4,1</b>	<b>49,2</b>	<b>2,2</b>	<b>2,0</b>	<b>26,1</b>	<b>30,3</b>	<b>20,5</b>	<b>50,8</b>	<b>100,0</b>
Mezzogiorno	36,7	2,3	3,7	1,5	7,4	44,1	4,5	3,3	29,5	37,3	18,6	55,9	100,0
(*) Con la rilevazione di aprile 2002, la disponibilità viene rilevata solo se sussiste il desiderio di lavorare.													

Fonte: Istat, rilevazione della forza lavoro, luglio 2003

Le poche provvidenze pubbliche offerte in coincidenza con la nascita di un figlio hanno un valore solo simbolico, mentre i costi di cura e mantenimento crescono in maniera incontrollata. Le famiglie monoreddito hanno conosciuto in questi ultimi anni un processo d'impoverimento che mina la possibilità di far fronte anche a spese essenziali, quali l'acquisto dei farmaci, il pagamento delle visite specialistiche, la scuola. In molti stanno persino rinunciando alla linea telefonica fissa domiciliare. La circostanza è in parte legata alla tensione di natura culturale provocata dai nuovi modelli di consumo, i quali amplificano a dismisura la sfera dei bisogni ritenuti essenziali. Tuttavia, a questa circostanza si aggiungono i fenomeni di precarizzazione del lavoro che hanno effetti specifici sul tema in oggetto: i genitori hanno scarse possibilità di dedicarsi ai compiti di cura, in quanto occupati nella ricerca affannosa di fonti di reddito.

### **La soglia di povertà**

Dalla pubblicazione del Rapporto ISTAT "La povertà e l'esclusione sociale nelle regioni italiane"<sup>3</sup> si ricavano informazioni preziose in ordine alle condizioni di povertà delle famiglie pugliesi, anche in relazione al quadro nazionale. Si fa in particolare riferimento alla povertà relativa, espressa in termini di spesa per consumi al di sotto di una soglia convenzionale, fissata annualmente in base alla spesa media mensile pro capite per consumi delle famiglie italiane. I dati appena pubblicati, che si riferiscono al 2002, individuano la spesa media pro capite nel Paese per un nucleo familiare di due componenti pari ad Euro 823,45, valore che costituisce la soglia di povertà relativa<sup>4</sup>.

Nel 2002 in Italia le famiglie povere, che rispetto alla loro spesa mensile media per consumi si collocavano al di sotto della soglia di povertà, erano pari all'11% dei nuclei familiari: questa percentuale sale al 21,4% in Puglia, pur restando di un punto percentuale al di sotto della media relativa all'intero Mezzogiorno (22,4%). Se si guarda al numero di componenti delle famiglie povere, si ottiene il dato relativo alle persone

<sup>3</sup> ISTAT, Statistiche in breve. La povertà e l'esclusione sociale nelle regioni italiane. Roma, 17 dicembre 2003.

<sup>4</sup> Per famiglie di diversa ampiezza il valore della linea di povertà si ottiene moltiplicando per una opportuna "scala di equivalenza" che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti nella spesa per consumi. Ad esempio è pari ad Euro 1.095,19 la soglia di povertà relativa per un nucleo di 3 componenti ed è pari ad Euro 1.342,22 quella per un nucleo di 4 componenti.

povere, che salgono al 12,4% in Italia e al 23,3% in Puglia: nel 2002 si stima che 947.684 pugliesi vivevano in condizioni di povertà relativa, cioè un cittadino su 4.

Guardando ad alcuni aspetti specifici della condizione di povertà, non espressa solo in termini di spesa media per consumi, ma anche per condizioni di vita ed accessibilità dei servizi, è possibile esplorare ulteriormente il fenomeno della povertà anche in Puglia.

	% di famiglie	
	Italia	Puglia
Famiglie con problemi di disagio abitativo	16,3%	16,4%
Famiglie con difficoltà nell'utilizzo dei servizi ASL e del Pronto Soccorso	11,1%	12,3%
Famiglie con difficoltà per comprare cibo	3,6%	3,8%
Famiglie con difficoltà per pagare le bollette	8,9%	11,3%
Famiglie con difficoltà per pagare spese per cure mediche	6,0%	8,5%

Pur scontando tali dati le difficoltà di stima campionaria su base regionale, si deve rilevare una situazione costante di svantaggio delle famiglie pugliesi rispetto alla media italiana anche in relazione ad alcune dimensioni della percezione di povertà come quelle sopra illustrate. In ogni caso si deve sottolineare che la Puglia si colloca per tutti gli aspetti considerati sempre al di sotto della media relativa alle Regioni del Mezzogiorno.

### **La situazione occupazionale**

La situazione occupazionale pugliese evidenzia come i segmenti di popolazione che incontrano maggiori difficoltà sul mercato del lavoro siano le donne e le persone al di sotto dei 30 anni.

**Tavola XIII - Indicatori del mercato del lavoro – 2001**

	Attività			occupazione			disoccupazione		
	m	f	mf	m	f	mf	m	f	mf
Foggia	62,0	23,6	42,3	54,7	17,8	35,8	11,6	24,7	15,4
Bari	60,9	26,1	43,0	55,1	21,4	37,8	9,5	17,8	12,1
Taranto	59,2	27,6	43,0	50,9	20,2	35,2	13,9	26,8	18,1
Brindisi	57,8	30,4	43,3	52,4	24,3	37,6	9,2	20,1	13,2
Lecce	58,7	30,1	43,4	51,2	22,5	35,8	12,8	25,3	17,4
PUGLIA	60,1	27,2	43,0	53,4	21,2	36,7	11,1	22,1	14,7

Fonte: elaborazione IPRES su dati ISTAT, La Puglia in Cifre 2002.

**Tavola XIV - Tassi di occupazione in Puglia per classi di età e sesso - 2001**

	15-24			25-29			30-64			15-64		
	m	f	mf	m	f	mf	m	f	mf	m	f	mf
Foggia	22,3	10,0	16,4	59,2	21,3	38,5	79,5	25,9	52,9	64,4	22,0	43,2
Bari	28,2	14,8	21,9	59,8	34,8	48,0	77,8	29,1	52,8	64,5	26,8	45,7
Taranto	20,8	7,9	14,1	58,3	20,0	39,0	70,0	29,6	49,7	58,5	23,8	41,0
Brindisi	22,8	17,5	20,2	54,4	27,3	40,4	75,8	34,9	54,6	61,4	30,3	45,4
Lecce	20,3	15,7	18,0	54,8	38,3	46,5	74,8	31,1	51,9	61,2	28,9	44,4
PUGLIA	24,2	13,4	18,9	58,0	29,8	43,9	76,2	29,6	52,4	62,7	26,3	44,3

Fonte: elaborazione IPRES su dati ISTAT, La Puglia in Cifre 2002.

La quota di donne lavoratrici nel mercato del lavoro è, tuttavia, in aumento e crescerà verosimilmente anche nei prossimi anni. Occorre, inoltre, tener conto che i fenomeni di sottoccupazione e di lavoro nero non rilevati dai dati ufficiali toccano in prevalenza le donne. Queste circostanze rendono drammatica la carenza di servizi per le mamme che lavorano: gli asili nido per la prima infanzia (in molti comuni vi sono lunghe liste d'attesa), l'accompagnamento dei figli a scuola, le mense, ecc. Il ricorso alla solidarietà intra-familiare (in particolare alla funzione di accudimento svolta dai nonni) non è operabile da tutte le madri e anche culturalmente è una pratica che marca il passo. La famiglia classicamente intesa muta i suoi connotati tipici affrancandosi dalla rete parentale, che in passato garantiva una gamma ampia di servizi taciti, oggi ricercati fuori dalle mura domestiche. La generale elevazione dell'età del matrimonio e della nascita dei figli registrata negli ultimi anni ha come effetto naturale la circostanza di ritrovarsi con nonni spesso troppo anziani per occuparsi della cura dei nipoti. Le mamme sono sempre più sole anche nella fase di gestazione o nei primi anni di vita del bambino, non sapendo a chi rivolgersi per chiedere aiuto (in passato, sistematicamente offerto dai genitori-nonni) sulle questioni più elementari. A dispetto dei sensibili mutamenti nelle famiglie pugliesi, i compiti di cura restano in gran parte delegati alle donne (anche a quelle occupate), che si ritrovano così a sostenere un oneroso carico d'impegni. Un carico che diventa insostenibile all'interno delle famiglie monogenitoriali, che crescono di numero e vedono in schiacciante maggioranza la presenza della sola madre. Queste situazioni sono alla base del forte incremento, percepito dagli operatori (così come emerso dal focus group sul tema), dell'alcolismo tra le donne.

Le esigenze delle nuove famiglie, che vedono la presenza di entrambi i genitori che lavorano (spesso con turni e orari non consueti), si sono fatte molto più complesse e articolate. A queste esigenze rispondono in maniera poco efficace i servizi di natura pubblica impostati secondo logiche di eccessiva rigidità: si prendano ad esempio gli asili nido comunali i cui orari di servizio coincidono solo con i tempi di una sempre più ristretta fascia di popolazione (tipicamente, quella impiegatizia). Ciò spiega il diffuso ricorso ai nidi privati, i quali riescono a offrire soluzioni più efficienti e più coerenti con i nuovi bisogni dei genitori che lavorano. Lo stesso discorso vale per le scuole che, anche laddove si pratica il tempo pieno, sovente non garantiscono il servizio mensa. Ai mutamenti strutturali si aggiungono importanti mutamenti culturali nella fruizione dei servizi: soprattutto nelle fasce più consapevoli, le famiglie appaiono molto attente alla qualità dei servizi, ai contenuti delle attività offerte: sono interessate, ad esempio, al tipo di progetto pedagogico che viene sviluppato negli asili nido o nelle scuole. Questo nuovo atteggiamento è anche frutto dell'opera di sensibilizzazione portata avanti dai soggetti del Terzo settore, la quale ha anche determinato un incremento della domanda di servizi, a motivo della migliore capacità di risposta offerta in questi anni ai bisogni specifici dei beneficiari. C'è dunque una forte domanda emergente di servizi flessibili - organizzati in maniera modulare - e personalizzati rispetto alle esigenze specifiche di ciascun utente.

Problemi diversi si pongono in alcune aree agricole della Regione interessate da fenomeni di caporalato (la Provincia di Brindisi e, in parte, quella di Taranto): le madri prima di darsi al lavoro nei campi usano portare i bambini nel cuore della notte in altre case private, dove vengono tenuti in condizioni di accudimento estremamente precarie.

Il problema delle ragazze madri, in alcune aree di particolare degrado, assume connotati di notevole gravità. Le strutture d'accoglienza ad esse destinate sono del tutto carenti sul territorio pugliese.

Nuove povertà emergono sul piano relazionale all'interno della famiglia. La conflittualità tra coniugi è in aumento e per i bambini si riducono gli spazi di socializzazione esterni al nucleo: stentano ad affrancarsi dal guscio domestico e a

ritrovare nuovi legami. Il bisogno di sostegno psicologico è molto diffuso ma resta in larga parte inespresso.

### **Minori**

La popolazione di età inferiore ai diciotto anni è presente in Puglia in percentuale maggiore rispetto alla percentuale italiana. Se di per sé questo non implica alcuna possibile conseguenza sul piano di potenziali situazioni di disagio, le condizioni economiche precarie e la difficoltà della popolazione adulta nel trovare un'occupazione, pur in presenza di una condizione positiva costituita dal basso grado di monogenitorialità, non è sufficiente a contenere i rischi di disagio minorile.

In particolare, la popolazione minorile è di 853.413 unità di cui 213.822 di età inferiore ai 5 anni, 232.698 tra i 5 ed i 9 anni, 249.346 tra i 10 ed i 14 anni, 157.547 tra i 15 ed i 17 anni. La frequenza scolastica nell'a.s. 2001-2002 risulta dalla seguente tabella

**Tavola XV - Alunni frequentanti la scuola statale e non, a.s. 2001-2002**

Regioni	Scuola materna	Scuola elementare	Scuola media	Scuola superiore	Totale
Puglia	134.078	235.418	153.106	221.617	744.219

MIUR, Il chi è della scuola italiana. Gli studenti a.s. 2001-2002.

Secondo la rilevazione del sistema informativo della pubblica istruzione il tasso di respingimento così come il tasso di ripetenza degli alunni pugliesi è leggermente inferiore al tasso nazionale, mentre considerevolmente più elevato è il tasso di non valutazione nella scuola secondaria di primo grado, dato che segnala la presenza di un'area problematica nella popolazione minorile tra i 10 ed i 14 anni.

**Tavola XVI - Alunni respinti per 100 alunni scrutinati, a.s. 1997/98**

Regioni	Scuole elementari in totale	Scuole sec. I grado in totale	Scuole sec. II grado statali
Puglia	0,17	4,89	15,65
Italia	0,60	5,46	17,08

MIUR, La dispersione scolastica: una lente sulla scuola, tab. 2 pag. 49

**Tavola XVII - Alunni interni non valutati agli scrutini finali per cause non formalizzate ogni 100 frequentanti a livello regionale - a.s. 1997/98**

Regioni	Scuole elementari in totale	Scuole sec. I grado in totale	Scuole sec. II grado statali
Puglia	0,01	0,61	1,71
Italia	0,04	0,38	1,12

MIUR, La dispersione scolastica: una lente sulla scuola, tab. 3 pag. 53

**Tavola XVIII - Alunni ripetenti per 100 frequentanti per Regione - a.s. 1998/99**

Regioni	Scuole elementari in totale	Scuole sec. I grado in totale	Scuole sec. II grado statali
Puglia	0,14	4,00	6,20
Italia	0,34	4,34	7,29

MIUR, La dispersione scolastica: una lente sulla scuola, tab. 4 pag. 55

Soprattutto a livello di scuola media di primo grado vi è un dato allarmante relativo agli studenti che non hanno raggiunto la valutazione finale per mancata frequenza, che risultano essere lo 0,41% rispetto alla percentuale nazionale dello 0,23% nell'anno scolastico 2001-2002 (MIUR, *Indagine campionaria sulla dispersione scolastica nelle scuole elementari, medie di primo e di secondo grado nell'anno 2001-2002*) ed alle

interruzioni di frequenza che nella scuola media risultano essere lo 0,60% nell'a.s. 2001-2002.

Le potenzialità intellettuali dei ragazzi vengono pesantemente frustrate da ambienti relazionali inadeguati, che incidono negativamente sui sentimenti di autostima e di fiducia. Sullo specifico tema del sostegno allo studio, le istituzioni scolastiche appaiono poco sensibili e tendono a delegare all'esterno (la famiglia, le associazioni di volontariato, ecc.) un servizio che rientra a pieno titolo tra le loro competenze. Le consulenze psicologiche offerte in alcuni istituti non sembrano ispirate da minimi criteri di continuità e di qualità professionale. Più in generale, si avverte una scarsa integrazione della scuola nel tessuto sociale in cui opera: uno scollamento che ha riflessi diretti sulla possibilità di operare in maniera convergente con i servizi socio-assistenziali, avendo come obiettivo centrale il benessere del minore.

In generale, la fascia tra gli 11 e i 18 anni appare la più trascurata dai servizi esistenti. Ciò determina la diffusione di fenomeni preoccupanti quali l'alcolismo o il consumo di droghe leggere e sintetiche (che nella percezione degli operatori sono in netta crescita su tutto il territorio regionale, come emerge dal focus group realizzato).

Nei quartieri dormitorio dei più popolosi centri urbani pugliesi trovano accentuazione gli atti di abuso e maltrattamento nei confronti dei minori. Un problema le cui dimensioni e caratteristiche appaiono alquanto difficili da rilevare, visti gli atteggiamenti di reticenza omertosa ancora diffusi sul territorio e che spesso connotano anche le figure più significative per i ragazzi. Gli operatori, ad esempio, lamentano una scarsa collaborazione degli insegnanti e, in generale, delle istituzioni scolastiche nel cogliere e nel denunciare i segnali di maltrattamento. Spesso, per questo, ci si affida alle denunce anonime.

Diventa ancora più arduo, in queste condizioni, individuare e smantellare le reti della pedopornografia, che le ricorrenti inchieste giudiziarie e le antenne sul campo degli operatori segnalano come fenomeno diffuso, soprattutto nei quartieri degradati delle periferie urbane.

In molte aree del foggiano e del brindisino la piaga del lavoro minorile presenta dimensioni rilevanti, anche se tuttora poco conosciute.

A segnalare una situazione di relativa problematicità nell'ambito dei minori è la percentuale di minorenni denunciati in Puglia superiore rispetto al medesimo dato nazionale.

Tali condizioni di precarietà familiare e ambientale determinano rischi, sempre maggiori, di comportamenti devianti dei minori, in netto aumento negli ultimi tempi, a cui non fanno riscontro concrete politiche locali di trattamento e recupero. Per tale area del disagio adolescenziale la scarsità delle risorse locali testimonia una ancor più scarsa attenzione al fenomeno nella sua crescente gravità, tenuto anche conto del facile coinvolgimento dei minori in gruppi della criminalità organizzata che desta allarme sociale e provoca sempre più pressanti richieste di sicurezza da parte cittadini.

A evidenziare la problematicità della devianza minorile in Puglia è la percentuale di minorenni denunciati, superiore rispetto al medesimo dato nazionale. Nel particolare regionale si può evidenziare il preoccupante dato relativo alle segnalazioni dell'autorità giudiziaria pervenute all'Ufficio di Servizio Sociale Minorenni di Bari, competente per il territorio foggiano e barese.

**Tavola XIX/a - Delitti e persone denunciate. Anno 2001**

Regioni	Delitti	Persone denunciate	di cui minorenni	%Minorenni/denunciati
Puglia	118.382	36.003	1.697	4,7%
Italia	2.847.225	512.310	18.965	3,7%

ISTAT, Statistiche giudiziarie penali. Annuario 2001, edizione 2003.

**Tavola XIX/b - Soggetti segnalati dall'Autorità Giudiziaria all'Ufficio Servizio Sociale Minorenni per provincia e cittadinanza. Anno 2003**

Province	Soggetti	di cui stranieri
Bari e Foggia	1.632	200
Lecce e Brindisi	340	36
Taranto	227	2

*Dipartimento Giustizia Minorile - Servizio Statistico*

**Tavola XIX/c - Movimento dei minorenni nei Centri di prima accoglienza per Centro di Giustizia minorile e cittadinanza in Puglia. Anno 2002**

Province	Ingressi	Di cui stranieri	Uscite	Di cui stranieri
Bari	132	9	133	9
Lecce	33	4	33	4
Taranto	23	1	23	1
Puglia	188	14	189	14

*Dipartimento Giustizia Minorile - Servizio Statistico*

Raffrontando i dati del primo quadrimestre dell'anno in corso relativi all'andamento della devianza minorile in Puglia, al medesimo periodo dell'anno 2003, si evidenzia un incremento del 34% nel numero degli ingressi nei Centri di prima accoglienza, passati da n. 55 nel 2003 a n. 83 nel 2004. Nella tipologia dei provvedimenti cautelari adottati dall'Autorità giudiziaria si rileva, altresì, un incremento nel ricorso alla misura del collocamento in comunità, passati dal 20% al 37,35% sul totale dei provvedimenti emessi.

Si riportano di seguito alcuni dati relativi ai provvedimenti adottati dal giudice tutelare e dai Tribunali per minorenni nei casi di situazioni di grave disagio familiare che comportano l'allontanamento del minore, che offrono importanti indicazioni sulle dimensioni che ad oggi assume l'area di disagio minorile a cui più direttamente si rivolgono gli interventi per la tutela dei minori e quelli per l'affido degli stessi.

**Tavola XX - Provvedimenti del giudice tutelare e del Tribunale dei Minorenni**

	Bari	Lecce	Taranto (sez.)	Totale
Affidamento dei minori (con consenso)	71	16	7	94
Autorizzazione aborto per minorenni	99	20	46	155
Provvedimenti urgenti a protezione del minore	589	74	451	1.114
Di cui provvedimenti di allontanamento	-	19	102	121

Fonte: Regione Puglia-Istituto degli Innocenti, Infanzia e Adolescenza in Puglia. Edizione 2003.

Per i ragazzi che vivono in contesti familiari particolarmente disagiati è molto difficile trovare famiglie affidatarie: sul tema, le risorse di sensibilizzazione e disponibilità risultano ancora molto scarse. Le forme di affido più praticate sono quelle intra-familiari o intra-parentali. Ciò che manca è un adeguato servizio di preparazione delle potenziali famiglie affidatarie e del minore affidato all'esperienza dell'affido. Vi è un bisogno inespresso di ammortizzatori comunitari che facciano da filtro tra famiglie e minori e che potrebbero essere interpretati dalle agenzie di terzo settore, al fine di rendere meno traumatizzante l'incontro tra realtà relazionali a volte molto eterogenee.

Il periodo estivo può essere estremamente delicato per alcune fasce giovanili, a causa del venir meno della scuola come principale agenzia di socializzazione. In estate, a fronte di una domanda di socialità molto amplificata rispetto alle altre stagioni, si verifica paradossalmente una forte compressione dell'offerta. In queste condizioni, la possibilità che i minori si ritrovino per strada coinvolti in attività di svago rivolte a cercare vie di fuga dalla realtà e, come tali, ad alto rischio sociale e di devianza è molto accentuata.

Quelli dei ragazzi tra gli 11 e i 18 anni sono in prevalenza bisogni inespressi. E' raro che, trovandosi in condizioni di disagio, essi siano portati a rivolgersi autonomamente ai servizi esistenti. Si pone quindi il problema di come far emergere i loro bisogni, nonché di come intervenire per soddisfarli al meglio. Occorre, più che in altri campi, un maggior grado di sperimentazione di servizi innovativi, che incontrino i ragazzi sul loro terreno specifico (una delle vie potrebbe essere quella dell'educativa di strada, sebbene si pongano molti problemi circa il monitoraggio e la valutazione degli interventi), adattandosi in maniera flessibile alle specificità di ognuno (va quindi elevato il grado di personalizzazione degli interventi).

In questo senso, le ludoteche o i centri di aggregazione giovanili garantiscono maggiori gradi di libertà al ragazzo, implicando un elemento di scelta che non si ritrova in altre tipologie di servizio, specie quando le attività non si svolgono esclusivamente in luoghi chiusi ma si espandono negli spazi urbani frequentati dai potenziali beneficiari.

Si avverte, in generale, una forte carenza del sentimento di appartenenza alla propria comunità, dal quartiere fino alla collettività civica nel suo complesso (in questo senso, i consigli comunali dei ragazzi, istituiti in numerosi Comuni della Regione grazie ai progetti finanziati dalla l.r. n. 10/1999, hanno dato risultati proficui, rispondendo al bisogno di cittadinanza dei minori).

Nella gran parte dei casi i problemi degli adolescenti non sono altro che il riflesso di condizioni relazionali interne alla famiglia poco favorevoli ad un equilibrato sviluppo psico-cognitivo. E' quindi a questo livello che emerge il bisogno di sostegno. La crescita della conflittualità intra-familiare e delle separazioni determina un aumento della domanda di servizi di mediazione, di preparazione e sostegno alla genitorialità, di comunità alloggio che ospitino donne sole - spesso vittime di maltrattamento - con bambini (e di ciò, vi è enorme richiesta), di strutture di pronta accoglienza, di case-famiglia per bambini allontanati dal nucleo familiare. Ciononostante, privilegiare l'intervento domiciliare in materia adolescenziale può non essere una strategia efficace, in quanto gli ambiti di socializzazione che i ragazzi si trovano ad attraversare sono molteplici: occorre, quindi, pensare a interventi complessi, operati in diversi contesti. E' sull'ambiente relazionale complessivo del minore che è necessario agire.

Un problema trascurato è quello dei bambini che a causa di varie patologie si trovano ad affrontare lunghi periodi di degenza ospedaliera e/o domiciliare. Le forme di assistenza (soprattutto sul fronte meramente relazionale) sono del tutto inadeguate e spesso delegate alla buona volontà di poche associazioni del Terzo settore.

Un'attenzione specifica merita la condizione dei bambini extra-comunitari, figli di immigrati. Si tratta di una presenza spesso invisibile che richiede delle forme d'intervento, al di là di ogni considerazione sulle condizioni di regolarità dei genitori. Vi è la necessità di pensare a servizi diversificati in base alle specifiche esigenze delle diverse culture presenti sul territorio pugliese. Uno dei problemi più ricorrenti, ad esempio, è quello del tasso di scolarizzazione, che per alcune etnie raggiunge livelli estremamente bassi (si pensi agli immigrati cinesi).

Legato a questo tema vi è quello della multiculturalità: vale a dire il bisogno di recuperare codici e forme di comunicazione interculturale tra adolescenti in contesti nei quali la convivenza può suscitare fenomeni di reciproca diffidenza, isolamento e conflittualità.



Si presentano di seguito i dati relativi alla presenza di minori in istituzioni educativo-assistenziali presenti in provincia di Foggia ed in Provincia di Lecce, pur dovendo segnalare che, nel caso della Provincia di Lecce, i dati non possono essere considerati esaustivi.

Anno	Prov. Foggia	Prov. Lecce
2001	598	49
2002	604	42
2003	445	34

Fonte: Regione Puglia, Assessorato Sanità e Servizi Sociali.  
Unità Operative Decentrate di Foggia e Lecce (2003).

### Anziani

L'esclusione sociale connessa al rischio povertà si amplifica nel caso della popolazione anziana, vuoi per le esigenze particolari di cui è portatrice, vuoi per la condizione di maggiore insicurezza in cui vive. Se è vero che la percentuale di popolazione uguale o maggiore a 60 anni è relativamente ridotta, è altresì vero che l'elevata percentuale di anziani soli, in particolare donne, evidenzia una situazione di potenziale disagio sia sul piano relazionale, sia sul piano delle più elementari esigenze di vita. Risulta, inoltre, abbastanza elevato il rapporto tra quarta e terza età.

**Tavola XXI - Persone non autosufficienti da 6 anni in su per ampiezza del nucleo familiare**

	Ampiezza del nucleo familiare					
	1	2	3 e +	4	5	Totale
Puglia	57.093	67.754	80.717	27.441	16.767	205.564
Italia	743.307	911.436	968.482	300.293	210.671	2.623.225
In termini % sul totale						
Puglia	27,77%	32,96%	39,27%	13,35%	8,16%	100,00%
Italia	28,34%	34,74%	36,92%	11,45%	8,03%	100,00%

Fonte: Istat, Censimento 2001.

**Tavola XXII - Persone non autosufficienti e residenti in casa, in % della popolazione da 6 anni in su, con previsione al 2010**

	Multiscopo ISTAT 2000	Proiezioni al 2010
Puglia	5,40%	6,75%
Italia	4,86%	6,11%

Fonte: Istat, Multiscopo 2000.

In Puglia la popolazione non autosufficiente residente in casa è superiore alla media nazionale e lo sarà anche in base alle proiezioni al 2010 realizzate dall'ISTAT: è l'effetto della carenza delle infrastrutture sociali adeguate per accogliere utenti che richiedono assistenza con elevato grado di complessità sociale e sanitaria, ma anche della tenuta della rete familiare che al Sud più che al Nord ritarda l'allontanamento del soggetto non autosufficiente dal nucleo familiare, pur in presenza di una maggiore situazione di disagio e di carico del lavoro di cura sullo stesso nucleo.

Questo dato è estremamente importante per la definizione delle priorità di politiche sociali a favore degli anziani e di tutti i soggetti non autosufficienti, dal momento che in una Regione che già mostra una più elevata propensione a mantenere in casa i soggetti con fragilità gravi, occorre predisporre una rete di servizi domiciliari e di aiuto alla famiglia che consenta di rendere permanente tale scelta pur in presenza di condizioni di qualità di vita della famiglia e di qualità di assistenza per il soggetto non autosufficiente molto più elevate.

Infatti, da elaborazioni CER su dati del Ministero della Salute del 1999, emerge che in Puglia erano 6.245 i casi trattati in Assistenza Domiciliare Integrata, che ricevevano 60 ore mensili di assistenza, composte per un terzo da prestazioni riabilitative e per la metà da prestazioni infermieristiche, con una incidenza del tutto residuale per le altre prestazioni, di natura sociale. A livello nazionale gli stessi dati indicavano che l'ADI era rivolta ad anziani per il 78,8% e che non era così strettamente legata alla erogazione di prestazioni riabilitative.

La carenza di strutture residenziali adeguate ad accogliere casi di non autosufficienza è attestata anche dai dati della Tavola che segue, da cui emerge che solo un utente su 100 residente in RSA è un cittadino pugliese e solo 4 su 100 sono i residenti pugliesi in strutture residenziali di tipo sociale.

**Tavola XXIII - Anziani ospiti di strutture residenziali di assistenza**

	Residenze sociali	Residenze sociosanitarie (RSA)
Puglia	4.076	1.263
Italia	98.146	107.075
	Di cui con retta integrale (Valori %)	
Puglia	69,4%	44,7%
Italia	67,4%	57,3%
	Di cui con retta parziale (Valori %)	
Puglia	24,9%	35,0%
Italia	27,5%	38,6%
	Di cui a titolo gratuito (Valori %)	
Puglia	5,7%	20,3%
Italia	5,1%	4,1%

Fonte: Elaborazioni CER su dati del Ministero della Salute (1999).

In particolare per le RSA il livello di copertura pubblico del costo del servizio è molto più alto in Puglia, anche visto il bassissimo numero di casi trattati, dal momento che il 20% dei casi riceve accoglienza con totale gratuità per l'utente e solo il 44,7% riceve accoglienza con il pagamento della retta integrale a fronte del 57,3% a livello nazionale.

La categoria degli anziani non costituisce un corpo omogeneo: le condizioni interne ad essa sono molto diversificate e per questo i bisogni che emergono non possono essere ricondotti ad unità. La personalizzazione degli interventi è, quindi, più che mai opportuna, mentre la realtà ci consegna servizi e strutture poco flessibili, organizzati in base a molteplici rigidità. La fetta più consistente delle risorse, inoltre, è concentrata sugli anziani non autosufficienti, che rappresentano solo il 10% della popolazione anziana. Questo significa che mancano i servizi di cura per gli anziani autosufficienti e che la stragrande maggioranza degli anziani è lasciata a se stessa, mentre con pochi interventi "leggeri" sarebbe possibile ottenere un sensibile miglioramento della qualità della vita di questa ampia fetta di cittadini, il cui primo bisogno inespresso è un'educazione all'invecchiamento, insieme all'inserimento in attività di socializzazione, che, per le loro stesse caratteristiche, allontanano anche la percezione dell'invecchiamento nel senso di marginalità sociale e difficoltà fisiche.

Gli anziani scontano un forte mutamento nei rapporti di solidarietà tra generazioni: il patto di reciprocità delle obbligazioni ha perso gran parte del suo valore. Li si valorizza fino a quando sono in grado di offrire servizi di cura a beneficio dei nipoti, ma vengono meno ricambiati nel momento in cui varcano la soglia della non autosufficienza (o più semplicemente quando, pur in condizioni di auto-sufficienza, richiedono un minimo supporto per le attività quotidiane di cura o di semplice svago). Molti dei figli, inoltre, vivono lontani dai genitori anziani. In conseguenza di ciò, si pone per gli operatori il problema di dover ricucire la rete affettivo-parentale, magari al solo fine di sensibilizzare i figli al mero pagamento di una retta per le strutture residenziali. La ricorrente situazione di disagio relazionale in cui si trovano coinvolti costituisce per gli anziani una fonte prima di frustrazione e, per ovvie ragioni, tende a restare inespressa, ci si vergogna di manifestarla all'esterno. Del resto, quando i rapporti familiari funzionano bene, le istituzioni pubbliche (i Comuni, in primo luogo) non offrono alcun riconoscimento che possa contribuire a valorizzare il sostegno informale.

Il bisogno di non abbandonare le mura domestiche è unanimemente diffuso tra gli anziani pugliesi (più o meno autosufficienti, più o meno interessanti da patologie di varia natura e gravità). Per una vasta porzione di anziani l'assistenza per lo svolgimento di elementari faccende quotidiane permetterebbe loro di rendersi di fatto autosufficienti. Su questo fronte, tuttavia, in Puglia si sconta un forte ritardo: sono ancora esigui i protocolli d'intesa siglati da Comuni e Aziende USL per progetti di ADI (*Assistenza Domiciliare Integrata*) e non capillarmente diffusi i progetti di assistenza domiciliare sociale. Laddove esiste un'assistenza di tipo domiciliare, questa in genere è solo parziale, di breve durata, limitata a bisogni specifici che non tengono in conto il complesso organico delle esigenze del beneficiario.

La qualità degli interventi domiciliari, quando non garantiti dai Comuni ma lasciata alle famiglie, è poi gravemente minata dal ricorso frequente a servizi privati assicurati da lavoratori in nero. Spesso sono gli immigrati a offrire l'assistenza domiciliare e questo comporta non marginali problemi di comunicazione.

Le esigenze legate alla cura vengono oggi sempre più affiancate da pressanti bisogni di socializzazione, di alimentare la dimensione affettiva e relazionale, di partecipare alla vita della comunità. Una delle declinazioni più frequenti di questa sfera di bisogni corrisponde al desiderio di mobilità, generalmente sconosciuto sia dagli enti locali sia dai soggetti del privato sociale. L'assenza di occasioni di socializzazione fuori dalle mura di casa conduce l'anziano ad auto-isolarsi e, quindi, a porsi in una condizione di estrema vulnerabilità rispetto all'insorgere di nuove patologie. Occorrono spazi intermedi che facciano da ponte tra la dimensione domestico-familiare e quella della società nel suo complesso. L'attività motoria, ad esempio, potrebbe avere un notevole effetto di prevenzione (sul piano sociale e sanitario), ma il sostegno pubblico in questo ambito è ancora del tutto carente. Nei contesti urbani, i problemi legati alla solitudine, all'assenza di spazi di socializzazione e agli ostacoli alla mobilità si amplificano considerevolmente. Laddove esistono dei centri sociali per anziani è, del resto, frequente riscontrare l'assenza di operatori qualificati, che consentano ai beneficiari di svolgere attività soddisfacenti e coinvolgenti: spesso si rivelano aree di temporaneo parcheggio.

Le famiglie degli anziani non autosufficienti sono portatrici di bisogni specifici: al di là delle ambiguità legate alle ipotesi di monetizzazione della cura, occorre in ogni caso che il loro intervento si integri con il sistema dei servizi sociali e non lo sostituisca semplicemente. La sensazione ricorrente da parte dei familiari del soggetto anziano è di profonda solitudine e disorientamento rispetto alle possibilità di supporto di cui potrebbero godere. Il disagio si acutizza nelle famiglie di anziani con patologie psichiche invalidanti: di fronte alla forte carenza di servizi qualificati, di centri diurni,

la tentazione ricorrente è quella di puntare all'istituzionalizzazione, quando non alla ospedalizzazione, producendo effetti negativi sia in termini di spesa pubblica che, soprattutto, sullo stato psico-fisico dell'anziano.

### **Disabili**

In Puglia vi è una più accentuata presenza di disabili rispetto al dato nazionale. Il dato è alquanto allarmante, dal momento che esso testimonia di una particolare situazione di gravità nell'area della disabilità oppure, ove sia parzialmente non veritiero, esso maschera comunque una situazione di disagio: la disabilità potrebbe costituire attraverso le diverse indennità economiche una delle fonti di reddito se non l'unica per molti disabili e per le famiglie che li hanno in carico, segnalando un problema specifico relativo alle ridotte possibilità di accesso al reddito sia attraverso l'occupazione del disabile che dei suoi familiari.

**Tavola XXIV - Disabili di 6 anni e più per Regione, Anno 1999-2000. Tassi grezzi e standardizzati per mille persone**

REGIONI	Disabili		
	Tassi grezzi	Tassi standardizzati	Totale popolazione (migliaia)
Puglia	53,9	61,5	3.804
ITALIA	48,5	48,5	53.950

Fonte: ISTAT, indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000.

**Tavola XXV - Pensioni in Puglia nel 2001 in percentuale sulle pensioni in Italia**

	Numero (% su tot.)	Importo (% su tot.)
invalidità civile	7,2	7
pensioni sociali	7,9	7,6
lvs	5,60	5,25
Indennitarie	6,26	5,80
Assistenza	7,07	7,01
TOTALE	5,83	5,37

Fonte: INDPAP, Rapporto sullo stato sociale, 2003

Al di là di ogni congettura, il problema della disabilità rappresenta in Puglia una delle principali emergenze: l'intero settore degli interventi a favore dei disabili necessita di diventare prioritario. La fossilizzazione sulla sfera del sostegno economico e su quella dell'assistenza sanitaria riabilitativa ha determinato una storica compressione degli interventi di carattere specificamente sociale, che oggi sono i più richiesti dai cittadini diversamente abili.

Sembra definitivamente acquisito in Puglia il mutamento di sensibilità culturale, che ha portato progressivamente a stigmatizzare la pratica dell'istituzionalizzazione e a enfatizzare il valore della domiciliarità. In questo processo, tuttavia, le famiglie non si sentono sufficientemente supportate dai servizi pubblici, i quali potrebbero offrire soluzione a numerose esigenze di vita quotidiana, che non implicherebbero interventi di tipo specialistico. Vi è forte necessità, inoltre, di un sostegno psicologico che consolidi le relazioni tra i diversi membri della famiglia (spesso, ad esempio, la concentrazione eccessiva sul figlio disabile porta a trascurare le esigenze dei figli normodotati che si sentono così esclusi dal sistema della cura e finiscono per non contribuire alla tenuta affettiva del nucleo familiare). Le famiglie richiedono, innanzi tutto, certezze sul fronte legislativo e dell'accesso ai servizi, il cui profilo complessivo è spesso di difficile decodificazione per la frammentarietà delle azioni condotte e la pluralità dei soggetti in campo.

Le dichiarazioni di principio, circa la necessità di rendere il soggetto diversamente abile un cittadino pienamente consapevole e partecipativo, trovano ancora scarso supporto, nei diversi contesti locali, in politiche concrete mirate a soddisfare i bisogni di autonomia e d'integrazione sociale. In molti casi, i disabili potrebbero essere in grado di condurre una vita relativamente autonoma grazie a elementari interventi di sostegno alla mobilità o di supporto logistico.

I disabili esprimono oggi un forte bisogno di relazione, di momenti e spazi per attività di socializzazione, dal mero divertimento alla fruizione di eventi culturali, alla partecipazione ad attività sportive, turistiche, ecc.

Accanto a questi bisogni, emergono esigenze più complesse relative alla possibilità di vivere come cittadini completi, in grado di lavorare con dignità e con mansioni qualificate (quindi avendo a disposizione opportune occasioni formative), in grado di partecipare alla vita civile. Più in generale, il disabile avverte il bisogno di essere inserito in un progetto esistenziale di lungo periodo, tarato sulle proprie vocazioni e sulle proprie risorse personali: progetti in cui la centralità venga data sempre di più agli individui diversamente abili, affiancando ad essi le esigenze delle rispettive famiglie.

La situazione dei soggetti portatori di disabilità gravi va separata da quella dei diversamente abili: i primi, infatti, presentano connotazioni di disagio *sui generis*, che esigono un'ampia gamma d'interventi di natura e intensità specifica. E' urgente, ad esempio, implementare progetti integrati di assistenza domiciliare e istituire case-famiglia: servizi entrambi poco presenti sul territorio. Le famiglie avvertono il bisogno di collocare i figli - soprattutto nei primi anni di vita - in strutture aperte che consentano di non perdere la possibilità del contatto diretto e quotidiano.

Per quanto concerne la disabilità psichica, occorre innanzi tutto registrare che le profonde innovazioni legislative degli ultimi vent'anni non hanno purtroppo contribuito in maniera sostanziale a scardinare gli atteggiamenti collettivi di stigmatizzazione nei confronti delle persone affette da disturbi mentali. Questa circostanza isola le famiglie dei disabili dalla comunità nel suo complesso e le conduce spesso a rimuovere la stessa esistenza del problema o, in ogni caso, a limitarne fortemente la manifestazione. Del resto, anche laddove le famiglie si affranchino da sentimenti di vergogna, stentano comunque a trovare dei referenti sul territorio che sappiano ascoltarne le esigenze e proporre soluzioni adeguate. In queste condizioni, esse non riescono a fronteggiare e a gestire adeguatamente i problemi presenti.

Non vi è dubbio che la chiusura degli ospedali psichiatrici abbia restituito dignità e inedite possibilità d'integrazione sociale ai disabili psichici, grazie ai servizi territoriali di nuova generazione, e tuttavia non sempre le esperienze condotte si sono dimostrate adeguate all'entità (quantitativa e qualitativa) dei problemi in campo. Secondo molti operatori, ad esempio, la situazione post-riforma ha determinato enormi lacune proprio nel soddisfacimento dei bisogni dei disabili di natura più squisitamente sociale. Oggi, i servizi esistenti assicurano l'intervento terapeutico ma non soddisfano i bisogni sociali: spesso si verifica che le nuove strutture si trasformino in piccole "istituzioni manicomiali" dove prevale la funzione reclusoria su quella riabilitativa. E' una specificità tutta pugliese quella della permanenza lunga dei degenti nelle strutture per i disabili: una permanenza che produce la rescissione progressiva di ogni legame con l'esterno, quindi di qualsiasi possibilità d'integrazione futura. La principale carenza è nella scarsità delle risorse che ha determinato, nella sostanza, la realizzazione parziale, frammentaria e a macchia di leopardo dei servizi e degli interventi necessari a rispondere al bisogno di migliorare la qualità della vita dei disagiati psichici. I Comuni appaiono del tutto latitanti su questo fronte e delegano l'intera materia ai Centri di Salute Mentale. Esiste, più in generale, un problema d'integrazione tra i servizi, le cui

funzioni non sono sempre ben specificate: una situazione che favorisce il rimpallo di competenze a discapito dei beneficiari.

Queste circostanze impediscono di dare realizzazione concreta ai diritti di cittadinanza, d'integrazione, di socialità e di lavoro del disabile. E' difficile, in ogni caso, elaborare dei percorsi d'integrazione e sviluppo personalizzati, adattati alle specifiche caratteristiche del soggetto. Le esperienze di creazione di laboratori all'interno dei servizi non sono sempre felici, in quanto emergono sistematicamente problemi nella collocazione dei prodotti sul mercato. Ancor più difficile è sensibilizzare le aziende del territorio regionale all'assunzione di soggetti con problemi psichici. Spesso è la piccola malavita locale ad integrare i disabili, reclutandoli nel quadro delle attività criminali.

E' solo la comunità nel suo complesso che può farsi carico dei bisogni d'integrazione del disabile psichico: tutti i servizi oggi esistenti, invece, sono avvocati dall'area psichiatrica. Su questo fronte la sensibilità collettiva appare ancora profondamente inadeguata: ne è un indicatore la vicenda dei gruppi-appartamento che in Puglia stentano a decollare per la ricorrente e ferrea opposizione dei residenti a ospitare disabili psichici nel proprio condominio. Proliferano, al contrario, le case protette, collocate quasi sempre lontano dai centri cittadini, secondo una persistente logica di ghettizzazione reclusoria.

Uno dei bisogni emergenti, forse tra i più trascurati, è quello di un'educazione alla salute mentale. Un bisogno manifestato sia dalle famiglie sia dagli insegnanti: entrambi stentano a dare la corretta interpretazione dei segnali di disturbo mentale che provengono dagli adolescenti (le cui forme di disagio psichico sono in forte crescita, a parere di molti operatori) e hanno difficoltà a individuare sul territorio dei referenti che sappiano sostenerli in quest'opera d'interpretazione. Si tratta di una domanda pressante e del tutto inevasa, poiché non è pensabile che ci si rivolga direttamente ai servizi psichiatrici, percepiti come presidi del disagio conclamato e per questo stigmatizzanti.

### ***Dipendenze***

Nel corso degli ultimi anni risulta in calo il numero dei soggetti segnalati per detenzione di sostanze stupefacenti, mentre cresce il numero di nuovi soggetti in trattamento presso i Ser.T.. Tra questi prevalgono i giovani tra i 20 e i 29 anni (1.213 utenti), ma vi è anche un consistente numero di soggetti con età inferiore ai 20 anni (197 utenti).

Il profilo dei fenomeni di dipendenza in questi ultimi anni è profondamente mutato. Essi, innanzi tutto, non riguardano più specifiche e ben identificate categorie di soggetti, ma anche persone (di tutte le età) perfettamente integrate nel tessuto sociale e professionale. Il consumo di sostanze psicotrope è ormai una pratica comune e diffusa che non viene percepita come indicatore di devianza sociale, ma spesso assimilata all'interno delle normali attività di divertimento (nei luoghi di ritrovo è d'uso mescolare il consumo di alcolici con droghe leggere o cocaina, che in Puglia è reperibile a costi molto contenuti). Ciò richiede un approccio al problema completamente differente rispetto a quelli consolidati: occorre agire soprattutto in via preventiva, intervenendo sulle cause di strisciante disagio relazionale, di insoddisfazione soggettiva rispetto alle diverse sfere dell'esistenza, di crisi dei valori collettivi.

Il fenomeno dell'alcolismo (estremamente difficile da rilevare attraverso indagini ufficiali) è, nella percezione degli operatori, in forte crescita e riguarda nuove categorie di soggetti, quali le donne (come già sopra accennato) e i giovanissimi. Tra questi ultimi, in particolare, aumenta il consumo di droghe leggere e, vieppiù, delle nuove sostanze sintetiche, i cui effetti di tossicità sono ancora poco noti. Questo tipo di

consumatori, tra l'altro, non usa rivolgersi ai servizi tradizionali (i Ser.T.) e quindi sfugge anche a una classificazione quantitativa.

Vi sono poi forme ancor più subdole di dipendenza che hanno conosciuto negli ultimi anni sviluppi insospettabili: ci si riferisce, nello specifico, alle dipendenze alimentari o a quelle relative alla fruizione delle nuove tecnologie (internet, i videogiochi, in primis).

Se le forme di dipendenza consentono di produrre illusioni di benessere a fronte di una situazione esistenziale complessiva di profondo malessere, è chiaro che il bisogno sotteso riguarda la disponibilità di spazi e di occasioni socio-relazionali che permettano al singolo di ricreare contesti psicologicamente soddisfacenti senza per questo intraprendere pratiche auto-distruttive.

Per quanto concerne i tossicodipendenti da droghe pesanti, i problemi maggiori si rivelano oggi nella fase post-riabilitativa: i soggetti hanno scarse opportunità di trovare un lavoro e di reintegrarsi nel tessuto sociale. Ma un problema si pone anche per i tossicodipendenti di lungo periodo che si affidano a cure palliative, diventando degli utenti stabili dei centri di crisi senza conoscere mai una svolta riabilitativa adeguata. L'altra sfera problematica riguarda i tossicodipendenti reclusi nelle carceri, il cui numero non accenna a decrescere e che sono portatori di bisogni molto particolari, in gran parte non soddisfatti dai servizi esistenti.

**Tavola XXVI - Puglia distribuzione segnalazioni ex art.75 D.P.R. 390/90**

	1999				2000				2001				2002			
	nuovi soggetti		Soggetti già segnalati in anni precedenti		nuovi soggetti		soggetti già segnalati in anni precedenti		nuovi soggetti		soggetti già segnalati in anni precedenti		nuovi soggetti		soggetti già segnalati in anni precedenti	
	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni	Solo una segnalazione	più segnalazioni
soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. n. 309/90 (per regione di residenza)	959	44	190	16	917	19	171	18	609	28	172	14	202	11	100	-
soggetti segnalati ex. Art.75 D.P.R. n.309/90 (per regione di segnalaz.)	1420	62	226	22	1535	50	272	36	1397	72	317	43	846	44	295	29

Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2001

**Tavola XXVII - Distribuzione regionale e per anni del numero di soggetti in carico per "trattamento" presso i Ser.T.**

1999						2000					
attivi	rilevati	nuovi soggetti	già in carico	appoggiati	in strutture socioriabilitative	attivi	rilevati	nuovi soggetti	già in carico	appoggiati	in strutture socioriabilitative
57	56	2332	10068	2028	1291	57	55	2430	10609	2611	1353
2001						2002					
attivi	rilevati	nuovi soggetti	già in carico	appoggiati	in strutture socioriabilitative	attivi	rilevati	nuovi soggetti	già in carico	appoggiati	in strutture socioriabilitative
57	51	2611	9412	1681	1100	57	51	2272	10029	2919	1108

Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, 2002



APPENDICE CAP.I - PRINCIPALI CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEGLI AMBITI TERRITORIALI PUGLIESI

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demograf.	Num. Comuni	Num. Comuni fino a 10.000 ab.	% Comuni piccoli	Resid. 0-17	% minori	Resid. 65 e oltre	% anziani	Resid. 0-64	N. nuclei fam.
Andria	BA/1	Totale 1	407,9	95.740	234,7	1	0	0,0%	23.110	24,1%	11.751	12,3%	83.989	29.540
Canosa di Puglia	BA/1	Totale 2	587,5	49.013	83,4	3	1	33,3%	10.386	21,2%	8.180	16,7%	40.833	17.032
Terlizzi	BA/1	Totale 3	458,1	98.271	214,5	3	0	0,0%	21.876	22,3%	14.299	14,6%	83.972	32.715
Barletta	BA/2	Totale 1	146,9	92.121	627,1	1	0	0,0%	21.361	23,2%	11.449	12,4%	80.672	28.764
Trani	BA/2	Totale 2	170,6	104.859	614,6	2	0	0,0%	22.853	21,8%	14.079	13,4%	90.780	33.719
Molfetta	BA/2	Totale 3	102,0	82.756	811,3	2	0	0,0%	15.736	19,0%	13.349	16,1%	69.407	28.749
Altamura	BA/3	Totale 1	995,6	134.047	134,6	4	1	25,0%	34.290	25,6%	17.381	13,0%	116.666	41.008
Grumo Appula	BA/3	Totale 2	528,3	87.101	164,9	7	3	42,9%	19.689	22,6%	12.814	14,7%	74.287	29.211
Bari	BA/4	Totale 1, 2, 3	116,2	316.278	2.721,8	1	0	0,0%	57.650	18,2%	51.770	16,4%	264.508	110.491
Bitonto	BA/4	Totale 4	256,0	112.932	441,1	4	1	25,0%	25.837	22,9%	12.844	11,4%	100.088	36.161
Triggiano	BA/4	Totale 5	86,2	78.894	915,2	5	1	20,0%	17.289	21,9%	9.879	12,5%	69.015	26.532
Conversano	BA/5	Totale 1	345,8	87.143	252,0	3	0	0,0%	18.084	20,8%	13.444	15,4%	73.699	29.783
Gioia del Colle	BA/5	Totale 2	388,6	62.655	161,2	4	1	25,0%	11.761	18,8%	11.202	17,9%	51.453	21.925
Putignano	BA/5	Totale 3	403,6	90.783	224,9	5	0	0,0%	17.677	19,5%	15.336	16,9%	75.447	31.880
Brindisi	BR/1	Totale 1	394,8	108.993	276,1	2	0	0,0%	21.918	20,1%	16.150	14,8%	92.843	38.654
Fasano	BR/1	Totale 2	406,6	83.660	205,8	3	0	0,0%	16.109	19,3%	14.331	17,1%	69.329	29.023
FrancaVillia Fontana	BR/1	Totale 3	555,6	102.598	184,7	6	2	33,3%	22.899	22,3%	15.958	15,6%	86.640	35.474
Mesagne	BR/1	Totale 4	482,6	106.842	221,4	9	4	44,4%	21.869	20,5%	17.736	16,6%	89.106	36.273
S. Severo	FG/1	Totale 1	1.219,6	107.764	88,4	8	5	62,5%	24.117	22,4%	16.277	15,1%	91.487	37.398
San Marco in Lamis	FG/1	Totale 2	753,7	62.224	82,6	4	1	25,0%	14.334	23,0%	10.207	16,4%	52.017	21.266
Vico del Gargano	FG/1	Totale 3	671,8	47.875	71,3	8	7	87,5%	10.317	21,5%	8.244	17,2%	39.631	16.730
Manfredonia	FG/2	Totale 1	667,6	77.877	116,7	3	1	33,3%	17.412	22,4%	11.652	15,0%	66.225	24.911
Margherita di Savoia	FG/2	Totale 2	265,8	44.387	167,0	4	1	25,0%	10.314	23,2%	6.963	15,7%	37.424	15.151
Cerignola	FG/2	Totale 3	829,9	93.289	112,4	6	4	66,7%	23.412	25,1%	10.863	11,6%	82.426	30.056
Foggia	FG/3	Totale 1 e 2	507,8	155.188	305,6	1	0	0,0%	31.790	20,5%	22.876	14,7%	132.312	48.292
Lucera	FG/3	Totale 3	1.014,4	57.760	56,9	14	13	92,9%	11.371	19,7%	10.951	19,0%	46.809	21.014
Troia	FG/3	Totale 4	1.261,2	44.062	34,9	16	16	100,0%	8.396	19,1%	9.971	22,6%	34.091	16.777
Lecce	LE/1	Totale 1	389,2	145.877	374,8	9	5	55,6%	25.710	17,6%	24.640	16,9%	121.237	52.577
Campi Salentina	LE/1	Totale 2	318,0	103.193	324,5	9	3	33,3%	20.087	19,5%	17.455	16,9%	85.738	34.981
Nardò	LE/1	Totale 3	413,3	93.885	227,2	8	4	50,0%	19.698	21,0%	15.216	16,2%	78.669	31.749
Martano	LE/1	Totale 4	262,0	45.231	172,6	8	8	100,0%	8.364	18,5%	7.930	17,5%	37.301	15.867
Galatina	LE/1	Totale 5	197,0	62.364	316,6	6	5	83,3%	11.932	19,1%	11.223	18,0%	51.141	22.047
Gallipoli	LE/2	Totale 1	174,1	73.135	420,1	8	5	62,5%	14.551	19,9%	12.340	16,9%	60.795	25.697
Maglie	LE/2	Totale 2	256,0	55.635	217,3	12	11	91,7%	10.583	19,0%	9.560	17,2%	46.075	19.476
Poggiardo	LE/2	Totale 3	192,9	47.193	244,7	15	15	100,0%	8.962	19,0%	8.897	18,9%	38.296	16.850
Casarano	LE/2	Totale 4	196,2	75.028	382,4	7	4	57,1%	15.718	20,9%	12.066	16,1%	62.962	25.160
Gagliano del Capo	LE/2	Totale 5	360,9	86.098	238,6	15	13	86,7%	17.997	20,9%	14.575	16,9%	71.523	29.352
Ginosa	TA/1	Totale 1	629,9	62.051	98,5	4	1	25,0%	13.454	21,7%	9.133	14,7%	52.918	21.048
Massafra	TA/1	Totale 2	499,5	77.943	156,0	4	0	0,0%	17.081	21,9%	10.032	12,9%	67.911	25.410
Taranto	TA/1	Totale 3 e 4	217,5	201.754	927,6	1	0	0,0%	40.505	20,1%	31.416	15,6%	170.338	70.781
Martina Franca	TA/1	Totale 5	407,2	61.747	151,6	2	0	0,0%	12.616	20,4%	9.729	15,8%	52.018	21.759
Grottaglie	TA/1	Totale 6	243,6	95.564	392,3	11	8	72,7%	20.590	21,5%	12.750	13,3%	82.814	31.668
Manduria	TA/1	Totale 7	438,6	80.462	183,5	7	4	57,1%	16.595	20,6%	13.133	16,3%	67.329	27.605
<b>REGIONE PUGLIA</b>		<b>Totale complessivo</b>	<b>19.365,8</b>	<b>4.019.500</b>	<b>207,6</b>	<b>258</b>	<b>148</b>	<b>57,4%</b>	<b>840.864</b>	<b>20,9%</b>	<b>619.437</b>	<b>15,4%</b>	<b>3.400.063</b>	<b>1.362.198</b>

## **Capitolo II**

### **L'offerta di servizi sociali in Puglia**

#### **2.1 Le fonti dei dati per l'offerta di servizi sociali in Puglia**

L'analisi dell'offerta di servizi sociali in Puglia risente dell'assenza di una base informativa strutturata a livello regionale e capace di fornire dati dettagliati ed omogenei, per l'intero territorio, sulla presenza di servizi e di strutture rivolte ad accogliere utenti presi in carico dal sistema pubblico di assistenza sociale, sulla capacità di presa in carico delle strutture e dei servizi, sulle prestazioni erogate e sulla spesa sostenuta da tutti i soggetti responsabili della erogazione dei servizi.

Questo non significa che non siano presenti sul territorio regionale, a livello provinciale o locale, delle significative esperienze di costruzione e gestione di sistemi informativi sull'offerta sociale, che, come si dirà più avanti, dovranno essere messe a sistema e valorizzate nel più ampio progetto di sistema informativo sociale regionale, - che rappresenterà un impegno prioritario della Regione Puglia nel triennio 2004-2006 - con la collaborazione delle Province e dei Comuni.

Per la stesura del Piano Regionale delle Politiche Sociali sono stati considerati dati provenienti dalle fonti ufficiali disponibili, che solo in limitati casi hanno consentito di avere anche un dettaglio per ambito territoriale. Nella gran parte dei casi i dati hanno un riferimento regionale o provinciale.

Le fonti a cui si fa riferimento sono:

- le statistiche dell'ISTAT sui presidi residenziali per tutte le tipologie di utenti, sulle prestazioni socioassistenziali delle province, sulle organizzazioni di volontariato, che fanno riferimento alle annualità 1999 e 2000 in relazione alle variabili considerate;
- i dati grezzi disponibili presso il Settore Servizi Sociali della Regione Puglia a partire dai registri ed elenchi regionali previsti per legge: dati sulle IPAB, le organizzazioni di volontariato iscritte, le cooperative sociali, le strutture residenziali e a ciclo diurno per minori e per anziani. Tali dati sono aggiornati al 2003, ma non consentono di tener conto di eventuali altri soggetti o servizi e strutture non tenuti all'iscrizione negli elenchi ed albi regionali.

#### **2.2 I soggetti erogatori**

Nel corso del 1999 l'ISTAT ha condotto la seconda rilevazione sulle organizzazioni di volontariato in Italia, assumendo come riferimento tutte le organizzazioni iscritte al 31 dicembre 1997, mentre la precedente rilevazione aveva riguardato quelle iscritte alla stessa data del 1995. Il dato regionale per la Puglia, relativo al numero di organizzazioni di volontariato iscritte nei registri regionali, evidenzia che se nel 1995 le organizzazioni di volontariato erano 162, pari all'1,9% del totale nazionale, nel 1997 le stesse erano salite a 285, pari al 2,4% del totale nazionale. Sulla base dei dati forniti dalla Regione Puglia, è possibile affermare che nel 2003 le organizzazioni di volontariato iscritte sono pari a 537, cioè il loro numero si è quasi raddoppiato.

Se si guarda al tasso di diffusione di volontari attivi (tasso ogni 10.000 abitanti), tuttavia, la nostra Regione risultava nel 1997 ancora tra le ultime in Italia, collocandosi,

infatti, insieme a Campania, Calabria e Sicilia nella classe finale, quella con tasso di diffusione inferiore a 40 volontari attivi per 10.000 abitanti.

Sono proprio i dati forniti dalla Regione Puglia, ed illustrati nella tavola che segue (Tav. 1), ad evidenziare la distribuzione delle organizzazioni di volontariato per tipologia: il 45% delle organizzazioni opera in campo sociosanitario, il 28% in campo sociale (solidarietà sociale e socioeducativo), mentre il 20% delle organizzazioni svolge attività di volontariato nel campo della protezione civile e l'8% è costituito da organizzazioni iscritte all'albo regionale come associazioni socioculturali.

**Tavola I - Presenza di IPAB, Cooperative sociali e Associazioni di Volontariato in Puglia**

Tipologia soggetto	Numero
IPAB	119
Cooperative Sociali tipo A	359
Cooperative Sociali tipo B	244
Consorzi di Coop. Sociali	16
Associazioni di Volontariato	537
- di cui Protezione Civile	107
- di cui Servizi Sociosan.	240
- di cui attività Socio-cultur.	43
- di cui attività Socio-educat.	9
- di cui di Solidarietà Sociale	138

Fonte: Regione Puglia, Settore Servizi Sociali, 2003.

Ma nel privato sociale o terzo settore i soggetti erogatori di servizi socioassistenziali si configurano anche come IPAB e soggetti della cooperazione sociale.

Se complessivamente sono presenti in Puglia 119 IPAB, sono ben 603 le cooperative sociali iscritte nell'albo regionale della cooperazione sociale dal 1994, con una tendenza alla crescita costante nel tempo, con punte massime di nuove costituzioni tra il 1998 e il 2000 per le cooperative sociali di tipo A e tra il 1999 e il 2001 per quelle di tipo B.

Appare significativo anche il numero di consorzi tra cooperative sociali costituitisi nel tempo, che è indice di crescita imprenditoriale e di ricerca di nuove sinergie per la realizzazione di investimenti e per il consolidamento dell'offerta dei servizi erogati dalle diverse componenti di ciascun consorzio, ma anche per l'organizzazione di servizi di promozione e di formazione a supporto di tutte le imprese sociali aderenti.

**Tavola II - Costituzione delle Cooperative Sociali in Puglia (1994-2003)**

Tipologia soggetto	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Totale
Cooperative Sociali tipo A	9	24	20	30	57	40	48	51	40	40	359
Cooperative Sociali tipo B	6	7	13	20	26	30	50	37	31	24	244
Consorzi di Coop. Sociali	-	-	-	-	1	3	4	5	2	1	16

Fonte: Elaborazioni FORMEZ e IPRES su dati Regione Puglia.

In particolare per le IPAB e per le organizzazioni di volontariato sono illustrate in Appendice di questo capitolo le rispettive distribuzioni per ambito territoriale.

Più difficile appare il tentativo di fotografare l'insieme di tutti i soggetti erogatori di servizi di cura alla persona, laddove si voglia considerare anche tutti i soggetti che per la tipologia del servizio non sono tenuti all'iscrizione in albi regionali monitorati dal Settore Servizi Sociali della Regione Puglia e spesso hanno nel rispettivo oggetto sociale molteplici attività d'impresa.

Sono stati, pertanto, assunti come riferimento i dati relativi alle unità produttive con i relativi addetti resi noti dall'ISTAT ed aggiornati al 31.12.2000. Si evidenzia così che in Puglia sono 1.072 le unità produttive locali impegnate nel settore "Sanità e Servizi Sociali" sia pubbliche che private, con un numero complessivo di circa 6.100 addetti per una dimensione media di 5,7 addetti, mentre sono 12.158 le unità produttive locali operanti nel settore "Altri servizi pubblici, sociali e personali" con oltre 76.500 addetti, tra i quali, tuttavia, solo una parte è riconducibile ai servizi sociali in senso stretto, sia pubblici che privati.

Per entrambi i settori di attività economica va rilevato che è estremamente disomogenea la distribuzione per Province, dal momento che oltre il 40% delle unità locali considerate si concentra in Provincia di Bari, seguita dalla Provincia di Lecce.

**Tavola III - Unità Produttive nel "Settore Sanità e Servizi sociali" (al 31.12.2000)**

Tipologia soggetto	Unità Locali	Addetti	Dimensione media addetti dip.
Foggia	101	591	5,91
Bari	435	3.279	7,5
Brindisi	109	362	3,3
Lecce	250	936	3,7
Taranto	177	931	5,3
<b>Puglia</b>	<b>1.072</b>	<b>6.099</b>	<b>5,7</b>
Foggia	9,4%	9,7%	
Bari	40,6%	53,8%	
Brindisi	10,2%	5,9%	
Lecce	23,3%	15,3%	
Taranto	16,5%	15,3%	
<b>Puglia</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: ISTAT, 2002. Elaborazioni Ancitel "Le Misure dei Comuni", 2003.

**Tavola IV - Unità Produttive nel Settore "Altri servizi pubblici, sociali e personali" (al 31.12.2000)**

Tipologia soggetto	Unità Locali	Addetti	Dimensione media addetti dip.
Foggia	1.852	24.289	13,1
Bari	4.982	6.499	1,3
Brindisi	1.220	41.265	33,8
Lecce	2.517	2.490	1,0
Taranto	1.587	1.961	1,2
<b>Puglia</b>	<b>12.158</b>	<b>76.504</b>	<b>6,3</b>
Foggia	15,2%	31,7%	
Bari	41,0%	8,5%	
Brindisi	10,0%	53,9%	
Lecce	20,7%	3,3%	
Taranto	13,1%	2,6%	
<b>Puglia</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	

Fonte: ISTAT, 2002. Elaborazioni Ancitel "Le Misure dei Comuni", 2003.

### 2.3 Offerta di servizi residenziali e a ciclo diurno in Puglia

Anche per i dati relativi alla presenza sul territorio regionale si farà riferimento sia a dati aggregati su base regionale di fonte ISTAT che a dati disaggregati provenienti dagli elenchi regionali delle strutture residenziali e a ciclo diurno che allo stato attuale sono disponibili solo per anziani e per minori. I dati presentati nelle tavole successive (Tavv. V - XIII) sono tutti riferiti al 31.12.1999 ed allo stato attuale non sono disponibili dati più aggiornati di fonte ISTAT su base regionale.

Analizzando esclusivamente la presenza di strutture per prestazioni di tipo residenziale sul territorio regionale si nota che sono presenti in Puglia poco meno di un sesto delle strutture complessivamente presenti nelle regioni meridionali. L'incidenza della Puglia sul totale Mezzogiorno sale per il numero degli assistiti, dato che può essere spiegato con un tasso di utilizzo superiore ed una permanenza media degli assistiti leggermente inferiore della media meridionale.

La capacità del sistema di offerta residenziale pugliese tuttavia non è equidistribuita tra tipologie di utenza, se la si confronta con le altre regioni meridionali e con l'Italia: il 32% degli assistiti in strutture residenziali del Mezzogiorno sono minori, contro appena il 10% a livello nazionale e il 18% a livello pugliese. Si tratta di una differenza che non può essere spiegata solo con le differenti caratteristiche demografiche della popolazione residente e i maggiori indici di anzianità della popolazione residente nelle regioni centrali e settentrionali. Occorre, infatti, chiamare in causa la minore dotazione di strutture residenziali per anziani e dunque la minore capacità di fornire assistenza a tali soggetti. Peraltro, se per l'incidenza degli assistiti adulti (in particolare disabili tra i 18 e i 64 anni) non si notano sostanziali differenze tra l'assistenza residenziale offerta in Puglia e quella garantita a livello nazionale, e se invece sugli anziani tornano evidenti le differenze - solo il 68% degli assistiti in strutture residenziali pugliesi è dato da anziani, a fronte del 76% a livello nazionale - questo può essere spiegato anche con le differenti caratteristiche delle reti familiari e la maggiore propensione a fornire assistenza all'anziano entro le mura domestiche il più a lungo possibile, prima di ricorrere a ricoveri in strutture residenziali.

**Tavola V - Presidi residenziali socioassistenziali, posti letto e assistiti**

	Puglia	Mezzogiorno	Italia
<i>(valori assoluti)</i>			
presidi residenziali	289	1.844	7.505
posti letto	10.857	66.302	329.686
assistiti	8.808	44.483	291.239
- di cui minori	1.557	14.444	28.148
- di cui adulti	1.252	8.151	40.543
- di cui anziani	5.999	28.519	222.548
<i>(valori percentuali sul totale Italia)</i>			
presidi residenziali	3,9	24,6	100,0
posti letto	3,3	20,1	100,0
assistiti	3,0	17,6	100,0
- di cui minori	5,5	51,3	100,0
- di cui adulti	3,1	20,1	100,0
- di cui anziani	2,7	12,8	100,0
<i>(valori percentuali sul totale assistiti)</i>			
assistiti	100%	100%	100%
- di cui minori	18%	32%	10%
- di cui adulti	14%	18%	14%
- di cui anziani	68%	64%	76%

Fonte: ISTAT, 1999.

Il divario rispetto alla capacità di offerta media nazionale è ancora più evidente se il confronto viene effettuato considerando indici standardizzati, quali il numero di posti letto e di assistiti per 10.000 abitanti: in Puglia vi è una dotazione di posti letto per 10.000 abitanti che è pari a meno della metà della dotazione media nazionale e la capacità di assistenza è anch'essa pari a meno della metà della capacità di assistenza media in Italia in strutture residenziali.

**Tavola VI - Posti letto e assistiti nei presidi residenziali socioassistenziali per 10.000 abitanti**

	<b>Puglia</b>	<b>Mezzogiorno</b>	<b>Italia</b>
posti letto	26,6	31,8	57,2
assistiti	21,6	24,5	50,5

Fonte: ISTAT, 1999.

Questi dati, seppure in modo limitato ed aggregato, consentono di cominciare a delineare un fabbisogno di investimenti in infrastrutture sociali sul territorio regionale, per accrescere l'offerta di strutture residenziali, al quale questo Piano ed i conseguenti Piani Sociali di Zona dei Comuni dovranno fornire delle risposte, in coerenza con le priorità strategiche delineate nel successivo Capitolo III e tenendo conto della necessaria evoluzione e differenziazione delle tipologie di strutture residenziali da garantire anche sul territorio pugliese, con attenzione anche alla fascia adolescenziale a rischio di devianza, allo stato non adeguatamente garantita negli ambiti territoriali di provenienza.

**Tavola VII - Presidi residenziali socioassistenziali per tipologia**

	<b>Puglia</b>		<b>Italia</b>	
	<b>presidi</b>	<b>posti letto</b>	<b>presidi</b>	<b>posti letto</b>
<i>(valori assoluti)</i>				
centro di pronta accoglienza	7	476	117	4.241
centro di accoglienza notturna	-	-	13	302
comunità familiare	36	541	463	5.688
comunità educativa per minori	39	627	710	12.816
comunità socio-riabilitativa	12	984	503	19.044
comunità alloggio	18	360	774	15.604
istituto per minori	33	873	475	17.788
residenza assistenziale per anziani	116	5.370	2.517	118.422
RSA per anziani	25	1.512	1.478	118.591
Centro di accoglienza immigrati	-	-	296	4.978
Altro	3	114	159	12.212
<b>TOTALE</b>	<b>289</b>	<b>10.857</b>	<b>7.505</b>	<b>329.686</b>
<i>(valori percentuali)</i>				
centro di pronta accoglienza	2,4	4,4	1,6	1,3
centro di accoglienza notturna	-	-	0,2	0,1
comunità familiare	12,5	5,0	6,2	1,7
comunità educativa per minori	13,5	5,8	9,5	3,9
comunità socio-riabilitativa	4,2	9,1	6,7	5,8
comunità alloggio	6,2	3,3	10,3	4,7
istituto per minori	11,4	8,0	6,3	5,4
residenza assistenziale per anziani	40,1	49,5	33,5	35,9
RSA per anziani	8,7	13,9	19,7	36,0
Centro di accoglienza immigrati	-	-	3,9	1,5
Altro	1,0	1,1	2,1	3,7
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

E proprio rispetto alle tipologie di strutture residenziali è possibile notare alcune differenze marcate tra la composizione dell'offerta a livello nazionale e la composizione dell'offerta residenziale regionale: gli istituti per minori sono presenti ancora in misura quasi doppia rispetto al quadro nazionale, sia pure in presenza di una buona incidenza delle comunità familiari e delle comunità educative per minori, e per contro le comunità alloggio, caratterizzate da moduli abitativi e condizioni di accoglienza e di integrazione sociale assai diversi da quanto un istituto consenta, sono ferme ad una incidenza pari al 6% circa contro il 10% a livello nazionale.

Nel settore delle residenze per anziani si nota una forte incidenza delle residenze assistenziali (le tradizionali case di riposo) che contribuiscono esse stesse a spiegare la minore incidenza delle comunità alloggio, a cui si contrappone una più bassa incidenza rispetto alla media nazionale (8,7% in Puglia contro il 19,8% in Italia) delle RSA per anziani.

In generale, inoltre, bisognerà considerare per tutte le tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali, che la applicazione dei nuovi criteri in materia di autorizzazione di strutture sociali richiederà ai soggetti titolari delle stesse strutture investimenti dedicati per l'adeguamento dei moduli abitativi, delle tipologie di prestazioni erogate e dei contenuti professionali delle stesse prestazioni.

**Tavola VIII - Presidi residenziali socioassistenziali per settore del titolare**

	Puglia		Italia	
	presidi	posti letto	presidi	posti letto
<i>(valori assoluti)</i>				
settore pubblico	56	2.217	2.660	148.024
settore privato sociale (non profit)	197	7.298	3.845	139.929
settore privato (profit)	36	1.343	1.000	41.733
<b>TOTALE</b>	<b>289</b>	<b>10.858</b>	<b>7.505</b>	<b>329.686</b>
<i>(valori percentuali)</i>				
settore pubblico	19,4	20,4	35,4	44,9
settore privato sociale (non profit)	68,2	67,2	51,2	42,4
settore privato (profit)	12,5	12,4	13,3	12,7
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

Analizzando la composizione dell'offerta residenziale in Puglia rispetto alla natura del soggetto titolare delle strutture, si nota che se l'incidenza di soggetti privati titolari di strutture non è sensibilmente diversa rispetto alla media nazionale, invece appare evidente come allo stato attuale sono i soggetti del Terzo Settore, o del privato sociale, a sopperire con le proprie strutture ad una carenza di strutture pubbliche.

Infatti solo il 19% delle strutture residenziali sono pubbliche in Puglia contro il 35% a livello nazionale, e per contro il 68% delle strutture sono di titolarità di soggetti non profit contro il 51% a livello nazionale.

Di seguito viene illustrata l'articolazione dell'offerta di servizi residenziali per tipologie di utenza, guardando distintamente alle strutture per minori, a quelle per disabili ed a quelle per anziani, in modo da confrontare l'offerta regionale con quella nazionale con maggiore dettaglio.

Con riferimento alle strutture per minori, ritorna evidente la maggiore presenza sul territorio regionale di istituti per minori a danno in particolare delle comunità alloggio,

ma anche la minore capacità di queste strutture di accogliere anche minori disabili, nonché trattare i minori del penale.

**Tavola IX - Minori assistiti nei presidi residenziali socioassistenziali per tipologia di utente e di struttura**

	Puglia			Italia		
	minori	di cui stranieri	di cui disabili	minori	di cui stranieri	di cui disabili
<i>(valori assoluti)</i>						
comunità alloggio	61	6	1	2.397	292	88
istituto per minori	608	52	7	10.542	531	322
centro di accoglienza immigrati	-	-	-	1.074	1.043	14
altro	888	100	77	14.135	1.523	1.792
<b>TOTALE</b>	<b>1.557</b>	<b>158</b>	<b>85</b>	<b>28.148</b>	<b>3.389</b>	<b>2.216</b>
<i>(valori percentuali)</i>						
comunità alloggio	3,9	3,8	1,2	8,5	8,6	4,0
istituto per minori	39,0	32,9	8,2	37,5	15,7	14,5
centro di accoglienza immigrati	-	-	-	3,8	30,8	0,6
altro	57,0	63,3	90,6	50,2	44,9	80,9
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

Rispetto alle condizioni di pagamento per i minori assistiti in Puglia vi è una leggera prevalenza rispetto al livello nazionale di minori assistiti a titolo gratuito (85,5% sul totale degli assistiti), ma anche di minori assistiti con il pagamento di retta integrale (11,8% contro il 9% a livello nazionale).

**Tavola X - Minori assistiti nei presidi residenziali socioassistenziali per condizioni di pagamento**

	Puglia	Italia
<i>(valori percentuali)</i>		
con retta integrale	11,8	9,1
con retta parziale	2,7	6,7
a titolo gratuito	85,5	84,2
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

Per quanto riguarda le strutture residenziali per disabili la differenza maggiore tra l'offerta regionale e quella nazionale può essere evidenziata, in particolare, per la carenza di comunità alloggio e di comunità socio-riabilitative in Puglia in misura molto marcata: le comunità alloggio incidono per il 5,4% e le comunità socio-riabilitative per il 26,5% sul totale dell'offerta residenziale pugliese, contro il 14,6% e 39,6% rispettivamente a livello nazionale. Tali carenze, peraltro, non sono condivise dalla Puglia con le altre regioni meridionali, dal momento che per entrambe le tipologie di strutture sia il numero di presidi presenti che il numero di assistiti nel Mezzogiorno è di gran lunga superiore, in termini relativi, al livello nazionale.

Un elemento di preoccupazione può essere individuato nella più alta incidenza pugliese di disabili di età compresa tra i 18 e 64 anni in residenze assistenziali per anziani: potrebbe essere un indicatore della carenza di strutture sociali per disabili adeguatamente attrezzate per l'accoglienza di tali soggetti, che viene surrogata con l'accoglienza in strutture per anziani.



**Tavola XI - Disabili adulti (18 - 64 anni) assistiti nei presidi residenziali socioassistenziali per tipologia di struttura**

	Puglia	Mezzogiorno	Italia
<i>(valori assoluti)</i>			
centro di pronta accoglienza	44	72	202
comunità familiare	17	252	779
comunità socio-riabilitativa	108	2.817	8.885
comunità alloggio	22	761	3.270
residenza assistenziale per anziani	102	562	4.114
RSA per anziani	62	338	3.680
Altro	53	217	1.506
<b>TOTALE</b>	<b>408</b>	<b>5.019</b>	<b>22.436</b>
<i>(valori percentuali)</i>			
centro di pronta accoglienza	10,8	1,4	0,9
comunità familiare	4,2	5,0	3,5
comunità socio-riabilitativa	26,5	56,1	39,6
comunità alloggio	5,4	15,2	14,6
residenza assistenziale per anziani	25,0	11,2	18,3
RSA per anziani	15,2	6,7	16,4
Altro	13,0	4,3	6,7
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

Con riferimento all'offerta di strutture residenziali per anziani ed alla capacità di accoglienza garantita si rileva, come peraltro già anticipato, una presenza sovradimensionata, rispetto al livello nazionale, di residenze assistenziali, a fronte di una carenza marcata di capacità di accoglienza in RSA.

**Tavola XII - Anziani (65 anni e oltre) assistiti nei presidi residenziali socioassistenziali per tipologia di struttura**

	Puglia	Mezzogiorno	Italia
<i>(valori assoluti)</i>			
centro di accoglienza	18	95	300
centro di accoglienza notturna	-	-	50
comunità familiare	12	62	334
comunità socio-riabilitativa	434	1.018	3.779
comunità alloggio	183	1.275	6.414
residenza assistenziale per anziani	4.076	19.637	98.146
RSA per anziani	1.263	5.464	107.075
Altro	13	969	6.450
<b>TOTALE</b>	<b>5.999</b>	<b>28.520</b>	<b>222.548</b>
<i>(valori percentuali)</i>			
centro di pronta accoglienza	0,3	0,3	0,1
centro di accoglienza notturna	-	-	0,02
comunità familiare	0,2	0,2	0,15
comunità socio-riabilitativa	7,2	3,6	1,7
comunità alloggio	3,1	4,5	2,9
residenza assistenziale per anziani	67,9	68,9	44,1
RSA per anziani	21,1	19,2	48,1
Altro	0,2	3,4	2,9
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

Allo stato attuale è, dunque, prefigurabile un'ampia area di prestazioni improprie riconducibili agli anziani gravi che vengono assistiti in residenze prevalentemente

sociali, a fronte di bisogni complessi di assistenza di prestazioni sociali e sanitarie integrate che solo una RSA potrebbe garantire. Per gli anziani assistiti in Puglia pur prevalendo la retta integrale come condizione di pagamento, tuttavia è pari al 9% l'incidenza degli anziani assistiti a titolo gratuito, contro il 4,5% a livello nazionale e il 6,3% per le regioni meridionali.

**Tavola XIII - Anziani (65 anni e oltre) assistiti nei presidi residenziali socioassistenziali per condizioni di pagamento**

	Puglia	Mezzogiorno	Italia
<i>(valori percentuali)</i>			
con retta integrale	63,6	60,7	62,1
con retta pariziale	27,3	33,0	33,26
a titolo gratuito	9,1	6,3	4,59
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: ISTAT, 1999.

Nelle tavole che seguono si presenta la sintesi dei dati forniti dalla Regione Puglia a partire dagli elenchi delle strutture per minori e per anziani che il Settore Servizi Sociali ha gestito fino ad oggi: si tratta di dati parziali, dal momento che non tengono conto di servizi, in particolare quelli a ciclo diurno, che i Comuni realizzano nell'ambito di progetti di intervento con finanziamenti specifici, e di tutte quelle strutture per prestazioni semiresidenziali per le quali non risulta obbligatoria l'iscrizione in uno specifico elenco regionale.

Pur tuttavia, appare interessante la lettura di tali dati con particolare riferimento al dettaglio per ambiti territoriali, che potrà costituire una prima base di riflessione per gli Enti Locali chiamati alla rispettiva programmazione delle politiche sociali in coerenza con il presente Piano Regionale.

Sono illustrati in appendice del presente capitolo i prospetti per ambito territoriale relativi ai dati sintetizzati nelle Tavv. XIV e XV.

**Tavola XIV - Strutture residenziali e semiresidenziali per minori in Puglia**

Tipologia di struttura	strutture
asilo nido	73
centro socioeducativo diurno	45
comunità familiare	130
istituto educativo assistenziale	62
<b>TOTALE</b>	<b>310</b>

Fonte: Regione Puglia, 2003.

**Tavola XV - Strutture residenziali e semiresidenziali per anziani in Puglia**

Tipologia di struttura	strutture	posti letto
casa albergo privata	1	114
casa di riposo	88	2853
casa protetta	39	1497
centro aperto polivalente privato	1	
comunità alloggio	3	28
<b>TOTALE</b>	<b>132</b>	<b>4492</b>

Fonte: Regione Puglia, 2003.

Tra i dati che denunciano una forte carenza di strutture residenziali, si deve evidenziare in particolare il numero ridotto comunità alloggio per anziani, l'assenza della tipologia "gruppo-appartamento" sia minori che per anziani, nonché la carenza di asili nido: in Puglia l'Istituto degli Innocenti calcola nel 2003 che sono disponibili solo 2,7 posti in asilo nido ogni 100 bambini, contro i 7,4 posti quale dato medio italiano, per arrivare ai 18,3 posti per 100 bambini in Emilia Romagna. La conseguenza di questa carenza strutturale si manifesta, tra l'altro, nella lista di attesa che a Bari sale a 391 bambini, su una lista d'attesa complessiva per la Regione Puglia pari a 944 bambini nel 2003.

## 2.4 I servizi per l'infanzia e l'adolescenza in Puglia

Dagli inizi degli anni '70, ovvero dall'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, anche in Puglia, le tematiche minorili costituiscono un ambito peculiare di interesse, benché sia recente - e proprio per effetto della legge n. 285/1997, che ha individuato fra le 15 Città riservatarie, ben tre capoluoghi di Provincia (Bari, Taranto e Brindisi) - la consapevolezza di un ritardo nella definizione di un sistema di interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza. A questo ritardo offre una prima risposta la l. r. 10/1999, che recepisce la 285.

In ogni caso, dall'emanazione del DPR 616/1977, gli Enti locali hanno dovuto realizzare specifici interventi a favore dei minori e delle famiglie, in virtù del trasferimento della materia civile e di quella amministrativa già di competenza dei Servizi della Giustizia Minorile. Ciò ha implicato la gestione di attività di prevenzione del disagio e della devianza, di cura e di tutela per contrastare forme di abbandono morale e materiale, di recupero della famiglia naturale ai propri compiti educativi ed affettivi, o di individuazione di una famiglia affidataria, o di collocazione in strutture socio-assistenziali, ecc., in stretto rapporto con l'Autorità Giudiziaria (Tribunali per i Minorenni e Giudici Tutelari).

Si tratta di interventi ed attività che hanno generato processi culturali, prima ancora che politici, sulle prassi degli Enti locali, spesso abituati a percepire ed identificare la funzione assistenziale con l'erogazione di sussidi economici e/o l'inserimento dei bambini più poveri negli Istituti tradizionali ("per orfani"), dei quali la nostra Regione era, fino ad alcuni anni fa, particolarmente ricca.

Ancora agli inizi degli anni '80, un'indagine del Censis segnalava una situazione allarmante dei Servizi sociali in Puglia: «Per quanto riguarda [...] interventi, servizi e istituzioni socio-assistenziali la Regione Puglia, se si fa eccezione per il sussidio economico, si trova al punto zero. Mancano istituzioni come la comunità alloggio, la comunità terapeutica; gli affidamenti al Servizio Sociale di fatto non si attuano se non come formalità burocratica, non vi è alcuna sensibilità per gli affidamenti (nemmeno 1 a Bari), i CMAS stentano ad avviarsi e in alcune Province esistono solo sulla carta.» (*Il decentramento dei servizi socio-assistenziali*, Roma 1982, p. 375). Forse la valutazione appare eccessivamente negativa, ma non si può negare che il processo di innovazione sia stato effettivamente lento e non certo omogeneo per l'intero territorio regionale.

In questo quadro, un apporto notevole al cambiamento istituzionale è stato determinato dall'inserimento del Servizio Sociale professionale negli organici dei Comuni, e poi, via via, nelle équipes dei principali servizi socio-sanitari (Centri di Salute Mentale, Consultori Familiari, ecc.).

Non è, infatti, casuale che la l. n. 328/2000 e la l. r. n. 17/2003 considerino il Servizio Sociale professionale fra i servizi essenziali e irrinunciabili per le comunità locali.

Secondo i dati (riferiti al 2001) di una recente pubblicazione dell'Ente Italiano di Servizio Sociale, quasi l'80% dei Comuni pugliesi registra la presenza del Servizio Sociale

professionale nel proprio organico, in forma stabile o secondo altre modalità lavorative (contratti di consulenza e/o a termine, part-time, ecc.).

Notevoli, tuttavia, appaiono le differenze fra aree Provinciali: dal 100% di copertura nell'ambito del territorio di Brindisi si scende fino al 65% della Provincia di Foggia. Da questo punto di vista appare improrogabile l'esigenza che gli Enti locali si dotino - con organici adeguati alla popolazione residente - di figure professionali (non solo assistenti sociali) "capaci" - per competenze acquisite e per mandato istituzionale - di tutelare i diritti dei soggetti più fragili, come i bambini e gli adolescenti, ma anche di promuoverne sin dai primi anni di vita, nuove opportunità, forme di partecipazione e di cittadinanza attiva, coinvolgendo tutte le espressioni della comunità (singole persone, famiglie, associazioni, oratori, ecc.).

**Tav. XVI - Distribuzione del Servizio Sociale professionale nei Comuni della Regione**

Provincia	Popolazione residente <sup>(a)</sup>	N. Comuni	Presenza Servizio Sociale professionale <sup>(b)</sup>
Bari	1.541.314	48	43 (89,5%)
Brindisi	403.932	20	20 (100%)
Foggia	677.515	64	42 (65,6%)
Lecce	785.969	97	71 (73,1%)
Taranto	574.766	29	25 (86,2%)
<b>Totale</b>	<b>3.918.430</b>	<b>258</b>	<b>201 (77,9%)</b>

<sup>(a)</sup> Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it) (novembre 2003)

<sup>(b)</sup> I dati, riferiti al 2001, includono i rapporti di lavoro a termine, in convenzione, ecc.. Fonte: Ente Italiano di Servizio Sociale (a cura del), *2° Rapporto sulla situazione del Servizio Sociale*, Roma 2003, p. 422.

In ogni caso, rispetto alla "fotografia anni'70-inizi anni'80" del Censis, la situazione si è notevolmente modificata in senso positivo. se si considerano i dati più recenti concernenti gli affidamenti di minorenni, rilevati da una indagine dell'Istituto degli Innocenti e riferiti al 30 giugno 1999, si osserva che la Puglia realizza un numero significativo di affidamenti eterofamiliari (il 7,2% del totale nazionale) e detiene un primato di quelli intrafamiliari (con il 15,4% del totale).

**Tav. XVII - Affidamenti per tipologia e Regione**

Regione	Affidati eterofamiliari per Regione di residenza al 30.6.99	Affidati intrafamiliari per Regione di residenza al 30.6.99
Piemonte	513 (11,0%)	638 (12,1%)
Valle d'Aosta	17 (0,4%)	30 (0,6%)
Liguria	268 (5,7%)	187 (3,5%)
Lombardia	980 (21,0%)	641 (12,1%)
Trentino Alto Adige	162 (3,5%)	136 (2,6%)
Veneto	293 (6,3%)	378 (7,2%)
Friuli Venezia Giulia	62 (1,3%)	85 (1,6%)
Emilia Romagna	539 (11,5%)	382 (7,2%)
Toscana	349 (7,5%)	263 (5,0%)
Umbria	54 (1,2%)	68 (1,3%)
Marche	134 (2,9%)	109 (2,1%)
Lazio	343 (7,3%)	395 (7,5%)
Abruzzo	10 (0,2%)	37 (0,7%)
Molise	4 (0,1%)	4 (0,1%)
<b>Puglia</b>	<b>334 (7,2%)</b>	<b>812 (15,4%)</b>
Basilicata	20 (0,4%)	72 (1,4%)
Campania	213 (4,6%)	333 (6,3%)
Calabria	46 (1,0%)	63 (1,2%)
Sicilia	207 (4,4%)	310 (5,9%)
Sardegna	120 (2,6%)	337 (6,4%)
<b>Totale</b>	<b>4.668 (100,0%)</b>	<b>5.280 (100,0%)</b>

Fonte: Istituto degli Innocenti (a cura dello), *Affidamento familiare*, Firenze 2002

Elemento, questo, che evidentemente conferma una forte capacità di tenuta delle reti familiari nelle situazioni di grave disagio.

È peraltro interessante osservare altri primati positivi della Puglia: «Gli enti titolari di interventi nel settore dell'affidamento familiare che dal 1° gennaio al 30 giugno 1999 hanno avuto in carico almeno un progetto di affidamento familiare - in corso o concluso - risultano in termini assoluti 1.027. La distribuzione per Regione è tutt'altro che omogenea sul territorio nazionale: la Puglia è la Regione che registra il maggior numero di unità (ovvero 163), cui seguono, a una distanza tra loro ravvicinata, la Lombardia (con 120 servizi) e la Sicilia (con 112 servizi); sull'altro versante invece si distingue soprattutto il Molise con solamente tre servizi» (op. cit., p. 175).

Inoltre, in Puglia - Regione che, rispetto alle altre, risulta aver realizzato, e/o in corso di realizzazione nel periodo 1.1.98-30.6.99, un maggior numero di campagne di sensibilizzazione delle comunità locali - appare molto più elevata della media nazionale la percentuale di servizi che affrontano con équipe interistituzionali le situazioni di affido.

**Tav. XVIII - Tipo di équipe permanente per la gestione dell'affidamento familiare (valori percentuali)**

Équipe permanente	Nessuna	Interna al servizio	Interistituzionale	Entrambe	Totale	N. servizi
Puglia	42,3	12,3	45,4	-	100,0	163
Italia	62,7	18,2	18,8	0,3	100,0	1026*

Fonte: elaborazione da Istituto degli Innocenti (a cura dello), *Affidamento familiare*, cit., p. 276

\*In un caso, pari allo 0,1% del totale complessivo, non è stata fornita risposta

E, benché nella gestione di tali situazioni sia forte la preminenza degli Enti locali rispetto ai Consultori Familiari, vi è sicuramente una crescita delle prassi di collaborazione fra Servizi locali, anche mediante la diffusione di protocolli di intese ed accordi formali.

**Tav. XIX - Tipologia ente titolare della gestione dell'affidamento (valori percentuali)**

Ente	Comune	Azienda ASL	Altro	Totale	N. servizi
Puglia	69,9	29,4	0,6	100,0	163
Italia	61,5	35,8	2,7	100,0	1027

Fonte: elaborazione da Istituto degli Innocenti (a cura dello), *Affidamento familiare*, cit., p. 275

Un'indagine realizzata in proposito dalla Prefettura di Bari nel 1992 e ripetuta nel 1994 già registrava, per la Provincia di Bari la diffusione di tale pratica.

Comuni e Consultori Familiari che, al momento della prima rilevazione (1992), risultavano aver adottato un protocollo di intese	Comuni che, al momento della seconda rilevazione (1994), hanno segnalato di aver stabilito contatti con la USL per l'adozione di un protocollo di intese	Consultori Familiari che al momento della seconda rilevazione hanno segnalato di aver stabilito contatti con il Comune per l'adozione di un regolamento e/o di un protocollo di intese
3 Comuni e 2 Consultori Familiari	13	10

Fonte: Prefettura di Bari, *Servizi locali, minori, affidamento familiare in Provincia di Bari*, in "La Rivista di Servizio Sociale", n.1/99.

**2.4.1 La l. n. 216/91: alcuni dati**

Un "passaggio" significativo delle politiche a favore dei minori, fra gli anni '70 - epoca di *costruzione* delle Regioni - e l'attualità, costituita principalmente dalle esperienze attuate ai sensi della l. n. 285/97, è rappresentato dalle attività realizzate con i contributi di cui alla l.n. 216/91.

Si tratta di una normativa importante perché, insieme con il DPR. n. 309/90, relativo alla prevenzione, recupero e cura delle dipendenze, ha finanziato per circa un

decennio programmi di intervento - orientati prioritariamente alla prevenzione (art. 2) ed in misura più limitata al recupero di minori devianti, ovvero già entrati nel circuito penale come autori di reati (art. 4) - contribuendo in modo significativo a diffondere la cultura del "lavoro per progetti", in un'ottica di rete di assistenza e di interventi comunitari.

La l. n. 216/91 ha previsto una precisa tipologia di interventi per la prevenzione delle forme di devianza:

- a) attività di accoglienza di minori per i quali si sia reso necessario l'allontanamento temporaneo dall'ambiente familiare;
- b) sostegno alla famiglia;
- c) realizzazione di centri di incontro e di presenza nei quartieri a rischio;
- d) attività realizzate nell'ambito delle strutture scolastiche in orari extra-curricolari;
- e) concessione in uso, ad Enti pubblici e privati, di edifici, strutture o aree demaniali, per l'attuazione degli interventi di cui ai punti a, b, c, d.

In assenza di dati regionali, si riportano alcuni elementi emersi da una recente indagine curata dalla Prefettura di Bari (*Gli interventi di prevenzione della devianza minorile in Provincia di Bari. Osservazioni sull'applicazione dell'articolo 2 della l. 216/91*, Bari 2003), che rappresenta un primo bilancio di 10 anni di esperienze, spesso innovative e di certo realizzate anche nelle altre Province della Puglia.

Nel periodo 1991-99 sono state presentate, ai sensi dell'articolo 2, 833 domande di contributo ed ammesse 195. Il dato relativo al numero dei progetti effettivamente realizzati (151) evidenzia sicuramente difficoltà attuative, connesse oltre che ai meccanismi di trasferimento dei finanziamenti (per le procedure previste, entro tempi ristretti), anche a una debolezza ad implementare le attività progettate da parte degli Enti proponenti.

**Tav. XX - Distribuzione relativa al numero di istanze presentate da Enti pubblici e privati della Provincia di Bari ed ammesse a finanziamento, dal 1991 al 1999 (art. 2)**

Anni finanziari 1991-1999	Progetti presentati e approvati		Enti richiedenti <sup>(a)</sup>		Progetti approvati <sup>(b)</sup>		Progetti realizzati <sup>(c)</sup>	
	N. progetti presentati	N. progetti approvati	N. Enti pubblici	N. Enti privati	di Enti pubblici	di Enti privati	da Enti pubblici	da Enti privati
Totale	833 (100%)	195 (23,4%)	384 (46%)	449 (54%)	102 (52,3%)	93 (47,7%)	73 (76,5%)	78 (78,5%)

<sup>(a)</sup> Le percentuali si riferiscono al totale dei progetti presentati (n. 833)

<sup>(b)</sup> Le percentuali si riferiscono al numero dei progetti approvati (195)

<sup>(c)</sup> Le percentuali si riferiscono al numero dei progetti approvati (102 e 93)

Fonte: Prefettura di Bari, 2003.

In termini finanziari, la mancata (o parziale) realizzazione di progetti ha comportato una perdita di circa il 40% dei contributi concessi (oltre 27 miliardi di lire, nel periodo 1991-99), sia da parte degli Enti pubblici (e cioè, nella maggioranza dei casi, di Comuni) che di Enti del Terzo Settore (Cooperative, Associazioni, Parrocchie).

**Tav. XXI - Distribuzione relativa ai finanziamenti ex-art. 2 della l. 216/91 assegnati/utilizzati/non utilizzati, disaggregati per Enti pubblici e privati della Provincia di Bari, dal 1991 al 1999**

	Settore	Tot. finanziamento art. 2 Provincia di Bari	Totale finanziamento erogato	Totale finanziamento residuo
Totale 1991-99	Pubblico	L. 14.448.352.000 (53%) (100%)	L. 8.853.990.581 (52,6%) (61,8%)	L. 5.594.361.419 (54%) (38,7%)
	Privato	L. 12.763.004.205 (47%) (100%)	L. 7.988.572.806 (47,4%) (62,6%)	L. 4.774.431.399 (46%) (37,4%)
	Totale	L. 27.211.356.205 (100%) (100%)	L. 16.842.563.387 (100%) (61,9%)	L. 10.368.792.818 (100%) (38,1%)

La prima percentuale si riferisce al totale dei finanziamenti (Pubblico+Privato) assegnati/erogati/residui; la seconda percentuale, invece, si riferisce ai finanziamenti degli Enti del settore pubblico o privato, erogati e residui, in rapporto agli importi della prima colonna (finanziamenti assegnati: Pubblico, Privato, Totale)

Fonte: Prefettura di Bari, 2003.

Nonostante questi limiti, le sperimentazioni realizzate, spesso confluite nell'attuazione della progettazione di cui alla l.n. 285/1997, rappresentano un patrimonio significativo di esperienze e di "buone prassi", che hanno registrato l'interazione fra Comuni, Scuole, Cooperative, Associazioni, Parrocchie, ecc. sin dalla fase dell'elaborazione dei progetti e poi in quella dell'attuazione.

Anche il numero dei minori coinvolti è stato sicuramente elevato e la durata media delle attività socio-educative realizzate è stata significativa.

L'indagine citata sottolinea:

«Prendendo in esame il triennio più recente [...] e considerando alcuni indicatori (attività, costo dei progetti realizzati integralmente/parzialmente e numero dei minori coinvolti) è possibile rilevare (cfr. Tab.):

- la prevalenza delle attività di cui ai punti "c" e "d" della tipologia delineata dalla legge;
- il costo medio delle singole attività nel periodo considerato (che è di circa L. 56.000.000);
- il numero (sia pure approssimato per difetto) dei minori coinvolti nelle attività ed il costo medio dei progetti per minore.

Si tratti di dati "grezzi" e parziali [...]. Nonostante ciò, appare evidente come il costo complessivo dei progetti, benché crescente nel triennio, sia contenuto - soprattutto ove si consideri il numero elevato (ancorché incompleto) dei minori coinvolti in attività educative e di socializzazione, la cui durata non è stata, nella maggioranza dei casi, inferiore ai 9-10 mesi.

**Tav. XXII - Distribuzione relativa alla tipologia delle attività realizzate ai sensi dell'art. 2 della l. n. 216/91, nel triennio 1997-99, in rapporto ai contributi assegnati/erogati e al numero dei minori coinvolti.**

Anno Finanziario	Tipologia attività <sup>(*)</sup>				Contributo assegnato/erogato <sup>(**)</sup>	N. minori coinvolti e costo medio progetti/minori
	a	b	c	d		
1997 progetti attuati integr./parz. = 19	1	1	17	6	assegnato: L. 1.556.777.000 erogato: L. 1.380.195.746	1361 (dato parziale: non quantificabile in due progetti)
1998 progetti attuati integr./parz. = 15			13	4	assegnato: L. 1.039.454.000 erogato: L. 890.616.084	586 (dato parziale: non quantificabile in due progetti)
1999 progetti attuati integr./parz. = 17		3	15	2	assegnato: L. 1.288.238.450 erogato: L. 1.193.327.895	680 (dato parziale: non quantificabile in un progetto)
Totale N. progetti = 51	1	4	45	12	assegnato: L. 3.884.469.450 erogato: L. 3.464.139.725	Costo medio per minore: 1997- L. 1.014.105 1998- L. 1.519.823 1999 - L. 1.754.894 1997-99 = L. 1.429.608
Totale a+b+c+d costo medio attività 1997-99	62					
	L. 55.873.222					

(\*) Le attività non coincidono numericamente con i progetti poiché, in alcuni casi, sono state ammesse a finanziamento più interventi nell'ambito di uno stesso progetto.

(\*\*) Le cifre indicate fanno riferimento (in particolare per gli anni 1998-99) ad importi rendicontati, a volte parzialmente erogati, e comunque passibili di eventuale rideterminazione a seguito di verifiche contabili ed amministrative tuttora in corso.

Peraltro, operando un confronto con un analogo tentativo di valutazione del rapporto

$$\frac{\text{contributo erogato}}{\text{N. minori x periodo di attuazione del progetto}}$$

realizzato nei primi anni di applicazione della legge in Provincia di Bari, si registra una tendenza al contenimento dei costi dei progetti.»

Fonte: Prefettura di Bari, 2003.

## 2.5 Gli interventi per le dipendenze

Nel 2002 gli utenti in carico ai SER.T. in Puglia evidenziano una situazione tendenzialmente stabile rispetto agli anni precedenti; 10.262 utenti, di cui il 20% circa sono nuovi utenti, mentre l'80% sono utenti già in carico. I trattamenti che sono stati erogati interessano sia l'ambito psico-sociale e/o riabilitativo che l'ambito farmacologico. Il prospetto che segue illustra la distribuzione dei trattamenti per tipologie di strutture in cui gli stessi sono stati erogati.

### Tav. XXIII - Trattamenti erogati per soggetti con dipendenze

Tipo di trattamento	SERT	Strutture riabilitative	Carcere
Psico-sociale e/o riabilitativo	13.522	610	2.394
Sostegno psicologico	7.427	680	1.082
Psicoterapia	3.409	29	90
Interventi di servizio sociale	14.152	420	1.932
Farmacologico	14.593	1.161	489
<b>Totale</b>	<b>53.103</b>	<b>2.900</b>	<b>5.987</b>

La rete dei servizi ha quale articolazione principale la rete dei SERT, che nel 2002 risultavano in numero pari a 56, contro i 48 servizi territoriali che dovrebbero essere presenti in seguito alla istituzione dei distretti sanitari.

Nel 2002 il numero di operatori impegnati nella rete dei SERT era pari a 387 unità, di cui 86 medici, 74 psicologi, 78 infermieri ed assistenti sanitari, 91 tra assistenti sociali ed educatori.

Le strutture di tipo terapeutico sul territorio pugliese, così come emerge dall'albo regionale, istituito ai sensi dell'art. 116 del D.P.R. n. 309/90 sono le seguenti:

### Tav. XXIV- Comunità terapeutiche operanti in Puglia.

Tipologia strutture	Num. strutture
strutture residenziali di area terapeutico-riabilitativo	21
strutture semiresidenziali di area terapeutico-riabilitativo	8
strutture residenziali di area pedagogico-riabilitativo	21
strutture semiresidenziali di area pedagogico-riabilitativo	1
strutture di area territoriale	5
<b>Totale</b>	<b>56</b>

Fonte: Regione Puglia, Assessorato Sanità e Servizi Sociali, 2003.



Gli interventi di prevenzione e di lotta alle tossicodipendenze sono stati finanziati prevalentemente con il Fondo per la Lotta alla droga, di cui nel corso dell'anno 2002 sono state impegnate le risorse a valere sulle disponibilità degli esercizi finanziari 1997, 1998, 1999: sono stati, infatti, approvati i progetti triennali presentati dai Comuni e contestualmente si è provveduto a finanziare la prima annualità di tali progetti.

**Appendice al Cap. II - Distribuzione delle IPAB per ambito territoriale**

COMUNI	ASL	Distretto	Numero comuni	Totale
Andria	BA/1	Distr. n. 1	1	1
Canosa di Puglia	BA/1	Distr. n. 2	3	1
Terlizzi	BA/1	Distr. n. 3	3	3
Barletta	BA/2	Distr. n. 1	1	2
Trani	BA/2	Distr. n. 2	2	6
Molfetta	BA/2	Distr. n. 3	2	1
Altamura	BA/3	Distr. n. 1	4	2
Grumo Appula	BA/3	Distr. n. 2	7	5
Bari	BA/4	Distr. n. 1, 2, 3	1	2
Bitonto	BA/4	Distr. n. 4	4	8
Triggiano	BA/4	Distr. n. 5	5	1
Mola di Bari	BA/4	Distr. n. 6	3	1
Conversano	BA/5	Distr. n. 1	3	6
Gioia del Colle	BA/5	Distr. n. 2	4	2
Putignano	BA/5	Distr. n. 3	5	4
Brindisi	BR/1	Distr. n. 1	1	
Fasano	BR/1	Distr. n. 2	4	3
FrancaVilla Fontana	BR/1	Distr. n. 3	6	1
Mesagne	BR/1	Distr. n. 4	9	1
S. Severo	FG/1	Distr. n. 1	8	5
San Marco in Lamis	FG/1	Distr. n. 2	3	4
Vico del Gargano	FG/1	Distr. n. 3	9	3
Manfredonia	FG/2	Distr. n. 1	3	2
Margherita di Savoia	FG/2	Distr. n. 2	4	1
Cerignola	FG/2	Distr. n. 3	6	
Foggia	FG/3	Distr. n. 1 e 2	1	6
Lucera	FG/3	Distr. n. 3	14	4
Troia	FG/3	Distr. n. 4	16	8
Lecce	LE/1	Distr. n. 1	1	3
Campi Salentina	LE/1	Distr. n. 2	11	1
Nardò	LE/1	Distr. n. 3	6	1
Martano	LE/1	Distr. n. 4	13	4
Galatina	LE/1	Distr. n. 5	9	2
Gallipoli	LE/2	Distr. n. 1	8	3
Maglie	LE/2	Distr. n. 2	12	
Poggiardo	LE/2	Distr. n. 3	16	4
Casarano	LE/2	Distr. n. 4	7	
Gagliano del Capo	LE/2	Distr. n. 5	14	4
Ginosa	TA/1	Distr. n. 1	4	3
Massafra	TA/1	Distr. n. 2	4	4
Taranto	TA/1	Distr. n. 3 e 4	1	3
Martina Franca	TA/1	Distr. n. 5	2	4
Grottaglie	TA/1	Distr. n. 6	11	
Manduria	TA/1	Distr. n. 7	7	
<b>REGIONE PUGLIA</b>			<b>258</b>	<b>119</b>

Fonte: Regione Puglia, 2003.

**Appendice al Cap. II - Distribuzione delle organizzazioni di volontariato per ambito territoriale**

COMUNI	ASL	Distretto	Numero comuni	protezione civile	socio sanitaria	socio culturale	socio educativa	solidarietà sociale	Totale
Andria	BA/1	Distr. n. 1	1		5			3	8
Canosa di Puglia	BA/1	Distr. n. 2	3		3			3	6
Terlizzi	BA/1	Distr. n. 3	3		7	2		2	11
Barletta	BA/2	Distr. n. 1	1	2	3	3		1	9
Trani	BA/2	Distr. n. 2	2	2	3	1		2	8
Molfetta	BA/2	Distr. n. 3	2	1	3		1	4	9
Altamura	BA/3	Distr. n. 1	4		7	3	1	2	13
Grumo Appula	BA/3	Distr. n. 2	7		3	1		1	5
Bari	BA/4	Distr. n. 1, 2, 3	1	2	29	4	1	15	51
Bitonto	BA/4	Distr. n. 4	4		5			3	8
Triggiano	BA/4	Distr. n. 5	5	1	7	1		3	12
Mola di Bari	BA/4	Distr. n. 6	3	1	1			4	6
Conversano	BA/5	Distr. n. 1	3	1	5			4	10
Gioia del Colle	BA/5	Distr. n. 2	4		4	1		2	7
Putignano	BA/5	Distr. n. 3	5	1	7	2		3	13
Brindisi	BR/1	Distr. n. 1	1	1	2	2	1	3	9
Fasano	BR/1	Distr. n. 2	4	4	5	1			10
Franca Villa Fontana	BR/1	Distr. n. 3	6	4	2	2		4	12
Mesagne	BR/1	Distr. n. 4	9	5	4		1	3	13
S. Severo	FG/1	Distr. n. 1	8	4	9			2	15
San Marco in Lamis	FG/1	Distr. n. 2	3	2		1		4	7
Vico del Gargano	FG/1	Distr. n. 3	9	2					2
Manfredonia	FG/2	Distr. n. 1	3	2	1			5	8
Margherita di Savoia	FG/2	Distr. n. 2	4		3			2	5
Cerignola	FG/2	Distr. n. 3	6		6			1	7
Foggia	FG/3	Distr. n. 1 e 2	1	1	14			9	24
Lucera	FG/3	Distr. n. 3	14	2	3			6	11
Troia	FG/3	Distr. n. 4	16	3	9				12
Lecce	LE/1	Distr. n. 1	1	2	17	2	2	7	30
Campi Salentina	LE/1	Distr. n. 2	11	5	12	3		4	24
Nardò	LE/1	Distr. n. 3	6	6	7	1		3	17
Martano	LE/1	Distr. n. 4	13	6	7	2		2	17
Galatina	LE/1	Distr. n. 5	9	7	4	1			12
Gallipoli	LE/2	Distr. n. 1	8	5	3	3	1	2	14
Maglie	LE/2	Distr. n. 2	12	6	4				10
Poggiardo	LE/2	Distr. n. 3	16	3	2			1	6
Casarano	LE/2	Distr. n. 4	7	7	5	4		3	19
Gagliano del Capo	LE/2	Distr. n. 5	14	7	2	1		7	17
Ginosa	TA/1	Distr. n. 1	4	2	1			1	4
Massafra	TA/1	Distr. n. 2	4	5	3			2	10
Taranto	TA/1	Distr. n. 3 e 4	1		8	1		10	19
Martina Franca	TA/1	Distr. n. 5	2	2	3	1	1	2	9
Grottaglie	TA/1	Distr. n. 6	11	2	5			3	10
Manduria	TA/1	Distr. n. 7	7	1	7				8
<b>REGIONE PUGLIA</b>			<b>258</b>	<b>107</b>	<b>240</b>	<b>43</b>	<b>9</b>	<b>138</b>	<b>537</b>

Fonte: Regione Puglia, 2003.

**Appendice al Cap. II - Distribuzione delle strutture sociali residenziali e a ciclo diurno per minori**

COMUNI	ASL	Distretto	Numero comuni	Asilo nido	Centro Socio Educativo Culturale Diurno	Comunità di tipo familiare	Istituto Educativo Assistenziale	Totale
Andria	BA/1	Distr. n. 1	1				1	1
Canosa di Puglia	BA/1	Distr. n. 2	3				1	1
Terlizzi	BA/1	Distr. n. 3	3	1		1	2	4
Barletta	BA/2	Distr. n. 1	1	2				2
Trani	BA/2	Distr. n. 2	2	1	1		4	6
Molfetta	BA/2	Distr. n. 3	2		4	5	2	11
Altamura	BA/3	Distr. n. 1	4			5	2	7
Grumo Appula	BA/3	Distr. n. 2	7	2	1			3
Bari	BA/4	Distr. n. 1, 2, 3	1	6	9	16	9	40
Bitonto	BA/4	Distr. n. 4	4					0
Triggiano	BA/4	Distr. n. 5	5			1		1
Mola di Bari	BA/4	Distr. n. 6	3				1	1
Conversano	BA/5	Distr. n. 1	3		1			1
Gioia del Colle	BA/5	Distr. n. 2	4		2			2
Putignano	BA/5	Distr. n. 3	5	2			1	3
Brindisi	BR/1	Distr. n. 1	1		3	6	4	13
Fasano	BR/1	Distr. n. 2	4	1	1	3	4	9
Francavilla Fontana	BR/1	Distr. n. 3	6		1	1	6	8
Mesagne	BR/1	Distr. n. 4	9	1	1	7		9
S. Severo	FG/1	Distr. n. 1	8	1	2			3
San Marco in Lamis	FG/1	Distr. n. 2	3			1	1	2
Vico del Gargano	FG/1	Distr. n. 3	9				2	2
Manfredonia	FG/2	Distr. n. 1	3			1	1	2
Margherita di Savoia	FG/2	Distr. n. 2	4					0
Cerignola	FG/2	Distr. n. 3	6				2	2
Foggia	FG/3	Distr. n. 1 e 2	1	1	6	12	1	20
Lucera	FG/3	Distr. n. 3	14		1	5	1	7
Troia	FG/3	Distr. n. 4	16			2	1	3
Lecce	LE/1	Distr. n. 1	1	7	2	16	6	31
Campi Salentina	LE/1	Distr. n. 2	11	2			2	4
Nardò	LE/1	Distr. n. 3	6					0
Martano	LE/1	Distr. n. 4	13	1		2		3
Galatina	LE/1	Distr. n. 5	9	2		2	1	5
Gallipoli	LE/2	Distr. n. 1	8			4		4
Maglie	LE/2	Distr. n. 2	12			1		1
Poggiardo	LE/2	Distr. n. 3	16	1				1
Casarano	LE/2	Distr. n. 4	7	2	1			3
Gagliano del Capo	LE/2	Distr. n. 5	14	1	1	5	1	8
Ginosa	TA/1	Distr. n. 1	4			1		1
Massafra	TA/1	Distr. n. 2	4			2		2
Taranto	TA/1	Distr. n. 3 e 4	1	1	6	28	4	39
Martina Franca	TA/1	Distr. n. 5	2	1	2			3
Grottaglie	TA/1	Distr. n. 6	11	1		2	2	5
Manduria	TA/1	Distr. n. 7	7			1		1
<b>REGIONE PUGLIA</b>			<b>258</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>130</b>	<b>62</b>	<b>274</b>

Fonte: Regione Puglia, 2003.

**Appendice al Cap. II - Distribuzione delle strutture sociali residenziali e a ciclo diurno per anziani**

COMUNI	ASL	Distretto	Numero comuni	Casa Albergo Privata	Posti letto	Casa di Riposo	Posti letto	Casa Protetta	Posti letto	Centro Aperto Polivalente Privato	Posti letto	Comunità Alloggio	Posti letto	Totale centri	Totale posti letto
Andria	BA/1	Distr. n. 1	1			1	52							1	52
Canosa di Puglia	BA/1	Distr. n. 2	3			1	25							1	25
Terlizzi	BA/1	Distr. n. 3	3			7	250	3	103	1	0			11	353
Barletta	BA/2	Distr. n. 1	1											0	0
Trani	BA/2	Distr. n. 2	2			3	94							3	94
Molfetta	BA/2	Distr. n. 3	2			2	137	1	22					3	159
Altamura	BA/3	Distr. n. 1	4			2	35	2	87					4	122
Grumo Appula	BA/3	Distr. n. 2	7			2	45	2	109					4	154
Bari	BA/4	Distr. n. 1, 2, 3	1			4	107	3	126					7	233
Bitonto	BA/4	Distr. n. 4	4			2	87							2	87
Triggiano	BA/4	Distr. n. 5	5			2	77							2	77
Mola di Bari	BA/4	Distr. n. 6	3			1	26	4	233					5	259
Conversano	BA/5	Distr. n. 1	3			1	35					1	10	2	35
Gioia del Colle	BA/5	Distr. n. 2	4			3	65	2	122					5	187
Putignano	BA/5	Distr. n. 3	5			5	214	2	29					7	243
Brindisi	BR/1	Distr. n. 1	1			2	82							2	82
Fasano	BR/1	Distr. n. 2	4			5	161	1	60					6	221
Francavilla Fontana	BR/1	Distr. n. 3	6			2	69							2	69
Mesagne	BR/1	Distr. n. 4	9			2	25							2	25
S. Severo	FG/1	Distr. n. 1	8			2	66	1	9					3	75
San Marco in Lamis	FG/1	Distr. n. 2	3	1	114									1	114
Vico del Gargano	FG/1	Distr. n. 3	9											0	0
Manfredonia	FG/2	Distr. n. 1	3			2	75							2	75
Margherita di Savoia	FG/2	Distr. n. 2	4			1	25							1	25
Cerignola	FG/2	Distr. n. 3	6			1	10							1	10
Foggia	FG/3	Distr. n. 1 e 2	1			3	200							3	200
Lucera	FG/3	Distr. n. 3	14			2	68							2	68
Troia	FG/3	Distr. n. 4	16			3	127							3	127
Lecce	LE/1	Distr. n. 1	1			5	91	2	92					7	183
Campi Salentina	LE/1	Distr. n. 2	11			4	42	5	138			1	10	10	180
Nardò	LE/1	Distr. n. 3	6			1	25							1	25
Martano	LE/1	Distr. n. 4	13			2	18	2	25					4	43
Galatina	LE/1	Distr. n. 5	9			2	58							2	58
Gallipoli	LE/2	Distr. n. 1	8			2	74	2	75					4	149
Maglie	LE/2	Distr. n. 2	12					1	72			1	8	2	72
Poggiardo	LE/2	Distr. n. 3	16			1	23							1	23
Casarano	LE/2	Distr. n. 4	7			2	111	1	30					3	141
Gagliano del Capo	LE/2	Distr. n. 5	14			4	90	1	14					5	104
Ginosa	TA/1	Distr. n. 1	4					1	32					1	32
Massafra	TA/1	Distr. n. 2	4											0	0
Taranto	TA/1	Distr. n. 3 e 4	1			1	58	3	119					4	177
Martina Franca	TA/1	Distr. n. 5	2											0	0
Grottaglie	TA/1	Distr. n. 6	11			1	19							1	19
Manduria	TA/1	Distr. n. 7	7			2	87							2	87
<b>REGIONE PUGLIA</b>			<b>258</b>	<b>1</b>	<b>114</b>	<b>88</b>	<b>2853</b>	<b>39</b>	<b>1497</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>28</b>	<b>132</b>	<b>4464</b>

Fonte: Regione Puglia, 2003.

### **Capitolo III**

## **Le scelte strategiche per le politiche sociali regionali in Puglia**

### **3.1 Dal Piano Sociale Nazionale al Piano Regionale delle Politiche Sociali**

Il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003, in attuazione della l. n. 328/00, ha posto alcuni punti fermi nella programmazione delle politiche sociali nel Paese, definendo necessaria un'azione di cambiamento culturale, evidenziando alcune priorità d'intervento e proponendo delle indicazioni operative per lo sviluppo del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Il Piano nazionale ha confermato la definizione delle politiche sociali come politiche universalistiche, rivolte alla generalità dei cittadini, definendo contestualmente la priorità d'accesso al sistema integrato per le persone e per le famiglie in condizione di particolare bisogno.

Con l'applicazione del principio di sussidiarietà verticale (fra le Istituzioni pubbliche) e orizzontale (fra Istituzioni pubbliche e soggetti della cittadinanza sociale), il Piano ha inteso definire la collaborazione fra le Regioni e gli Enti locali quale elemento fondante il processo di costruzione del sistema integrato, valorizzando come funzione di cittadinanza attiva le espressioni organizzate della società civile - dalla cooperazione sociale al volontariato, dalle associazioni di promozione sociale al mutuo-auto-aiuto - considerati fattori importanti per la costituzione di un sistema solidaristico sul territorio.

Il Piano di azione nazionale contro la povertà e l'inclusione sociale ha ulteriormente definito lo sviluppo delle politiche sociali nel Paese richiamando i principali interventi realizzati a livello nazionale e regionale in applicazione della l. n. 328/2000 e sottolineando la necessità di procedere all'integrazione delle politiche d'intervento, comprese quelle per il lavoro e per lo sviluppo locale.

Le modifiche introdotte dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 rinforzano questi principi generali, valorizzandoli nella prospettiva dei *diritti civili e sociali*.

Pertanto è a pieno titolo che ad essi s'ispira la politica sociale della Regione Puglia, che con la l.r. n. 17/2003 sul "Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali in Puglia", ha voluto disegnare un sistema regionale di *cittadinanza sociale* per tutti i cittadini del territorio pugliese e per coloro che vi dimorano stabilmente, fondato sul riconoscimento e sul ruolo della persona e della famiglia quale nucleo essenziale della società.

In base alle considerazioni evidenziate si definisce compiutamente la finalità generale del **Piano Regionale delle Politiche Sociali**:

1. individuare scelte strategiche ed integrate di politica sociale per il territorio della Regione Puglia applicando i principi della l.r. n. 17/2003 "Sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia";
2. razionalizzare in base a tali scelte il sistema sociale esistente, attraverso l'indicazione di azioni di sistema capaci di sviluppare un circolo virtuoso di efficacia ed efficienza nella programmazione e nella gestione degli interventi;

3. promuovere il protagonismo degli attori della rete integrata di interventi e servizi sociali, sostenendo la pianificazione locale attraverso i Piani di Zona, definiti per ambiti territoriali;
4. distribuire in maniera omogenea sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza.

Il Piano è, quindi, una guida per le Amministrazioni locali e un punto di riferimento per gli operatori dei servizi alla persona, per applicare localmente i principi della legge 328/2000 secondo il sistema integrato definito dalla l.r. n. 17/2003.

### 3.2 Le scelte strategiche e gli obiettivi prioritari

Il Piano Regionale assume alcune linee d'indirizzo generali quali *scelte strategiche* di programmazione regionale delle politiche sociali, in coerenza con le indicazioni della l.r. n. 17/2003:

**politiche a favore delle famiglie**, tese a supportare i nuclei familiari nel lavoro di cura rivolto in particolare *ai componenti fragili: minori, anziani e disabili*, nonché a sostenere le coppie, la genitorialità e i percorsi di educazione dei figli, attraverso interventi che favoriscano:

1. la **domiciliarità** e tutte le prestazioni capaci di sostenere le modalità di assistenza domiciliare, ivi incluse le misure di sostegno al reddito per le figure di cura all'interno del nucleo familiare (*welfare domiciliare*);
2. le diverse forme di **aiuto e di sostegno alla famiglia e alla persona**, quali i servizi comunitari, a ciclo diurno e residenziali, capaci di accogliere i soggetti deboli in alcune fasi del percorso quotidiano di assistenza, di affiancare le cure domiciliari con altre attività riabilitative, sociali, ricreative, nonché di accogliere i soggetti con particolari fragilità e in situazioni di non autosufficienza quando non è possibile la permanenza nel nucleo familiare (*welfare comunitario e welfare residenziale*);

**politiche per l'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza**, rivolte a creare un sistema di welfare universalistico, capace di offrire a tutti gli individui percorsi di inclusione sociale, promuovendo l'esercizio dei *diritti di cittadinanza*, attraverso interventi che favoriscano:

1. l'**accessibilità** per tutti gli individui e i nuclei familiari di una comunità locale e l'esercizio dei diritti di cittadinanza, attraverso servizi di comunicazione sociale e per l'accesso alla rete dei servizi, l'analisi dei bisogni e l'orientamento alla scelta dei servizi (*welfare d'accesso*);
2. politiche per la **rimozione del disagio**, in particolare per i soggetti svantaggiati e a rischio di esclusione sociale, sia nella fase della prima accoglienza (pronto intervento sociale o *welfare d'emergenza*) che nella costruzione di percorsi di reinserimento sociale (soggetti con dipendenze, area della salute mentale, immigrati, soggetti sottoposti a tutela giudiziaria e loro famiglie);
3. politiche di **contrasto alla povertà**, capaci di integrare le altre politiche di cura e di inclusione sociale, con misure di sostegno al reddito per gli individui ed i nuclei familiari, finalizzate all'inserimento sociale e

lavorativo, interventi per l'inserimento lavorativo e interventi territoriali di pronta accoglienza per le situazioni di emergenza sociale per le povertà estreme;

4. **politiche di contrasto alla devianza, per i soggetti entrati nel circuito penale**, in grado di ridurre il rischio di recidiva e garantire, con programmi di recupero e reinserimento sociale, percorsi di affermazione personale e sociale, riqualificazione professionale, misure di inserimento lavorativo, al fine di sostenere il ripristino della legalità, ampliando le opportunità di trattamento in misure alternative alla detenzione con particolare riguardo ai soggetti minorenni.

La scelta di strategie di politica sociale *forti* fa parte di quel complesso processo di costruzione di un sistema di sviluppo sostenibile che la Regione Puglia ha già avviato con la razionalizzazione del sistema sanitario per privilegiare le politiche territoriali e la crescita della qualità delle prestazioni erogate, tuttora in via di attuazione. E' in tali scelte che converge anche l'integrazione con il sistema sanitario ed in particolare con i servizi sociosanitari indicati all'allegato C) del DPCM del 21 novembre 2001 che ha disciplinato i LEA.

Da tali scelte strategiche discendono priorità programmatiche che costituiscono da una parte le opzioni d'intervento da privilegiare nella costruzione dei sistemi territoriali integrati di interventi e servizi sociali, dall'altra i livelli essenziali di assistenza in materia di servizi sociali (LIVEAS) da garantire, con gradualità, in ogni ambito territoriale. A questo proposito la Regione Puglia fa proprio il documento approvato dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni il 24 luglio 2003 (LIVEAS) che individua un *sistema di tutele sociali*, articolato in azioni e prestazioni che, nell'arco di vigenza del presente Piano, la Regione intende diffondere in ciascun ambito territoriale:

*Servizi di informazione e consulenza per l'accesso alla rete integrata (segretariato sociale)*

*Servizio Sociale Professionale*

*Servizi sociali di Pronto intervento per situazioni di emergenza personali e familiari*

*Servizi educativo-assistenziali e di promozione della socialità*

*Interventi per contrastare vecchie e nuove povertà e favorire l'inclusione sociale*

*Servizi di aiuto e sostegno familiare per favorire la permanenza a domicilio*

*Strutture e centri di assistenza e accoglienza a ciclo diurno*

*Strutture di assistenza e accoglienza residenziali o a ciclo continuativo.*

In base a queste prospettive i servizi sociali vengono ad assumere un ruolo tutto propositivo e di promozione delle risorse presenti nei nuclei familiari e nelle comunità locali, che supera l'ottica assistenziale preesistente la l.n. 328/2000, mettendo al centro del sistema "la persona, la famiglia ed i suoi bisogni" con la valorizzazione delle potenzialità di inclusione e, dove possibile, di rientro nel ciclo produttivo-sociale. Si vuole, inoltre, promuovere il definitivo superamento della distinzione tra i servizi sociali per il disagio e i servizi sociali "per l'agio", tra i servizi per gli ultimi e gli emarginati della società ed i servizi per le persone e le famiglie che vivono in situazioni di cosiddetta "normalità". In tal senso questo Piano intende valorizzare tutte le possibilità di integrazione con le altre politiche che incidono sulla qualità della vita dell'individuo nei contesti familiari e locali: politiche per la famiglia, politiche abitative, politiche



della sicurezza urbana, politiche di pari opportunità, politiche attive del lavoro, politiche formative ed educative, politiche culturali.

Si possono, pertanto, indicare alcune linee d'indirizzo generale anche in materia di regolamentazione del sistema regionale integrato d'interventi e servizi sociali individuando quali aspetti qualificanti il processo di programmazione regionale e territoriale:

- a) l'integrazione delle politiche come obiettivo fondamentale a garanzia del perseguimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia degli interventi;
- b) la piena attuazione del principio di sussidiarietà, attraverso la promozione della partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni di rappresentanza della società civile e la valorizzazione del ruolo del terzo settore, con particolare riferimento alla cooperazione sociale e al volontariato;
- c) la sostenibilità della spesa come punto di riferimento per le politiche sociali, realizzando il sistema integrato dei servizi attraverso la costruzione di una articolata rete di *solidarietà* pubblica e non, con il concorso delle risorse all'uopo destinate dallo Stato, dalla Regione, anche attraverso le risorse provenienti dal fondo sanitario regionale, dai Comuni, dalle Aziende pubbliche di servizi alla persona, di cui al d.lgs. n. 207/2001, nonché quelle dei soggetti privati;
- d) la definizione di un sistema integrato tra prestazioni e servizi sociali e trasferimenti economici (pensioni sociali, assegni di invalidità, altre misure d'intervento a sostegno del reddito);
- e) l'individuazione nei Comuni singoli o associati secondo grandezze corrispondenti ai distretti sociosanitari, l'ambito ottimale per l'erogazione dei servizi sociali, prevedendo anche contributi specifici ai Comuni di minori dimensioni demografiche, quelli con popolazione fino ai 10.000 abitanti, e incentivi ai Comuni più grandi, con popolazione superiore ai 10.000 abitanti, per l'esercizio associato delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali;
- f) la costruzione di una rete *solida* di servizi alla persona, omogenea sul territorio regionale, articolata per ambiti territoriali, capace di far fronte ai bisogni dei cittadini, a garanzia della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza.

Contestualmente il Piano regionale sviluppa le indicazioni, per i Comuni singoli e associati, relative alle attività trasversali che, con la regia della Regione e, per alcune di esse, con il supporto delle Province, sono destinate a sostenere le funzioni di governo del sistema dei servizi sociali:

- a. il sistema informativo sociale
- b. gli osservatori sociali
- c. le modalità di autorizzazione e accreditamento dei servizi
- d. la qualità sociale
- e. la formazione e riqualificazione del personale, sia pubblico che dei servizi accreditati.

### 3.3 Le politiche per le famiglie

L'individuazione dell'area delle *politiche per le famiglie* quale scelta strategica del Piano regionale intende:

- contribuire al superamento di un'eccessiva *parcellizzazione* degli interventi sociali e sociosanitari sul territorio regionale,
- promuovere le forme di cittadinanza attiva sostenendo il protagonismo sociale delle famiglie,
- valorizzare e sostenere la libera assunzione di responsabilità individuale nei confronti delle persone in condizione di bisogno,
- superare la distinzione tra servizi sociali per famiglie disagiate o a rischio di esclusione e famiglie cosiddette "normali".

Con lo sviluppo degli interventi a favore delle famiglie previsti dalle varie leggi di settore si è assistito negli anni ad un proliferare d'attività che, pur consentendo l'incremento dell'offerta e la diversificazione di servizi e prestazioni, ha spesso riprodotto una sostanziale "*categorizzazione*" dei soggetti beneficiari di quelle stesse prestazioni, assumendo per lo più un approccio di tipo settoriale e "*patologizzante*". L'attività degli Enti locali, dei Centri sociali, dei Centri di Salute Mentale, dei Servizi per le dipendenze, ha interessato, prevalentemente, fasce particolari della comunità, caratterizzate da specifiche problematiche e/o portatrici di determinate patologie o forme di disagio, penalizzando notevolmente la prospettiva della prevenzione.

Valga per tutti l'esempio di un servizio, il Consultorio Familiare, che col tempo ha rischiato di perdere la propria vocazione di agenzia di prevenzione, orientata prioritariamente a tutta la popolazione e finalizzata a sviluppare *pratiche di cittadinanza e partecipazione* e di *lettura dei bisogni* (non solo delle donne e dei bambini, ma anche degli adolescenti e dei padri), dei cambiamenti delle figure genitoriali, delle conflittualità coniugali e delle dinamiche di coppia, dell'affermarsi delle *nuove famiglie*.

In sintesi, la frantumazione delle competenze fra servizi ha comportato un processo di parcellizzazione degli interventi a favore dei nuclei familiari, specie multiproblematici, spesso costretti a *ricomporre* al proprio interno la frammentazione proveniente dall'ambiente esterno (Servizi, Agenzie educative e di socializzazione, e così via).

Nonostante l'evidente difficoltà di ripensare, riprogettare e riorganizzare questa "struttura rigida", non governata da una logica di lavoro di rete (*networking*), e che, quindi, non riconosce un *linguaggio organizzativo* basato sul codice rete-integrazione-prevenzione-promozione-inclusione, ispirandosi a prassi spesso conflittuali, non comunicanti o settoriali e autoreferenziali, si può lo stesso affermare che la legislazione sociale degli anni '90, culminata nella l.n. 328/2000, recepita in Puglia dalla l.r. n. 17/2003, ripropone con forza la direzione di un approccio di tipo reticolare, che può facilitare l'impegno per la costruzione di un sistema integrato, fondato sul protagonismo delle persone, delle famiglie, delle comunità locali.

Poiché il sistema integrato non è un modello pre-definito o standardizzato, esportabile o importabile in qualsiasi realtà, il Piano Regionale delle Politiche Sociali muove dalla consapevolezza che assumere le famiglie - ma anche le persone - come "soggetti unitari e plurali" significa essenzialmente ri-orientare l'approccio dei Servizi verso la comunità locale, intervenendo sulle rigidità e chiusure istituzionali che limitano l'efficacia delle politiche sociali, spesso ancora percepite come un mondo *altro* rispetto alle altre politiche, riportando ad una gestione *unitaria* la *pluralità* dei soggetti che intervengono sul territorio.

Il Piano regionale intende pertanto indicare modalità organizzative, in parte già sperimentate sul territorio regionale, che facciano ruotare i Servizi assistenziali e sociosanitari intorno al soggetto famiglia, e quindi alle persone e alle comunità locali, e

non viceversa. A tal proposito si rimanda alle indicazioni fornite al cap. IV (Le azioni di sistema).

La promozione del protagonismo sociale e delle pratiche di cittadinanza attiva, considerate elementi essenziali di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, va perseguita prevedendo nei Piani di Zona programmi integrati fra servizi, a cominciare da quelli sociali e sociosanitari, finalizzati a sviluppare processi di partecipazione da parte del soggetto famiglia/famiglie, con l'individuazione di modalità concrete per rendere operativo tale principio, ad esempio:

- mediante l'offerta di *spazi aperti* nell'ambito dei Servizi sociali e sanitari, degli Enti, delle Scuole, che facilitino l'incontro e l'aggregazione delle persone e delle famiglie, anche con finalità di sperimentazione di forme di auto e mutuo-aiuto;
- mediante la costituzione di consulte o di altre occasioni di libero confronto sulle tematiche sociali e sociosanitarie, nonché di valutazione e di verifica delle politiche sociali, aperte ad Associazioni, Cooperative sociali, Organizzazioni sindacali, ma anche a gruppi spontanei di genitori, a famiglie o a singoli cittadini;
- promuovendo l'associazionismo familiare e le attività di organizzazione del tempo libero che consentano la crescita delle relazioni solidali e la reciprocità fra persone e famiglie.

Gli Enti locali, le ASL, i Servizi socio-sanitari, gli Organismi *no-profit*, e gli altri Soggetti individuati dalla l. n. 328/2000 e dalla l. r. n. 17/2003, cooperano per sperimentare modalità innovative di partecipazione delle comunità locali e delle famiglie alla gestione delle tematiche sociali, favorendo lo sviluppo di "buone prassi", incentivando e sostenendo le esperienze di auto e mutuo aiuto, sviluppando il principio dell'integrazione degli interventi, con particolare riferimento alle azioni di sistema indicate al cap. IV.

La documentazione relativa alle sperimentazioni promosse e alle "buone prassi" realizzate costituisce materiale da trasmettere all'Osservatorio e al Centro regionale di documentazione di cui all'art. 11 della l.r. n. 17/2003, che ne curerà la diffusione, perché diventi patrimonio comune delle diverse realtà territoriali e possa dare impulso a nuove sperimentazioni.

La valorizzazione e il sostegno alla libera assunzione di responsabilità da parte degli individui devono essere considerate misure ineludibili d'intervento, stante i profondi cambiamenti sociali e demografici che interessano anche la popolazione pugliese. L'impegno delle responsabilità genitoriali, le difficoltà a conciliare i tempi del lavoro con quelli della famiglia, l'allungamento dell'età media e l'emergere di nuovi e più complessi bisogni, rappresentano fenomeni che interrogano le politiche sociali e richiedono cambiamenti significativi nell'articolazione territoriale dei servizi.

Pur nella consapevolezza della specificità dei bisogni territoriali e nella considerazione delle differenze esistenti in termini di domanda e d'offerta dei servizi tra le diverse aree regionali, il Piano intende indicare alcune linee di intervento comuni, da sviluppare nella programmazione locale di ambito, che trovano applicazione concreta sia negli interventi di sostegno alla domiciliarità, considerata priorità in relazione alle indicazioni del comma 5 dell'art. 1 della l.r. n. 17/03, sia in quelli di aiuto alle persone e alle famiglie, come di seguito specificate.

Si tratta, come più volte ribadito nella definizione delle premesse, di cercare un punto di equilibrio tra l'esigenza di costruire sistemi territoriali d'intervento fortemente orientati ai bisogni specifici e la necessità di rendere quanto più omogenea possibile sul territorio regionale l'offerta dei servizi, a garanzia della tutela dei diritti di tutti i cittadini e, in modo particolare, delle persone in condizione di bisogno.

La realizzazione di interventi e servizi a sostegno delle responsabilità familiari e per lo sviluppo di servizi comunitari rivolti a valorizzare la risorsa famiglia nel sistema integrato socioassistenziale, riceverà una espressa finalizzazione di risorse, nel quadro complessivo delle disponibilità finanziarie del presente Piano, che devono considerarsi aggiuntive rispetto alle risorse già finalizzate ai sensi dell'art. 15 comma 2 lettera b) della l.r. n. 17/2003.

I Comuni dovranno sviluppare con i Piani Sociali di Zona una programmazione il più possibile integrata di tutti gli interventi che saranno realizzati a sostegno delle famiglie nei rispettivi territori a valere sia sulle risorse proprie comunali che sulle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali, nonché in coerenza con quanto sarà disposto dal provvedimento legislativo regionale previsto dal già citato art. 15.

Quindi il Piano di Zona deve contemplare tutti gli interventi che direttamente ed indirettamente avranno come destinatarie le famiglie e le responsabilità familiari per la cura dei soggetti fragili, tenendo conto che, in ogni caso, dovranno essere diversi e distinti dagli interventi che saranno previsti a valere sulle risorse riservate con l'art. 15 comma 2 lettera b).

### **3.3.1 Il sostegno della domiciliarità**

La l.r. n. 17/03 fa proprio il principio della domiciliarità richiamandolo esplicitamente all'art. 1 (Finalità): *“La Regione Puglia contrasta ogni forma d'emarginazione e ispira gli interventi e i servizi a favore delle persone e delle famiglie al principio di domiciliarità, in modo da favorire l'integrazione e l'inclusione sociale.(...)”*.

Si tratta, com'è evidente, di una scelta forte che orienta in maniera decisa la programmazione degli interventi e dei servizi, ulteriormente rinforzata dalla previsione relativa ai livelli essenziali d'assistenza, di cui all'art. 8, comma 2 della stessa legge regionale, che il Piano regionale indica come obiettivo da raggiungere progressivamente, con la gradualità indicata al paragrafo 3.6 del presente capitolo.

I servizi di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e il servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari sociali e sanitarie, rappresentano pertanto **una priorità d'intervento**, con specifica attribuzione di risorse, per ognuna delle aree di bisogno indicate, minori e famiglie, disabili, anziani, salute mentale e per ognuno degli ambiti territoriali nei quali si articola il sistema integrato regionale d'interventi e di servizi sociali.

Tali interventi devono svilupparsi in forma coordinata ed integrata con le misure, i provvedimenti, i trasferimenti monetari, gli interventi di sostegno al reddito attuati in ottemperanza di disposizioni nazionali, regionali e locali.

L'attivazione delle diverse misure non deve prescindere dallo stato reale di attuazione di una offerta articolata e omogenea sul territorio regionale: si fa in particolare riferimento alla possibilità di attivare lo strumento dei *titoli per l'acquisto di servizi* - pure previsto nella l.r. n. 17/2003 - in una fase successiva alla costruzione di un sistema di servizi ed alla presenza nei diversi territori di una reale possibilità di scelta tra servizi accreditati e capaci di garantire, sul piano qualitativo oltre che quantitativo, tutti gli utenti.

La leva dei trasferimenti monetari, inoltre, sia essa attivata a livello nazionale o a livello regionale e locale, deve essere strumento di valorizzazione di tutte le risorse di assistenza e di cura presenti all'interno del nucleo familiare. A tal fine è necessario che anche l'eventuale ricorso ai titoli di acquisto per l'erogazione di servizi sociali, su

richiesta degli interessati, debba integrarsi con le altre politiche di sostegno al reddito, senza generare sovrapposizione di interventi e rischio di interventi non adeguatamente finalizzati: il trasferimento da riconoscere ad un nucleo familiare ovvero ad un individuo in condizioni di povertà potrà essere articolato in trasferimento monetario e titoli di acquisto, in modo integrato.

Il ruolo del nucleo familiare non è più da intendersi di “supplenza” rispetto ai compiti che altre istituzioni non svolgono, bensì come il luogo dove anche il lavoro di cura, qualunque sia la figura genitoriale o parentale dedita ad esso, possa trovare riconoscimento. In tal senso lo strumento dell'*assegno di assistenza* è estremamente importante, non solo per favorire la riduzione dei ricoveri di soggetti non autosufficienti in case protette, ma anche per riconoscere una dimensione nuova del lavoro di cura dentro le mura domestiche, che deve potersi misurare in termini di costo-opportunità con gli altri lavori fuori dal contesto familiare e che deve poter essere assicurato con una continuità ed una attenzione necessari per potersi integrare con gli altri servizi a sostegno dei soggetti fragili garantiti dal sistema locale, quali ad esempio l'assistenza domiciliare e i centri comunitari.

### **3.3.2 Il sostegno e l'aiuto alla persona e alla famiglia**

In relazione alle diverse forme di aiuto e di sostegno alla famiglia e alla persona previste dalla l.r. n. 17/2003, i Piani di Zona devono prevedere, progressivamente con le gradualità indicate al paragrafo 3.6 del presente capitolo, per ogni ambito territoriale e per le diverse aree di bisogno, l'attivazione dei seguenti servizi:

- le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali,
- i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario,

evidenziando in relazione alle specificità territoriali le tipologie di servizi e di strutture da realizzare e/o potenziare, con riferimento a quanto previsto dal Titolo II della l.r. n. 17/2003.

La diffusione di queste tipologie di servizi, ed in particolare dei servizi comunitari a ciclo diurno e dei centri di aggregazione sociale, deve essere letta in modo integrato con la diffusione dell'offerta di servizi domiciliari, proprio a supporto del percorso di cura realizzato in famiglia ed entro le mura domestiche, sia per garantire occasioni di socializzazione quotidiana per i soggetti assistiti, sia per alleviare per alcune ore al giorno l'impegno continuativo richiesto alla famiglia.

Si tratta, com'è evidente, di definire in ambito locale, su base territoriale, una complessa e partecipata azione di analisi e definizione dei bisogni, che valorizzi il contributo dei cittadini, attraverso le proprie forme organizzative di rappresentanza, evidenziando le aree d'intervento maggiormente scoperte e sviluppando una programmazione che consenta di giungere, nel triennio di vigenza dei Piani di Zona, ad un'offerta di servizi omogenea sul territorio regionale.

### **3.4 Le politiche per l'inclusione sociale e i diritti di cittadinanza**

La dimensione locale e l'approccio integrato allo sviluppo rivestono una notevole importanza nella programmazione delle iniziative a favore dell'occupazione e dell'inclusione sociale. Il Piano Regionale delle Politiche Sociali intende proporre, attraverso gli strumenti della programmazione territoriale, un approccio integrato di pianificazione dello sviluppo sociale ed economico in una logica *dal basso verso l'alto*, assegnando al partenariato sociale ed istituzionale un ruolo di primo piano nella

promozione dell'inclusione sociale, al fine di arrivare alla definizione di un nuovo sistema di *governance* del territorio.

L'esclusione sociale è un problema multidimensionale, collegato ad aspetti diversi da quelli strettamente derivanti dall'assenza di reddito: la capacità di disporre di beni e servizi essenziali; il coinvolgimento, la partecipazione e l'integrazione sociale; circostanze e processi che determinano l'incapacità di libera autodeterminazione su aspetti fondamentali della quotidianità e della vita; la stratificazione a livello individuale e/o di nucleo familiare di processi d'esclusione tra loro collegati. Il contrasto all'esclusione sociale prevede un sistema di politiche inclusive fondate su una molteplicità di livelli, sul coinvolgimento di attori eterogenei e su una matrice sussidiaria, dove ciascuno partecipa e crea le condizioni ideali per il conseguimento di obiettivi generali comunemente condivisi.

In conformità a quanto stabilito dalla strategia globale dell'Unione Europea definita con il Programma d'Azione sull'Esclusione Sociale<sup>5</sup>, la Regione Puglia intende attivare, negli ambiti territoriali nei quali si articola il sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali, azioni di programmazione specifica (anche valorizzando le esperienze dei Patti territoriali del sociale, laddove realizzati o in fase di realizzazione) finalizzati ad elaborare politiche capaci di sviluppare e sostenere l'inclusione sociale delle persone che vivono in stato di povertà o che sono a rischio di esclusione sociale. I Piani di Zona devono pertanto porsi chiaramente obiettivi riferibili alle politiche di inclusione sociale, integrandosi con le altre eventuali iniziative in atto anche su scala territoriale più ampia, al fine di ottimizzare gli interventi. Le Province, nell'ambito delle previsioni di cui all'art. 14 della l.r. n. 17/2003, coordinano ed attuano, d'intesa con i Comuni, specifiche iniziative relative a quelle tipologie di attività che, per la loro stessa natura, non siano realizzabili a livello comunale.

Pertanto i Piani di Zona, attraverso la specifica programmazione di interventi di ambito o sovra-ambito, si inseriscono a pieno titolo nella direzione indicata dal Consiglio Europeo che, con riferimento ai programmi di inclusione sociale, ne ha precisato le direttrici di sviluppo:

- la promozione della partecipazione al lavoro e dell'accesso, da parte di tutti, alle risorse, ai diritti, ai beni e ai servizi
- la prevenzione dei rischi di esclusione
- l'azione a favore dei più vulnerabili
- la mobilitazione dell'insieme degli attori.

Questi interventi sono programmati e realizzati con il Metodo Aperto di Coordinamento (M.A.C.), una metodologia di intervento finalizzata a rafforzare l'integrazione tra le politiche economiche, le politiche sociali e le politiche del lavoro, in un quadro di programmazione dello sviluppo territoriale bilanciato e sostenibile. L'applicazione del M.A.C. genera una modalità di intervento integrata, basata sulla partnership e sulla plurisetorialità. Un approccio misto che mobilitando l'insieme degli attori territoriali, garantisce politiche preventive e curative orientate verso i gruppi maggiormente vulnerabili, in grado di connettersi ad interventi diversificati a livello di ambito (servizi socio-assistenziali e socio-educativi).

---

<sup>5</sup> Il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale è uno degli obiettivi strategici ripetutamente indicati dal Consiglio Europeo, in particolare da quello del 17 dicembre 1999 e da quello del marzo 2000 a Lisbona, e ancora nell'accordo sull'agenda sociale europea approvata a Nizza nel novembre 2000.

Con la programmazione territoriale occorre pertanto definire specifiche azioni d'intervento, con l'indicazione di progetti/intervento destinati a particolari fasce di svantaggio ed appartenenti a specifiche categorie di disagio. Particolare attenzione dovrà essere dedicata al tema dell'inclusione sociale attraverso l'inserimento lavorativo (programmi personalizzati d'inclusione professionale per lavoratori svantaggiati e/o lavoratori disabili).

All'interno dei Piani Sociali di Zona ed in modo integrato con essi dovranno essere previste dai Comuni associate azioni per favorire la creazione di nuova imprenditorialità nel campo dei servizi di cura della persona e delle famiglie con una priorità per: le imprese femminili; le imprese del terzo settore; le azioni di emersione del lavoro nero; i progetti presentati dalle fasce deboli del mercato del lavoro. L'attività da svolgere in quest'ambito si dovrà, inoltre, caratterizzare per lo sviluppo di azioni di coordinamento, anche attraverso la costituzione di reti tra organismi misti (pubblici e privati) in grado di realizzare le progettualità previste a livello di ambito, valorizzando le esperienze esistenti.

Il sostegno finanziario sarà assicurato dalla ricerca delle opportune sinergie tra le risorse proprie dei bilanci comunali, la dotazione finanziaria del Fondo Regionale per le Politiche Sociali trasferito ai Comuni, le risorse del FSE per le misure inserite nel Complemento di Programmazione del P.O.R. Puglia 2000/2006<sup>6</sup>. Si potrà anche ricorrere allo strumento della finanza di progetto in presenza di una forte partnership con soggetti imprenditoriali privati.

### **3.4.1 L'accessibilità della rete dei servizi integrati**

E' necessario che l'intero territorio regionale e tutti i livelli di governo, ma in principal modo i Comuni, raccolgano l'occasione di programmazione sociale offerta dal Piano Regionale per declinare un *welfare di accesso* in grado di garantire a tutti i cittadini l'esigibilità dei propri diritti attraverso una rete di servizi territoriali dove vengano sviluppate azioni di comunicazione sociale, di analisi dei bisogni e di orientamento nella scelta dei servizi.

Si tratta di interventi rivolti all'intera comunità che hanno la caratteristica di essere gratuiti, di essere orientati a fornire una vasta gamma di informazioni, in grado di assicurare la lettura e la decodifica della domanda e di accompagnare i cittadini verso l'elaborazione di programmi specifici.

Pensati come spazi pubblici, possono rappresentare degli *elementi di connessione* in quanto consentono l'accesso ai servizi, accolgono e rispondono ad una domanda proveniente dal territorio, attivando, se necessario, le reti formali ed informali. Sono, altresì, *fattori connessi* in quanto parte della rete, in un rapporto di piena reciprocità e di contaminazione con gli altri elementi del sistema. E infine, possono rappresentare nuovi strumenti in grado di sviluppare connessioni attraverso azioni di comunicazione sociale ed interventi di comunità, che si sostanziano con il sostegno, la mediazione, l'accompagnamento e la partecipazione sociale.

Articolati su piani di intervento diversi, sono finalizzati a favorire la piena consapevolezza e acquisizione dei diritti di cittadinanza e la valorizzazione delle capacità di iniziative dei singoli o dei gruppi. Tutto ciò al fine di facilitare la partecipazione dei cittadini tramite un'attività di informazione e comunicazione che sia efficace e strutturata in modo permanente.

<sup>6</sup> Si prendano ad esempio le Misure 3.4 e 5.2 del POR PUGLIA 2000/2006

Una parte fondamentale nella realizzazione della rete dei servizi per l'accesso spetta, dunque, alla comunicazione che non deve ridursi ad una mera trasmissione di informazioni, piuttosto, deve rappresentare l'elemento fondamentale della costruzione di uno spazio relazionale che sappia sviluppare un ascolto attivo in grado di accogliere, interpretare e rielaborare i messaggi al fine di strutturare risposte flessibili e di qualità e soprattutto di programmare azioni progettuali sulla base di processi dialogici e di partecipazione attiva.

Da quanto detto discende che i Piani di Zona dovranno prevedere un'articolazione organizzativa in cui siano declinati:

- le funzioni di ascolto, di informazione/comunicazione, di consulenza sociale, di orientamento e di accompagnamento;
- l'organizzazione e l'articolazione territoriale del servizio, le sedi e gli orari di apertura;
- i compiti di "antenna sociale" per la rilevazione degli stati di bisogno e la traduzione di essi in domande a cui il sistema a rete dei servizi possa fornire risposte mirate, raccordando le risorse comunitarie con i soggetti in condizioni di disagio;
- l'organizzazione delle équipes territoriali articolate su scala di ambito ed integrate con le risorse che sul territorio operano: il personale delle Aziende sanitarie e gli operatori del Terzo Settore;
- le funzioni attinenti la comunicazione sociale.

Pertanto il welfare di accesso, come un servizio rivolto tanto al disagio dei normali quanto in grado di accogliere e sostenere le difficoltà del singolo e/o dei gruppi, è tutto dentro un'ottica di promozione e di sviluppo di competenze comunitarie e potrà essere pianificato come un insieme di azioni, articolato su tre livelli di intervento, quali:

1. il segretariato sociale, quale sportello di cittadinanza, con un'articolazione tale da garantire una adeguata copertura del servizio in ogni Comune dell'ambito territoriale;
2. gli interventi di rete e di presa in carico su base di Ambito;
3. il piano di comunicazione sociale, redatto dall'Ufficio di Piano nell'ambito del Piano Sociale di Zona.

In tale articolazione potrà essere previsto il coinvolgimento, in partenariato con i Comuni di uno stesso ambito territoriale, di altri soggetti pubblici e privati che, sia pure con ruoli e responsabilità diversi nel percorso complessivo di accoglienza del cittadino nel sistema sociale, possano farsi carico dello svolgimento di:

- funzioni di informazione sui diritti e sulle opportunità di accesso,
- funzioni di assistenza per le certificazioni e per l'espletamento delle pratiche necessarie per l'accesso,
- individuazione di nuove aree di bisogno e di facilitazione del contatto con i Servizi Sociali dei Comuni.

In tal senso deve essere letto il ruolo possibile dei patronati, delle associazioni di volontariato, dei soggetti del Terzo Settore e di altri soggetti diffusi sul territorio, già impegnati in un sistema di relazioni articolato e complesso con la cittadinanza sociale.

L'intervento di presa in carico della comunità, progettato su scala di ambito ed in rete, si avvale di un'unica équipe, formata dai referenti degli sportelli di segretariato sociale, che può essere integrata anche da altri operatori sia pubblici che del privato sociale.



Il servizio, così organizzato, assume come oggetto del proprio intervento il territorio e la comunità che diventano le dimensioni cruciali per la progettazione e la definizione delle politiche sociali.

La pianificazione territoriale dovrà, pertanto, prevedere un'organizzazione in grado di interagire con i soggetti del territorio al fine di indirizzare le azioni strategiche verso il benessere generale.

In sostanza si tratta di ricevere dal territorio stesso gli elementi conoscitivi necessari a valutare, a riprogettare e, quindi, ad individuare tanto i bisogni quanto le risorse (capacità relazionali, conoscenze e disponibilità) che il territorio esprime.

L'attività dell'équipe, che è finalizzata a radicare la progettazione ed i servizi al territorio, potrà, quindi:

- recepire le risorse e le energie;
- stimolare il dialogo e la collaborazione;
- mettere in rete, orientare, fare mediazione;
- organizzare le risorse comunitarie;
- decodificare la domanda ed i processi sociali in atto nel territorio.

Va sottolineato, infine, che un'organizzazione territoriale così articolata rappresenta, nel suo insieme, un importante "nodo" per il ritorno di elementi informativi necessari alle successive programmazioni degli interventi sociali di ambito.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali deve, dunque, essere inteso come un punto di partenza, l'avvio sul territorio pugliese di una sorta di *cantiere* di elaborazione e promozione dei diritti di cittadinanza, con l'obiettivo di costruire, gradualmente e con il contributo di tutti gli attori istituzionali e non, un sistema di interventi e di servizi sociali omogeneo sul territorio. Questo obiettivo va raggiunto a partire dai servizi per l'accessibilità del sistema integrato che, non a caso, sono indicati tra le priorità dei livelli essenziali. La disponibilità di risorse, pur importante, è, infatti, sempre di gran lunga inferiore rispetto alle necessità di un sistema integrato veramente universalistico.

Per questa ragione occorre sviluppare a livello locale una maggiore capacità di regolamentazione dell'accesso ai servizi, garantendo la priorità prevista dalla l.r. n. 17/2003 alle persone in condizione di maggiore bisogno, e prevedendo anche la compartecipazione economica dell'utente ai costi del servizio, laddove se ne rappresenti la possibilità.

#### **Il Piano di comunicazione sociale**

Il Piano di comunicazione sociale dovrà essere organizzato e realizzato dall'Ufficio di Piano e sarà presentato come parte integrante del Piano Sociale di Zona.

Tale programma finalizzato alla realizzazione di quell'interazione tra istituzioni, Terzo Settore e cittadini, dovrà essere in grado di condurre alla creazione di un network locale che si faccia promotore di uno stato sociale condiviso, capace di rispondere ai bisogni sociali e di declinare pienamente il sistema di diritti di cittadinanza sociale.

Distinguendo tra azione comunicativa rivolta ai cittadini in generale e quella rivolta alle istituzioni, e ai diversi servizi sia pubblici che privati, le iniziative di tale piano possono essere:

- interne, cioè tese al coinvolgimento e alla piena circolazione delle informazioni che l'amministrazione è chiamata ad attuare, anche attraverso l'uso delle moderne tecnologie, tra i diversi uffici e operatori che costituiscono l'organizzazione dell'Ente;

- mirate agli operatori e ad un loro coinvolgimento sul piano del miglioramento qualitativo dei servizi, delle prestazioni erogate e del rapporto con il cittadino;
- pubbliche ed esterne intese come strumenti indispensabili per attuare la sussidiarietà sociale ed istituzionale, nonché la risorsa essenziale e strategica cui attingere permanentemente per attuare semplificazione e quindi per perseguire efficacia, efficienza ed economicità. Tale forma di comunicazione sociale tesa a qualificare il sistema dei servizi e ad agevolare l'accesso dei cittadini può essere organizzata attraverso gli strumenti delle conferenze dei servizi e della carta della cittadinanza.

Il Piano di Comunicazione sociale dovrà individuare le modalità organizzative, i canali di comunicazione, i destinatari dei diversi messaggi promozionali ed informativi, i linguaggi della comunicazione, il cronoprogramma delle azioni di comunicazione, le risorse finalizzate all'attuazione del Piano stesso.

#### Le azioni dello stato sociale di accesso

##### 1. le azioni di sportello

- accesso
- informazioni complete sui diritti, sulle prestazioni e sulle modalità di accesso al sistema locale dei servizi socio-assistenziali
- accoglienza
- decodifica della domanda
- orientamento
- accompagnamento

##### 2. gli interventi sulla rete comunitaria

- conoscenza delle possibilità che il territorio offre in termini di risorse sociali
- connessione dei bisogni con le opportunità
- organizzazione di un nodo della rete che diventa basilare per tutti gli altri integrando e facendo interagire le diverse attività delle agenzie pubbliche e private
- osservazione e pianificazione di azioni di tipo comunitario
- coordinamento di piani di intervento di comunità

##### 3. le iniziative di comunicazione sociale

- coinvolgimento delle risorse presenti all'interno della Pubblica Amministrazione
- coinvolgimento di tutte le risorse territoriali (operatori, associazioni, famiglie,..)
- qualificazione del sistema e facilitazione nell'accesso per gli utenti

### 3.4.2 Le politiche per il disagio

A garanzia della costruzione di un sistema capace di offrire opportunità a tutti occorre sviluppare su base locale specifiche politiche per la **rimozione del disagio**, in particolare per i soggetti svantaggiati e a rischio di esclusione sociale, sia nella fase della prima accoglienza, che nella costruzione di percorsi di reinserimento sociale.

Nel primo caso sono da realizzare soprattutto servizi di pronto intervento sociale, capaci di rispondere tempestivamente ai bisogni delle persone in difficoltà, anche con soluzioni temporanee, in attesa della presa in carico complessiva e dell'elaborazione di un progetto educativo (d'inserimento, di accompagnamento) più complessivo. Questi servizi, per ognuna delle aree specifiche d'intervento, devono poter assicurare l'accoglienza immediata delle persone, l'assistenza e la cura, anche in stretto collegamento con servizi in grado di fornire le prestazioni sociali e sociosanitarie più complesse.

A titolo esemplificativo si individuano :

- servizi di ristorazione, mense e ristoro;
- servizi di alloggio, con la possibilità di provvedere all'igiene personale;
- pronta accoglienza protetta in caso di violenze, abusi e maltrattamenti.

Sul versante delle politiche per l'inserimento e/o il reinserimento sociale occorre prevedere interventi specifici per la popolazione immigrata. Se per certi aspetti, infatti, devono essere considerate politiche sociali per le persone immigrate *tutte* le politiche sociali complessivamente intese, è in ogni caso opportuno prevedere interventi specifici, finalizzati a sviluppare e consolidare, anche sul piano culturale, l'integrazione delle persone immigrate e il riconoscimento dei loro diritti di cittadinanza.

A tal proposito occorre quindi prevedere nella programmazione locale azioni che favoriscano l'estensione agli immigrati delle possibilità di accesso ed utilizzo dei servizi sociali e sociosanitari, educativi e scolastici, culturali e abitativi, sostenendo e consolidando le iniziative in essere, ovvero prevedendone di nuove laddove non ve ne siano.

Le politiche per il reinserimento sociale e lavorativo, rivolte prevalentemente a soggetti con dipendenze, all'area della salute mentale e ai soggetti sottoposti a tutela giudiziaria, devono svilupparsi a cominciare dal consolidamento dei servizi per l'informazione, rispetto alle opportunità offerte dal sistema territoriale della formazione professionale e del mercato del lavoro. La programmazione territoriale, anche valorizzando le esperienze di inserimento lavorativo esistenti, spesso frutto di una buona collaborazione tra i servizi pubblici e le cooperative sociali di tipo B operanti nel settore, deve prevedere azioni specifiche tese a sostenere le persone in situazione di difficoltà nella ricerca di opportunità lavorative.

Gli Enti Locali potranno, nella programmazione degli interventi di propria competenza, prevedere criteri preferenziali nell'ambito della valutazione della qualità dell'offerta per l'affidamento dei servizi all'esterno a cooperative sociali o imprese che si impegnino a sostenere programmi d'inserimento lavorativo di persone svantaggiate. La Regione Puglia favorirà lo scambio di informazioni ed esperienze, nell'ottica della promozione di buone prassi sul territorio regionale.

### **3.4.3 Le politiche per il contrasto alla povertà**

*Il Piano Nazionale contro la povertà e l'esclusione sociale riporta che "la principale caratteristica della povertà italiana è quella di essere territorialmente concentrata. Nel Mezzogiorno il tasso di povertà è circa il doppio di quello Nazionale, nel Nord è poco più di un terzo. L'analisi dell'incidenza delle povertà secondo le tipologie familiari evidenzia come siano le famiglie numerose (con almeno 3 figli) quelle con la probabilità maggiore di essere povere. In termini dinamici un deterioramento si rileva anche in famiglie con meno figli a carico, pur mantenendo un rischio di povertà inferiore (1 figlio) o poco superiore (2 figli) a quello complessivo. Sono a rischio di povertà assoluta anche persone single (sia giovani che adulti), coppie senza figli, famiglie monogenitori, anziani soli, disabili senza famiglia".*

Il contrasto delle forme di povertà costituisce uno degli obiettivi strategici del Piano Regionale per le Politiche Sociali. In Puglia si registrano congiuntamente vecchie e nuove forme di povertà. La permanenza della situazione presenta un forte ostacolo allo

sviluppo della cittadinanza e della partecipazione attiva. Infatti gli squilibri sociali e la disuguaglianza determinano una stratificazione sociale che tende ad escludere larghe fasce sociali.

L'impegno concreto contro le forme di povertà si articola nella pluralità delle azioni, a più livelli, orientate tutte ad abbattere le barriere dell'esclusione.

L'impegno prioritario dovrà vedere coinvolti i destinatari degli interventi, fino a diventare questi parte attiva della lotta di contrasto.

Gli interventi di contrasto alla povertà devono riguardare innanzi tutto le politiche attive per il lavoro e quelle per lo sviluppo locale, cercando il massimo dell'integrazione nella programmazione degli interventi già previsti o in fase di previsione sul territorio regionale.

Anche in assenza dell'estensione della misura del reddito minimo d'inserimento (RMI), e in attesa delle indicazioni relative all'istituzione del reddito di ultima istanza, i Piani di Zona potranno offrire ai Comuni l'occasione per razionalizzare e per accrescere l'efficienza delle diverse forme di contribuzione economica vigenti, per prevedere in alternativa modalità di intervento che articolandosi in modo simile a quanto sperimentato con il RMI, possano indurre risposte più efficaci, non frammentate ed occasionali, ai bisogni delle persone in condizione di fragilità, valorizzando i percorsi di formazione e accompagnamento all'inserimento lavorativo, anche attraverso l'introduzione di queste misure nei programmi di sviluppo locale.

Una più corretta e opportuna gestione delle misure di sostegno economico, legate esplicitamente a progetti individuali specifici, tutorati territorialmente anche attraverso il contributo delle organizzazioni sociali del Terzo Settore, potrebbe produrre risultati maggiori, in termini di efficacia, rispetto alle forme di mera assistenza ancora molto diffuse sul territorio regionale.

Le politiche di contrasto dovranno assumere come sfida l'abbattimento del tasso di povertà assumendo come obiettivi:

- la presa in carico della persona e del nucleo familiare in situazione di povertà attraverso l'attivazione in rete di tutti i servizi, non solo per rispondere ai bisogni sociali, sanitari e formativi, ma anche quelli relativi alla mobilità, alla domanda culturale e del tempo libero, con particolare attenzione al processo di integrazione lavorativa dei soggetti svantaggiati;
- il monitoraggio costante dei livelli di attuazione degli interventi di base per le persone a rischio di esclusione;
- attuazione di momenti di incontro e confronto con tutti gli attori coinvolti, istituzionali e non, presenti sul territorio, per verificare i risultati conseguiti e gli scostamenti dal piano di inclusione;
- la rimozione degli ostacoli culturali, economici e fisici dell'ambiente interessato all'esclusione sociale;
- la valorizzazione di tutte le risorse del territorio per concentrare gli sforzi delle azioni di contrasto;
- diffondere la cultura della partecipazione attiva dei soggetti esclusi, attraverso la costruzione e la realizzazione di percorsi per l'inclusione sociale e l'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati e per la responsabilizzazione dei nuclei familiari fragili nei confronti dei soggetti più deboli (minori e anziani), con il necessario supporto della rete comunale dei servizi sociali ed, eventualmente, di modalità di sostegno economico che riprendano l'approccio del reddito minimo di inserimento.

### 3.5 I livelli essenziali di prestazioni sociali

La Regione Puglia, con la previsione di cui alla lettera d) del comma 2, dell'art. 8 della l.r. n. 17/2003, ha inteso, nel rispetto delle determinazioni dello Stato, assunte ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettera m) della Costituzione, fissare i livelli delle prestazioni che devono essere assicurati dal Piano di Zona per ogni ambito territoriale, tenuto conto delle risorse finanziarie destinate al finanziamento del sistema integrato.

Il punto di partenza è dato dall'art. 22, comma 2, della l.n. 328/2000 che, con la sua elencazione di "interventi" e "misure" e relativi destinatari, contribuisce a disegnare aree di diritti esigibili nel campo della assistenza sociale per tutti i cittadini pugliesi, pur con differenti condizioni di accesso:

1. misure di sostegno alla povertà;
2. misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;
3. interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;
4. misure per sostenere le responsabilità familiari;
5. misure di sostegno alle donne in difficoltà;
6. interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compreso la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza;
7. interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;
8. prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti;
9. informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto aiuto.

La legge regionale individua i livelli essenziali delle prestazioni sociali, erogabili sotto forma di beni e servizi, in conformità con quanto previsto dall'art. 22 della l. n. 328/2000, assicurando per ogni ambito territoriale:

1. il servizio sociale professionale;
2. il servizio di segretariato sociale per l'informazione e la consulenza ai cittadini;
3. il servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza;
4. il servizio di assistenza domiciliare per soggetti e nuclei familiari con fragilità sociali e il servizio di assistenza domiciliare integrata per le prestazioni di cura domiciliari sociali e sanitarie integrate;
5. le strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
6. i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Nelle more delle ulteriori determinazioni dello Stato, da emanarsi in attuazione delle competenze attribuite dalla L. Cost. n. 3/2001, la Regione Puglia intende promuovere sul proprio territorio l'applicazione dei suddetti livelli essenziali, con progressiva gradualità, nel triennio di vigenza del presente Piano Regionale delle Politiche Sociali, secondo l'ordine di priorità di seguito indicato, nei limiti delle risorse finanziarie destinate al finanziamento del sistema integrato.

In relazione al riconoscimento di una necessaria gradualità, nonché alla consapevolezza di una non completa conoscenza della articolazione dell'offerta di servizi in tutti i Comuni pugliesi, la Regione Puglia non individua in questo Piano Regionale parametri e standard per l'attivazione dei livelli essenziali, ritenendo opportuno che tale definizione avvenga con la piena partecipazione dell'intero sistema delle Autonomie Locali, a partire dalla fase immediatamente successiva alla presentazione dei Piani Sociali di Zona da parte dei Comuni, quando sarà possibile

disporre di un quadro conoscitivo di dettaglio delle reti di servizi esistenti in ciascun ambito territoriale.

Si rinvia, invece, al Regolamento Regionale per la definizione dei criteri minimi per l'autorizzazione delle strutture e dei servizi in campo socioassistenziale, e per la individuazione delle condizioni e dei criteri generali per l'accreditamento delle stesse strutture e dei soggetti erogatori di servizi socioassistenziali.

A tal proposito, in relazione a quanto previsto dalla disposizione di cui al comma 5, art. 1 della l.r. n. 17/2003, i **servizi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata**, con finalità assistenziali, educative e sociosanitarie, articolati nelle diverse aree d'intervento come specificate in questo capitolo del Piano regionale, rappresentano una priorità nella programmazione delle politiche sociali per ciascuno degli ambiti territoriali nei quali si articola il sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Contestualmente si fissano le linee di indirizzo per la riorganizzazione dei servizi sul territorio, per ambito territoriale, individuando quale **servizio di segretariato sociale**, inteso come sportello unico per l'accesso ai servizi socioassistenziali, con attività d'informazione, di ascolto e di orientamento sui diritti di cittadinanza, con caratteristiche di gratuità per l'utenza, *lo sportello di cittadinanza*.

Al fine di favorire la massima integrazione tra le politiche sociali e sanitarie fin dall'accesso dei cittadini/utenti ai servizi, lo sportello di cittadinanza fungerà da sportello unico di accesso per i servizi sociali e per i servizi sociosanitari dell'ambito territoriale. Lo sportello di cittadinanza dovrà essere presente in ogni ambito territoriale, con una articolazione territoriale dei servizi tale da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, anche in presenza di nuclei urbani diffusi e piccoli, e tale da rendere percepibile a tutti i cittadini la unicità del punto di accesso, soprattutto nel caso di domande complesse che richiedono una forte integrazione sociosanitaria sin dal primo momento di accesso dell'utente. A tal proposito i Comuni, singoli o associati tra di loro, e le Aziende unità sanitarie locali, definiscono attraverso specifiche intese, ai sensi dell'art. 9 della l.r. n. 17/2003 e dell'art. 3 quater del D. Lgs. n. 229/99, le modalità organizzative del servizio, le risorse finanziarie strutturali e professionali, i requisiti di qualità, in relazione a specifiche disposizioni regionali.

La Regione Puglia interverrà entro 60 giorni dall'approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali con la pubblicazione di linee di indirizzo che orientino i Comuni e le ASL nella organizzazione della rete degli sportelli di cittadinanza, tenuto conto della contestuale necessità di organizzare i Distretti sanitari delle ASL e gli Uffici di Piano degli ambiti territoriali da parte dei Comuni.

Con lo sportello di cittadinanza, con funzioni di segretariato sociale, s'intende rispondere all'esigenza dei cittadini di avere informazioni complete in merito ai diritti, alle prestazioni, alle modalità di accesso ai servizi e di conoscere le risorse sociali e sociosanitarie disponibili nel territorio in cui vivono.

Per l'importanza che attiene soprattutto alla possibilità di accesso ai servizi dei cittadini in condizione di maggiore bisogno, a volte incapaci di districarsi di fronte alle barriere organizzative e burocratiche, si evidenzia che la funzione dello sportello di cittadinanza risulterà tanto più efficace quanto più sarà progettata e attuata in modo collaborativo con tutti gli attori sociali della rete, tra cui occorre evidenziare il ruolo delle associazioni di volontariato e dei patronati.

Il sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali, articolato per ambiti territoriali, prevede la presenza del **servizio sociale professionale** in ogni ambito territoriale, finalizzato alla lettura e alla decodificazione della domanda sociale,

alla presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, alla predisposizione di progetti personalizzati, all'attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete, all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione. Il servizio, che svolge uno specifico ruolo nei processi di pianificazione e coordinamento della rete dei servizi sociali e socioassistenziali, garantito da professionisti assistenti sociali iscritti all'Albo, assume un ruolo d'intervento professionale proprio e di livello essenziale per osservare e gestire i fenomeni sociali, erogare prestazioni d'informazioni, consulenza e aiuto professionale.

Rispetto alla tipologia d'intervento si distingue in servizio di segretariato sociale (sportello di cittadinanza), gestione sociale del caso, osservazione, pianificazione, direzione e coordinamento delle politiche socioassistenziali e socioassistenziali, servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale.

Per il servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale, per le strutture residenziali e semi-residenziali per soggetti con fragilità sociali, e per i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario, si rinvia alle parti successive che illustrano tali tipologie di intervento per le principali aree di bisogno.

### **3.6 Interventi e servizi per aree di bisogno**

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali si pone, com'è evidente, l'ambizioso obiettivo di favorire il superamento della definizione delle politiche sociali per *categorie di persone e di bisogno*, nella consapevolezza che tale articolazione ha, di fatto, contribuito a limitare lo sviluppo di un sistema di servizi sociali solidamente ancorato alla previsione della massima integrazione possibile tra gli interventi. Un'eccessiva *settorializzazione* delle politiche d'intervento produce, come è noto, effetti perversi che la letteratura di settore non ha mancato, negli anni, di indicare come esempio di inefficacia e inefficienza nella programmazione e nella gestione dei servizi.

Ciò nonostante una breve definizione delle politiche per aree appare ugualmente necessaria, per consentire alla programmazione locale di declinare nello specifico dei servizi e degli interventi le priorità indicate dal Piano regionale. Si ribadisce comunque la necessità di articolare sul piano locale tali servizi ponendo la massima attenzione possibile alle azioni di sistema che possono, se opportunamente programmate, garantire la necessaria razionalizzazione degli interventi.

#### **3.6.1 L'infanzia e l'adolescenza**

Gli interventi per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza nel nostro Paese hanno conosciuto, com'è noto, un deciso sviluppo in attuazione della l. n. 285/1997 che la Regione Puglia ha reso operativa sul territorio regionale con la l.r. 11 febbraio 1999, n. 10 *Sviluppo degli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza*, che ha dettato norme per la programmazione e l'organizzazione delle iniziative da parte degli Enti Locali. Si è trattato di un importante intervento che ha reso possibile lo sviluppo di attività, progetti e servizi su tutto il territorio regionale, consentendo di porre con decisione i processi di crescita e di formazione delle ragazze e dei ragazzi e la tutela dei loro diritti all'attenzione delle politiche sociali territoriali.

Infatti, il dinamismo e l'impulso impressi dalla l. n. 285/1997 alle tematiche dell'infanzia e alle modalità con cui esse sono oggi percepite ed affrontate sono, a

unanime giudizio degli esperti e degli operatori, indiscutibili, anche per la notevole quantità di risorse finanziarie destinate ad un settore tradizionalmente carente d'investimenti.

Nondimeno, la stessa l. n. 285/97 ed i successivi sviluppi normativi e amministrativi, possono essere interpretati come *segni* o *indicatori* di un processo di lunga durata, finalizzato ad elaborare ed attuare più efficaci forme di tutela del mondo minorile e a sviluppare una cultura dei bisogni e dei diritti dei bambini e degli adolescenti.

In attuazione dell'art. 4 della l.r. n.10/1999 e della l. n. 451/1997 la Regione Puglia ha provveduto, con la collaborazione dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, alla costituzione di un Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza che s'integrerà, articolandosi in forma autonoma, con il più ampio Centro regionale di documentazione per le politiche sociali di cui all'art. 11 della l.r. n. 17/2003.

Il Centro regionale di documentazione e analisi sull'infanzia e l'adolescenza pubblica annualmente un rapporto sulla condizione dei minori che offre, agli operatori del settore e all'opinione pubblica, un contributo alla riflessione e alla definizione delle politiche d'intervento in materia d'infanzia e adolescenza.

Per una valutazione approfondita dei dati relativi alla condizione minorile in Puglia si rimanda alle edizioni annuali del rapporto *Infanzia e adolescenza in Puglia*.

La programmazione degli interventi previsti in attuazione della l.r. n. 10/1999 avviene su base triennale, attraverso piani territoriali di intervento, articolati in progetti annuali, approvati con accordi di programma. In sede di prima applicazione, l'art. 5 della l.r. n. 10/1999 ha individuato quali ambiti territoriali le cinque Province, e la Giunta Regionale, con successive deliberazioni, ha disposto l'attribuzione delle risorse per il primo triennio.

L'attività relativa al primo triennio di attuazione della legge regionale ha consentito l'istruzione, l'approvazione, il finanziamento e il costante monitoraggio di oltre cinquecento progetti o interventi di settore, presentati dai Comuni singolarmente o in forma associata.

Con deliberazione n. 1876 dell'11 dicembre 2001 la Giunta Regionale ha definito modalità, criteri e linee d'indirizzo per la presentazione dei Piani territoriali del secondo triennio. Gli ambiti territoriali hanno presentato i rispettivi piani che sono stati approvati e sono in corso di finanziamento i progetti della prima annualità.

Con l'approvazione della l.r. n. 17/2003 e l'indicazione dei Piani di Zona, quali strumenti per la programmazione e la definizione del sistema integrato locale degli interventi e dei servizi sociali, occorrerà, con gradualità, far confluire le programmazioni in corso nei Piani di Zona, al fine di garantire unitarietà alla programmazione locale. Questo obiettivo appare più facilmente perseguibile per quei Comuni che hanno articolato i propri Piani territoriali in progetti comunali, per i quali occorrerà pertanto riportare la previsione nei Piani di Zona, garantendo la necessaria integrazione con le attività e i progetti degli altri Comuni facenti parte dell'ambito territoriale. Per quei Comuni che hanno invece articolato la propria attività per ambiti territoriali diversi da quelli attuali, occorrerà, garantendo la continuità dei servizi, trasferire progressivamente le iniziative programmate nel nuovo ambito, rispettando comunque gli impegni assunti con la sottoscrizione degli accordi di programma vigenti.

Con la programmazione dei Piani di Zona e lo sviluppo dei servizi sulla dimensione degli ambiti territoriali coincidenti con i distretti, l'esperienza maturata in applicazione della 285/1997 e della l.r. n. 10/1999, lungi dal considerarsi conclusa, va pertanto



valorizzata e sostenuta, sviluppando le forme d'integrazione con le altre politiche d'intervento sul territorio.

Ai sensi dell'art. 48 della l.r. n. 17/2003 le competenze attribuite dalla l.r. n. 10/1999 alle Province, quali ambiti territoriali per la programmazione degli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza, sono trasferite ai Comuni, singoli o associati, al fine di garantire unitarietà al processo di programmazione degli interventi e servizi sociali sul territorio, fermo restando le funzioni di coordinamento di cui al comma 2 dell'art. 14 della l.r. n. 17/2003.

Per valorizzare e sviluppare il patrimonio di esperienze sin qui maturato dagli Enti locali, dai Servizi sociosanitari e dal Terzo Settore, i Piani di Zona prevedono l'erogazione di servizi e prestazioni:

- per assicurare il diritto dei bambini alla propria famiglia, mediante servizi domiciliari di aiuto/sostegno/educazione al ruolo genitoriale o, in caso di temporanea impossibilità, ad altro idoneo ambiente familiare mediante l'istituto dell'affidamento disciplinato dalla l.n. 184/1983, come modificata e integrata dalla l.n. 149/2001;
- per promuovere i diritti e le opportunità dei bambini e degli adolescenti secondo i principi e le finalità di cui alla l.n. 285/1997;
- per promuovere la partecipazione e favorire occasioni di aggregazione che facilitino il protagonismo giovanile ed i bisogni di ascolto e di espressività dei ragazzi e degli adolescenti, valorizzando la rete degli oratori, delle organizzazioni di volontariato e dell'associazionismo;
- per assicurare la continuità delle esperienze, di prevenzione e recupero delle forme di devianza minorile, come già previste e realizzate ai sensi della l. 216/1991 e successive modificazioni e/o per progettare nuovi percorsi di prevenzione, anche programmando ed attuando esperienze di educazione alla legalità e di recupero di infradiciottenni autori di reati, in collaborazione con i Servizi della Giustizia Minorile.

### **3.6.2 Le persone anziane**

#### ***L'evoluzione dei bisogni della popolazione anziana***

Le tendenze sociodemografiche in atto nel Paese, alle quali pur con qualche specificità la Puglia non è estranea, confermano che il numero di persone con più di 65 anni aumenterà in modo considerevole nei prossimi anni. In questo processo di invecchiamento della popolazione, comune a tutti i Paesi occidentali, l'Italia raggiunge un particolare primato, favorito anche da un livello di fecondità tra i più bassi in assoluto: secondo l'ISTAT, trent'anni fa, gli ultrasessantacinquenni rappresentavano un decimo della popolazione italiana, mentre fra trent'anni, rappresenteranno un terzo della popolazione complessiva.

Tale fenomeno demografico presenta aspetti quantitativi e qualitativi molto complessi, sia riguardo alle cause sia riguardo agli effetti, sul piano sociale, economico e personale. Essi riguardano non solo la salute e la vita familiare, ma soprattutto le relazioni sociali: è in considerevole aumento il rischio dell'isolamento sociale, al quale si accompagna spesso per l'anziano un ripiegamento su se stesso e un disagio psicologico.

E' da sottolineare anche il fatto che, per la persona anziana, la qualità della vita dipende, oltre che dalla quantità e qualità delle relazioni sociali, anche dalle strutture fisiche e abitative, dalla disponibilità di servizi, dalle risorse offerte dalla comunità:

tutto ciò, frequentemente, più che soddisfare, aggrava i bisogni (personali e collettivi, psico-fisici e socio-familiari, economici e finanziari) della popolazione anziana.

Ciò avviene, soprattutto, nelle Regioni meridionali, dove i bassi livelli culturali, economici e abitativi, uniti alla scarsità dei servizi sanitari e sociali, accelerano i processi d'esclusione sociale.

Secondo una recente indagine, in Italia sono oltre 2.500.000 gli ultrasessantacinquenni con almeno una patologia con effetti invalidanti: le difficoltà maggiori nascono dalle limitazioni funzionali nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, che richiedono interventi di cura e assistenza per situazioni di non autosufficienza personale e familiare.

E' possibile ipotizzare che, di norma (ciò vale anche per la Puglia), gli anziani a maggior rischio di istituzionalizzazione siano coloro che hanno una rete familiare debole, rapportata anche a un precario stato di salute.

Pertanto, in sintesi, si possono prevedere bisogni legati all'innalzamento delle soglie di vecchiaia e di dipendenza, all'indebolimento delle reti di sostegno familiare, alla maggiore domanda d'interventi e servizi sanitari e socio-assistenziali, nonché alla non adeguatezza, quantitativa e qualitativa, delle risorse (professionali, economiche, organizzative, operative e strutturali) da attivare e da realizzare.

A tal proposito, è opportuno richiamare che il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2001-2003 inserisce, fra gli obiettivi di priorità sociale, la promozione di una visione positiva della persona anziana. Partendo, infatti, dalla constatazione che la dinamica demografica (come già evidenziato) pone l'Italia fra i Paesi con la più alta percentuale di anziani, esso riafferma che tale fenomeno di progressivo invecchiamento della popolazione italiana sta modificando le caratteristiche delle reti familiari e dei bisogni sociosanitari degli anziani, sia a livello individuale che familiare.

Si rileva, infatti, che sempre più numerosi sono gli anziani che vivono soli (quasi il 30%), e che essi, per la maggior parte dei casi, riescono a garantirsi un'autonomia, totale o parziale, nella vita quotidiana, grazie alle soddisfacenti condizioni di salute ed alle ancor solide reti familiari (soprattutto nei piccoli centri urbani e nelle Regioni meridionali), che consentono una autonomia senza abbandono.

Il Piano osserva, ancora, che aumenta il numero di anziani che contribuiscono attivamente alla vita sociale e che offrono un valido sostegno alla famiglia, sia sul piano relazionale che economico e finanziario: in molti casi, sono i nonni e le nonne a conciliare e gestire le esigenze e le responsabilità familiari. Ciò vale anche per la Puglia.

A tal proposito va però ribadito che l'invecchiamento, oltre agli aspetti generali, demografici e sociali, è soprattutto un processo naturale, con specificità a livello individuale e personale, che richiede un'analisi particolare riferita alle condizioni fisiche, psichiche e socio familiari di ogni persona anziana. Occorre evidenziare, infatti, che circa il 90% della popolazione con più di 65 anni è "autosufficiente" (ISTAT). Una popolazione che richiede politiche attente a mantenere un grado di autosufficienza che permetta di ridurre conseguenze più gravi sul piano sociale, psicologico ed economico. Politiche fondate su attività di socializzazione e scambi culturali, motorie e di educazione a stili di vita coerenti con l'età anziana, che consentano alle persone anziane di ridurre il disagio personale fisico e psichico e, grazie a questo, essere in grado di fornire un contributo importante alla vita sociale delle comunità.

E' proprio la maturazione di una nuova coscienza e volontà di garantire alle persone anziane il potere di autodeterminazione e la tutela della dignità personale, a impegnare la comunità nella differenziazione degli interventi e dei servizi sanitari e socioassistenziali in favore degli anziani: è, infatti, sempre più necessario innovare e diversificare l'offerta di interventi e servizi, creando stabili ed efficaci sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni, enti e volontariato.

### ***Il sistema di offerta dei servizi e le priorità d'intervento***

La Regione Puglia ha promosso, con la l.r. n. 49/1981 e con il regolamento n. 1/1983, interventi promozionali per il potenziamento dei servizi di assistenza in favore delle persone anziane ed ha regolamentato gli standard strutturali e organizzativi dei servizi e delle strutture dello specifico settore.

Successivamente, con il regolamento n. 1/97, ha disciplinato il contributo per gli oneri derivanti dall'assistenza sanitaria delle persone non autosufficienti ospitate nelle case protette.

La l.r. n. 17/2003 riordina complessivamente il sistema di offerta dei servizi a favore della popolazione anziana, dentro il più complessivo quadro di priorità definite dai livelli essenziali di assistenza; indica la priorità dei servizi di domiciliarità e identifica le diverse tipologie di strutture per anziani, specificandone le caratteristiche:

- a) Comunità Alloggio/Gruppo Appartamento, struttura residenziale autogestita, consistente in un nucleo di convivenza a carattere familiare per anziani autosufficienti che necessitano di una vita comunitaria e di reciproca solidarietà.
- b) Casa Alloggio, struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera, a bassa intensità assistenziale, costituita da un insieme di alloggi di piccola dimensione e varia tipologia dotati di tutti gli accessori per consentire una vita autonoma e da servizi collettivi destinati ad anziani autosufficienti.
- c) Casa di Riposo, struttura residenziale a prevalente accoglienza alberghiera destinata ad ospitare, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi anziché gestire in maniera autonoma la propria vita, o che hanno dei limitati condizionamenti di natura fisica, psichica, economica o sociale, nel condurre una vita autonoma.
- d) Residenza Protetta, struttura residenziale, a prevalente accoglienza alberghiera e ad integrazione sociosanitaria, destinata ad ospitare, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con limitazioni fisiche e/o psichiche non in grado di condurre una vita autonoma, ma che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.
- e) Centro Diurno, struttura socio-assistenziale a regime semiresidenziale costituente luogo d'incontro e di relazioni in grado di permettere, anche all'interno o in collegamento con le strutture di cui alle lettere b), c) e d), l'erogabilità di prestazioni che rispondano a specifici bisogni della popolazione anziana.

Il Piano Nazionale già richiamato prevede che le politiche sociali a favore della popolazione anziana devono proporsi prioritariamente i seguenti obiettivi:

- a) sostenere le famiglie con anziani non autosufficienti bisognosi di assistenza a domicilio;
- b) innovare e diversificare l'offerta di interventi e servizi, a livello diurno, semiresidenziale e residenziale;
- c) riconoscere il diritto all'autodeterminazione dell'anziano nella scelte abitative.

A tal proposito, è opportuno ribadire che, ferme restando le competenze del Servizio Sanitario Nazionale, in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti, a sostegno della domiciliarità, devono essere realizzati prestando particolare attenzione alla necessaria integrazione tra assistenza e sanità.

Gli interventi sociali a sostegno delle persone anziane, in particolare per quelle non autosufficienti, devono, pertanto, coordinarsi con il "Progetto Obiettivo Anziani" e, in

particolare modo, con le Politiche di Integrazione tra Sanità e Assistenza Sociale, come definite dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento relativo all'Integrazione Socio-Sanitaria, nonché come previsto dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale della Regione Puglia.

Pertanto, i Piani di Zona, nel corso del triennio di vigenza, sulla base di una preliminare, corretta e accurata rilevazione dei bisogni complessivi, della domanda, esplicita o sommersa, di prestazioni e servizi, dell'offerta di servizi già esistente, devono garantire:

- a livello di ambito, l'attivazione di interventi di assistenza domiciliare e di assistenza domiciliare integrata sociosanitaria, e la creazione di servizi semiresidenziali, con particolare riferimento ai centri diurni (anche intergenerazionali) nel cui ambito programmare e organizzare una autentica attività di socializzazione, affidata a personale specializzato (educatori professionali e animatori sociali) competente rispetto ad approcci, metodi e strumenti da utilizzare con le persone anziane così da renderli "soggetti attivi" della vita personale e della comunità;
- a livello sovra-ambito, la creazione di servizi residenziali, in attuazione degli obiettivi sopraindicati e in rispetto delle tipologie di strutture previste dalla normativa della Regione Puglia.

Oltre ai suddetti servizi i Piani di Zona, ai sensi dell'art. 26 della l.r. n. 17/2003, in ordine alle esigenze e ai bisogni del territorio ed in relazione alle risorse disponibili, potranno prevedere l'attivazione o il potenziamento dei servizi di:

- affido anziani, con il coinvolgimento di famiglie opportunamente selezionate e formate, al fine di assicurare alle persone anziane in difficoltà o prive di assistenza il sostegno alla vita quotidiana;
- servizio civile, anche d'intesa con le organizzazioni sociali e sindacali delle persone anziane, valorizzandone le esperienze e le competenze in programmi di pubblica utilità, al fine di promuovere il ruolo attivo della persona anziana nella società;
- telefonia sociale, servizio di aiuto rivolto a tutti i cittadini, da assicurare nei tempi e nei modi adeguati ai bisogni del territorio, per facilitare l'accesso alle prestazioni fruibili sul territorio.

La organizzazione della rete dei servizi per le persone anziane dovrà tenere conto non in modo secondario anche delle emergenze sociali che interessano gli anziani, con particolare riferimento a specifiche punte stagionali, quali:

- l'emergenza estate che coglie numerosi anziani in condizioni di solitudine ed in precario stato di salute, quando il clima estivo con le alte temperature, l'allontanamento di molti componenti della rete familiare e la chiusura di molti servizi sociali accrescono i rischi che anche malori non gravi possano trasformarsi in pericoli per la vita dell'anziano, ovvero che l'anziano scivoli lentamente in uno stato depressivo legato alla solitudine;
- la sensazione di abbandono che in coincidenza con le feste natalizie ed altri periodi festivi può determinare situazioni molto tristi e rischiose per l'equilibrio psico-fisico soprattutto di anziani e persone sole in condizioni di fragilità.

In tutti questi casi i Comuni devono poter intervenire, in collaborazione con il personale del distretto sanitario e con le associazioni di volontariato, garantendo un presidio costante del territorio e una immediata capacità di offrire sollievo e risorse per il superamento dell'emergenza.

I Comuni dovranno, pertanto, programmare con il Piano Sociale di Zona anche il **pronto intervento sociale per anziani**, da potenziare in alcuni periodi dell'anno, che,

proprio valorizzando i vantaggi della dimensione di ambito piuttosto che solo comunale, potrà avvalersi di diversi servizi tra loro integrati quali:

- la teleassistenza e il telesoccorso che consentano di seguire la quotidianità della vita della persona sola in casa, dall'esigenza di ricordare l'assunzione di medicine, alla verifica dello stato di salute, dalla compagnia alla definizione di appuntamenti per interventi domiciliari, nonché per monitorare lo stato di salute e le condizioni psico-fisiche dell'anziano, favorendo anche interventi tempestivi e, quando possibile, preventivi, del personale sanitario;
- l'assistenza domiciliare sociale per far trascorrere ore in compagnia, per assistere nelle più semplici faccende domestiche, per accompagnare le persone sole nelle diverse commissioni quotidiane che dovessero rendersi necessarie;
- la distribuzione di pasti a domicilio intensificata;
- la organizzazione di iniziative numerose e diffuse nei quartieri per offrire alle persone sole momenti ludico-ricreativi e socializzanti, che quotidianamente possano rompere la monotonia della solitudine, anche potenziando le attività dei centri diurni per anziani nei mesi estivi, con l'impiego di volontari e del personale del servizio civile.

In tutti i servizi e gli interventi indicati va raccomandata una particolare attenzione per la formazione e la qualificazione professionale degli operatori, tenuto conto complessità e della specificità dei bisogni delle persone anziane. Più in generale va evidenziata la necessità di procedere con gradualità nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi, suggerendo una priorità per la realizzazione dei servizi che non richiedano onerosi interventi strutturali o che possano essere offerti tramite la valorizzazione e l'utilizzazione di strutture esistenti sul territorio, nonché tramite il raccordo e l'armonizzazione con la programmazione e l'attuazione dei servizi e degli interventi regionali e locali, relativi ai vari settori d'intervento (sanità, urbanistica, lavori pubblici, trasporti, etc.).

Per quanto riguarda poi la realizzazione di strutture assistenziali che richiedono un particolare onere finanziario, si raccomanda di valorizzare il primo triennio di pianificazione zonale, dedicando i primi due anni alla progettazione delle strutture (anche a livello sovradistrettuale, nel rispetto di una logica di priorità e di gradualità), riservando al terzo anno gli impegni gestionali delle stesse, in modo da garantire un'utilizzazione delle risorse ben distribuita nel tempo, più equilibrata ed efficace.

### **3.6.3 Le persone con disabilità**

#### ***L'evoluzione dei bisogni delle persone disabili***

Le caratteristiche quantitative e qualitative dei fenomeni legati alle disabilità, cui si è accennato nel primo capitolo del presente Piano, mostrano con chiarezza le difficoltà della condizione specifica nella quale si trovano le persone diversamente abili nel Paese, con una specificità del Mezzogiorno e, quindi, nella nostra Regione. Le notevoli trasformazioni sociali, economiche e culturali della società italiana se da una parte hanno prodotto miglioramenti complessivi per le condizioni fisiche e la durata della vita delle persone disabili, dall'altra non hanno comunque consentito una diffusione omogenea ed efficace degli interventi e dei servizi sociosanitari su tutto il territorio nazionale.

Questo problema è parte dell'importante confronto sul tema dei LIVEAS (livelli essenziali di assistenza sociali) che è all'attenzione del dibattito nazionale in materia di politiche sociali.

Questa situazione di difficoltà non ha consentito lo sviluppo di reali processi d'integrazione sociale e comunitaria, tesi a far recuperare al disabile una condizione di pari opportunità nel soddisfacimento dei bisogni personali e relazionali. Va rilevato, a tal proposito, che agli opportuni, anche se spesso tardivi, provvedimenti legislativi che si sono susseguiti a livello nazionale e regionale - per quanto riguarda la Regione Puglia, si rimanda al capitolo introduttivo del presente Piano, relativo alle Politiche Sociali della Regione e alle iniziative legislative approvate negli anni scorsi - non sono seguiti adeguati impegni, programmatici e organizzativi, relativi allo sviluppo e al consolidamento di interventi e di servizi appropriati.

Per quanto riguarda la situazione pugliese, in particolare, va ribadita la necessità di una maggiore e più efficace integrazione fra gli interventi di tipo sanitario e gli interventi di tipo sociale, in modo da superare le attuali confusioni operative, per realizzare concretamente ed efficacemente la piena integrazione delle persone disabili nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro.

Un primo importante progresso in tale direzione si è avuto in Puglia con l'attuazione della l. n. 162/1998, che ha introdotto un fondo per il finanziamento di progetti individuali in favore di portatori di grave handicap e che ha permesso il finanziamento dei progetti presentati dagli Enti Locali. Di recente sono stati finanziati i primi interventi per il "dopo di noi" che, come diremo più avanti, occorre potenziare e diffondere sul territorio regionale. Si tratta di prime importanti esperienze da valorizzare e incrementare, nei contenuti e nelle metodologie, con l'entrata in vigore del sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali e con la pianificazione e programmazione sociale e sanitaria in ogni ambito territoriale.

E' necessario rilevare inoltre che attualmente non esistono, a livello nazionale, precisi e attendibili dati statistici, quantitativi e qualitativi, sulle persone disabili, che, in base alle rilevazioni ISTAT, dovrebbero essere circa il 5-6% della popolazione, anche se permangono fondate perplessità sulla validità scientifica delle fonti e delle metodologie di rilevazione.

Ancor più precaria è la realtà statistica pugliese, con scarsissimi dati, in particolare, sul tipo di disabilità, sulle classi di età, sulla collocazione territoriale, sulla ospitalità familiare e/o istituzionale.

Per quanto riguarda la situazione generale pugliese, ciò che si può senz'altro affermare, come un dato consolidato e indiscutibile, è rappresentato dalla *centralità della famiglia* nella cura della malattia e nella tutela della salute delle persone disabili. I dati nazionali ISTAT, a questo proposito, indicano nel 11-12% la percentuale di famiglie con almeno un disabile: per la Puglia le stime degli operatori del settore ipotizzano qualche punto percentuale in più.

E' possibile, pertanto, indicare alla programmazione territoriale la necessità di prevedere un maggior sviluppo della rete dei servizi e delle prestazioni, con caratteristiche di flessibilità funzionale ed organizzativa, adeguate alle differenti realtà territoriali ed alle diverse esigenze delle famiglie. E', in altri termini, necessario creare uno stretto legame di relazionalità e reciprocità fra famiglie e sistema dei servizi, in modo da elaborare e attuare programmi individualizzati (anche in base all'art. 14 della l. n. 328/2000) che tengano conto delle specificità delle condizioni di bisogno, rapportate anche alle condizioni sociali del disabile e del suo nucleo familiare.

A tal fine, la rete dei servizi deve disporre di strumenti, professionalità e strutture efficienti in grado di garantire efficaci interventi di supporto, a livello domiciliare,

semiresidenziale e/o residenziale, con l'attivazione e l'utilizzazione delle risorse disponibili sul territorio (pubbliche, private, del privato sociale e del volontariato) in un'ottica comunitaria.

#### ***Il sistema di offerta dei servizi e le priorità d'intervento***

Nella definizione delle politiche d'intervento per le persone disabili, va ricordato che il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003, con l'obiettivo 4 (*sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, in particolare gli anziani e le disabilità gravi*), già forniva alcune indicazioni alla programmazione regionale e locale, proponendo in particolare di:

- a) favorire la permanenza a domicilio, l'inserimento presso famiglie, l'affidamento a persone o strutture comunitarie e di accoglienza di tipo familiare, di persone (*anziane e/o non autosufficienti*) disabili con problemi di non autosufficienza, in particolare delle disabilità gravi, sostenendone l'autonomia e limitando quanto più possibile il ricorso alla istituzionalizzazione;
- b) sostenere i nuclei familiari nelle responsabilità di cura domiciliare di persone (*anziane e/o non autosufficienti*) disabili non autosufficienti, in particolare di quelli gravi.

Anche il Libro Bianco sul Welfare - Proposte per una società dinamica e solidale - ha inserito fra le aree di intervento prioritarie quelle relative alla "autonomia psicofisica", con l'obiettivo di garantire l'accesso al lavoro ed alla assistenza per tutti quei soggetti che presentano gravi limitazioni alla loro autonomia fisica e psichica.

Gli interventi prioritari previsti sono:

- a) lo sviluppo di programmi e progetti che aiutino le persone con disabilità nella partecipazione alla vita del lavoro, sociale e collettiva, in maniera da permettere una piena realizzazione delle potenzialità individuali unitamente ad un arricchimento delle dinamiche sociali;
- b) l'attivazione di reti di assistenza per una migliore gestione della dipendenza fisica in condizione di trattamento domiciliare, con particolare enfasi all'iniziativa organizzata delle famiglie;
- c) la definizione di standard comuni per abilitare al trattamento delle malattie croniche e della dipendenza;
- d) la promozione e la diffusione delle buone prassi, l'incentivazione e lo sviluppo della ricerca applicata e delle innovazioni gestionali per migliorare l'efficienza globale del sistema.

Nel Libro Bianco sul Welfare vi è anche il riconoscimento esplicito che "(...) *La non autosufficienza delle persone in condizioni di cronicità, degli anziani e dei disabili, non ha ancora ottenuto risposte adeguate: a queste persone il sistema socio-sanitario non è ancora in grado di fornire servizi sanitari e sociali sufficienti. Le misure a favore delle persone non autosufficienti e dei loro familiari sono urgenti, improcrastinabili (...)*". Per questo motivo è previsto il varo del "Piano nazionale per la non autosufficienza" e, successivamente, il "Programma Straordinario per la disabilità", aventi come obiettivi comuni:

- a) la costruzione di un nuovo modello di finanziamento e di accesso alle prestazioni;

- b) la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto familiare e sociale;
- c) il mantenimento e maggiore recupero possibile dell'autonomia personale;
- d) la costruzione di servizi territoriali personalizzati, integrando sanità e assistenza.

E' in discussione in Parlamento l'istituzione di un Fondo specifico per la non autosufficienza.

Alla luce di tali considerazioni si posso indicare nella programmazione degli interventi a favore delle persone disabili i seguenti obiettivi prioritari:

- a) sostenere e sviluppare tutta l'autonomia e le capacità possibili delle persone non autosufficienti, in particolare dei disabili gravi;
- b) rimuovere gli ostacoli che aggravano le condizioni di disabilità;
- c) creare le migliori condizioni possibili per le pari opportunità;
- d) sostenere, ma anche sollevare le famiglie dall'onere esclusivo dell'assistenza;
- e) dare continuità ai servizi erogati nei centri di accoglienza per disabili gravi privi di assistenza familiare;
- f) monitorare i livelli di attivazione degli interventi per disabili gravi nei termini di misure assistenziali, educative, riabilitative e scolastiche.

In relazione a tali obiettivi e coerentemente con le finalità e i principi generali della l.r. n. 17/2003, i Piani di Zona dovranno prevedere le seguenti misure:

- a) le indicazioni relative all'elaborazione dei progetti personalizzati di riabilitazione e reinserimento sociale, in conformità alle normative vigenti;
- b) lo sviluppo di servizi di assistenza a domicilio per favorire la permanenza dei disabili presso la propria abitazione, anche quando privi di sostegno familiare;
- c) lo sviluppo di centri diurni socio-educativi, finalizzati al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia;
- d) la promozione e il sostegno dei servizi famiglie-comunità per il "*dopo di noi*";
- e) l'individuazione di soluzioni abitative adeguate alla disabilità fisica, anche grave, favorendo la ristrutturazione delle abitazioni degli interessati e l'utilizzo di patrimoni comunali finalizzati a interventi sociali e di edilizia popolare;
- f) la promozione di interventi volti a consentire al disabile grave una vita di relazione e integrazione sociale, il più possibile piena e indipendente, sostenendolo nelle difficoltà legate al trasporto, alla gestione del tempo libero, alla realizzazione della pratica sportiva;
- g) l'elaborazione di interventi di sostegno all'inserimento e all'integrazione scolastica, per le aree di propria competenza, e di inserimento lavorativo attraverso servizi adeguati, coinvolgendo le famiglie quali parti attive del processo di autonomia dei propri congiunti, garantendo la dignità del soggetto inserito e ricercando la migliore collocazione possibile per lo sviluppo delle capacità del disabile;
- h) la sperimentazione di programmi di assistenza, anche in forma indiretta ed autogestita, per la vita indipendente delle persone non autosufficienti.

Per quanto riguarda le strutture per disabili la legge regionale indica le seguenti tipologie, specificandone le caratteristiche:

- a) Comunità Alloggio-Gruppo Appartamento, struttura residenziale a bassa intensità assistenziale, parzialmente autogestita, destinata a soggetti maggiorenni, privi di validi riferimenti familiari, in situazione di handicap fisico, intellettuale o sensoriale, che mantengano una buona autonomia tale da non richiedere la presenza di operatori in maniera continuativa;



- b) Comunità Socio-Riabilitativa, struttura residenziale socio-assistenziale a carattere comunitario destinata a soggetti privi del sostegno familiare o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia valutata temporaneamente o definitivamente impossibile o contrastante con il progetto individuale. La struttura è finalizzata a garantire una vita quotidiana significativa, sicura e soddisfacente a persone maggiorenni in situazione di compromissione funzionale, con nulla o limitata autonomia, e assicura l'erogabilità di interventi socio-sanitari non continuativi assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio;
- c) Residenza Protetta, struttura residenziale socio-assistenziale destinata a persone in situazione di handicap con gravi deficit psico-fisici, che richiedono un alto grado di assistenza alla persona con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo ad elevata integrazione socio-sanitaria;
- d) Centro Diurno Socio-Educativo, anche all'interno o in collegamento con le strutture di cui alle lettere b e c, struttura socio-assistenziale a ciclo diurno finalizzata al mantenimento e al recupero dei livelli di autonomia della persona e al sostegno della famiglia; il centro è destinato a soggetti diversamente abili, con notevole compromissione delle autonomie funzionali e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un percorso di inserimento lavorativo e assicura l'erogabilità delle prestazioni riabilitative di carattere socio-sanitario.

Pertanto i Piani di Zona, sulla base di una preliminare, corretta e accurata rilevazione dei bisogni complessivi, della domanda, esplicita e sommersa, di prestazioni e servizi, nonché dell'offerta di servizi già esistente, devono garantire prioritariamente, almeno a livello di ambito territoriale, l'attivazione degli interventi di assistenza domiciliare e dei servizi di sollievo per le famiglie (anche ai sensi della l. n. 162/1998) e l'attivazione di centri diurni socio-educativi nel rispetto delle tipologie indicate e degli indirizzi in materia di integrazione sociosanitaria.

Contestualmente, a livello sovra-ambito, dovrà prevedersi la realizzazione di strutture residenziali per disabili gravi, privi del necessario supporto familiare (servizi "Dopo di noi") prevedendo anche sostegni a quelle iniziative già in atto.

Per quanto concerne le attività relative all'integrazione scolastica di alunni disabili, occorre richiamare anche qui la necessità di sviluppare forme di cooperazione dei vari soggetti istituzionali nelle rispettive aree di competenza, al fine di garantire la realizzazione dei servizi, senza soluzione di continuità. A questo proposito si ribadisce che, in relazione a quanto previsto dall'art. 139 del D.Lgs. n. 112/1998, sono attribuiti alle Province, per quanto concerne l'istruzione secondaria superiore, e ai Comuni, in relazione agli altri gradi inferiori di scuola, i compiti e le funzioni relative ai servizi di supporto organizzativo del servizio di istruzione per gli alunni con handicap o in situazioni di svantaggio. Si tratta della cosiddetta assistenza specialistica, assicurata da personale qualificato, sia all'interno che all'esterno dell'istituzione scolastica - a titolo esemplificativo si indicano le figure dell'educatore professionale, dell'assistente educativo, del traduttore del linguaggio dei segni - o da personale paramedico e psico-sociale (proveniente dalle ASL). Per quanto attiene alle competenze dei Comuni, i Piani di Zona dovranno pertanto prevedere specifiche iniziative volte a garantire l'integrazione scolastica degli alunni disabili, per l'attività di assistenza specialistica qui richiamata.

Oltre ai suddetti servizi, da considerare prioritari, i Piani di Zona, ai sensi dell'art. 26 della l.r. n. 17/2003, in ordine alle esigenze e ai bisogni presenti sul territorio ed in relazione alle risorse disponibili, potranno prevedere (rispettando una gradualità nel

triennio) l'attivazione o il potenziamento dei servizi di nuova istituzione o in essere, con particolare riferimento a quelli previsti dalla l.r. n. 17/2003.

In tutti i servizi e gli interventi indicati va raccomandata una particolare attenzione per la formazione e la qualificazione professionale degli operatori, tenuto conto della complessità e della specificità dei bisogni delle persone disabili.

In generale, quindi, va raccomandata, ancora una volta, una gradualità nella programmazione e nell'organizzazione, suggerendo una priorità per la realizzazione dei servizi che non richiedano onerosi interventi strutturali o che possano essere offerti tramite la valorizzazione e l'utilizzazione di strutture esistenti sul territorio, nonché tramite il raccordo e l'armonizzazione con la programmazione e l'attuazione dei servizi e degli interventi, regionali e locali, relativi ai vari settori (sanità, urbanistica, lavori pubblici, trasporti, ecc).

Per quanto riguarda, poi, la realizzazione di strutture assistenziali che richiedono un particolare onere finanziario, si raccomanda di valorizzare il primo triennio di pianificazione zonale, dedicando i primi due anni alla progettazione delle strutture (anche a livello sovra-ambito, nel rispetto di una logica di priorità e di gradualità), riservando al terzo anno gli impegni gestionali delle stesse, in modo da garantire un'utilizzazione delle risorse ben distribuita nel tempo, più equilibrata ed efficace.

### **3.6.4 Le dipendenze**

#### ***L'evoluzione del fenomeno***

L'abuso di sostanze stupefacenti si connota sempre più come un fenomeno complesso e multiproblematico in quanto manifestazione di un disagio profondo e radicato in continuo cambiamento. Ad oggi la fotografia che ci consegna anche la "*Relazione al Parlamento 2003 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*" descrive un fenomeno che risulta essere caratterizzato da:

- un aumento del numero dei soggetti in trattamento presso i servizi siano essi pubblici o privati;
- un aumento soprattutto per quanto riguarda i "vecchi utenti" rispetto ai nuovi accessi che registrano una flessione;
- un consumo caratterizzato da un aumento di sostanze come cocaina e nuove droghe, più volte combinate tra loro, mentre l'eroina, sebbene rimanga la sostanza di gran lunga preferita ed usata, registra una flessione in termini assoluti;
- un aumento del consumo di alcool tra i giovani ed i giovanissimi.

Sempre più a fianco delle vecchie forme di dipendenza e di povertà ad essa connesse, vediamo emergere nuovi elementi che aumentano la complessità del fenomeno.

Accanto al tossicodipendente per così dire *storico*, condizione nella quale spesso le forme d'emarginazione e di devianza sono più marcate e visibili, affiora un'area di consumo che potremmo definire *di compatibilità* nella quale si affermano nuove sostanze o nuove modalità d'assunzione, tali da consentire agli individui di mantenere, anche per lunghi periodi, condizioni di vita apparentemente normali. Si tratta di persone che soffrono di una qualche forma di dipendenza e che non hanno la capacità di elaborare un libero ed autonomo progetto di vita sociale. La loro particolare debolezza può anche non derivare da una posizione marginale rispetto al mercato del lavoro o all'ambito scolastico, ma è piuttosto riferibile ad un deficit relazionale, nonché al rischio

di cronicizzazione, sempre più presente soprattutto per gli utenti storici che accedono ai servizi pubblici o privati che siano.

Sono *disuguaglianze di tipo orizzontale* che attraversano questa come altre aree dell'emarginazione, con forme di precariato occupazionale e con modalità relazionali "intermittenti" ed incerte.

Le nuove forme di debolezza emergenti presentano, dunque, aspetti multidimensionali.

Sinteticamente possiamo affermare che ci si trova sempre più spesso di fronte a soggetti, per così dire al margine dell'area di rischio, che rischiano soprattutto nelle fasi nodali della propria vita, anche del proprio percorso di recupero o di transizione della propria esistenza, di veder peggiorare, fino al rischio della compromissione definitiva, la propria vita sociale, lavorativa e relazionale.

Gli interventi da programmare sul territorio in materia di dipendenze devono svilupparsi a partire da un approccio culturale che guarda alla comunità nel suo complesso, ponendosi l'obiettivo di aiutare l'individuo a trovare in quella comunità le risorse per far fronte alla propria condizione, e a riscrivere il proprio progetto di vita fuori dal circuito della dipendenza. Ciò significa essenzialmente rafforzare e rendere competente il territorio, costruire politiche pubbliche per la salute in età evolutiva, creare ambienti ed occasioni di sostegno e di sviluppo delle capacità del singolo individuo.

Tutto ciò ci induce a indirizzare e coordinare le azioni della rete dei servizi su progettualità specificatamente territoriali e che siano in grado di rispondere alla complessità del fenomeno con interventi capaci di promuovere il protagonismo della comunità locale.

Un territorio dunque che sappia attivare, ancora una volta privilegiando l'integrazione delle politiche, la molteplicità di attori che concorrono, o che possono concorrere, alla produzione del "ben-essere" collettivo o individuale e che insieme sappiano ragionare, al di là delle singole emergenze, su come si possa promuovere la condizione sociale su quell'ambito territoriale. Gli elementi tali da consentire ad una comunità di aspirare ad essere complessivamente più competente, potrebbero essere tavoli permanenti ed altre forme di coordinamento che si occupino in modo strutturato di programmazione, di coprogettazione e di valutazione degli interventi nell'area specifica.

#### ***Il sistema di offerta dei servizi e le priorità d'intervento***

Il sistema di offerta dei servizi deve porsi la necessità di orientare e coordinare l'insieme degli interventi messi in campo, perché siano finalizzati a:

- prevenire stili e comportamenti a rischio tra giovani assuntori di sostanze stupefacenti attraverso interventi educativi, nelle scuole, di strada, nei luoghi del tempo libero e attraverso campagne di comunicazione/informazione/promozione;
- sostenere la persona nel lungo e difficoltoso percorso di recupero attraverso forme di sostegno e di accompagnamento al lavoro;
- supportare la famiglia nell'assunzione delle proprie responsabilità genitoriali attraverso interventi di informazione/formazione e di sviluppo di forme di auto-mutuo-aiuto;
- eliminare o quanto meno ridurre il rischio di emarginazione sociale, di sofferenza e di malattia tra la popolazione tossicodipendente;
- riconoscere un protagonismo particolare ai consumatori al fine di sviluppare particolari abilità e forme di autotutela.

Il consumo di sostanze stupefacenti non è solo una causa di malessere, ma anche il sintomo di un disagio profondo che una efficace e non occasionale azione di contrasto deve poter prevenire e/o contenere. Ciò può essere fatto solo se si è capaci di sviluppare nella comunità un'attenzione al complesso delle problematiche che le dipendenze portano con sé.

Il fenomeno delle dipendenze presenta delle caratteristiche particolari che qui non si intende sottovalutare e che, senza dubbio, presuppongono interventi altrettanto specifici. Ciò non toglie che, per evitare il rischio di confinare la dipendenza al solo intervento degli "specialisti", occorre pensare a strategie che sappiano muoversi a 360 gradi e che puntino ad una consapevolezza della comunità che troppo spesso, proprio sulla base dell'indubbia complessità del fenomeno, è stata completamente delegittimata nel suo ruolo di corresponsabilità sociale a cui le dipendenze, al pari di ogni altra forma di disagio, rimandano.

Dunque non atti preminenti ma azioni trasversali, che favoriscano l'integrazione di assi progettuali diversi e che consentano a più attori di interagire fra loro, condividendo obiettivi ed attività.

Se ne indicano a titolo esemplificativo alcuni:

- interventi di promozione territoriale (comunicazione sociale, azioni di sensibilizzazione, formazione di operatori della prevenzione, anche nelle agenzie educative territoriali, formali ed informali);
- forme di sostegno e di supporto all'assunzione delle responsabilità genitoriali, anche attraverso le forme del mutuo aiuto;
- prevenzione delle forme di disagio giovanili, stimolando la partecipazione ed il protagonismo giovanile, anche mediante la valorizzazione dei gruppi dei pari;
- incentivazione dell'incontro e della collaborazione fra scuola ed extra-scuola, anche tramite la diffusione dei Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.), delle attività di lotta all'abbandono e alla dispersione scolastica, degli interventi di educazione socioaffettiva;
- educativa di strada, valorizzando le esperienze positive già realizzate;
- promozione della collaborazione fra Enti locali, SER.T., Enti ausiliari, Servizi della Giustizia e Uffici Territoriali del Governo, per favorire il "reinserimento scolastico, lavorativo e sociale del tossicodipendente" (D.P.R. n. 309/1990, art. 114) e delle persone coinvolte nel circuito penale;
- forme di sostegno alle esperienze di autotutela e di auto-sostegno;
- servizi per l'occupabilità delle fasce svantaggiate.

Inoltre si indica la necessità di verificare l'opportunità di istituire servizi mirati di accompagnamento al lavoro per persone ex tossicodipendenti, in coerenza con quanto previsto dal presente Piano per le misure di contrasto alla povertà, in stretta collaborazione con i centri per l'impiego, che si occupano di orientamento, accompagnamento e inserimento delle persone svantaggiate.

Si sottolinea, infine, che nell'ambito del Piano Sociale di Zona ciascun ambito territoriale potrà presentare progettualità per interventi e servizi che, per tipologia e natura delle attività proposte rispetto al soggetto titolare (Comuni, ASL, Enti Ausiliari, organizzazioni di volontariato, cooperative sociali di tipo B e loro consorzi), siano coerenti con quanto previsto dal Reg. n. 1/2000 per l'utilizzo delle risorse del Fondo per la Lotta alla Droga (ex D.P.R. n. 309/1990), e che dovrà essere destinato a tali progettualità un ammontare minimo di risorse nella misura del 5% delle risorse complessivamente disponibili per il riparto agli ambiti territoriali, come sarà indicato al successivo Cap. VI.

### **3.6.5 La salute mentale**

#### ***L'evoluzione del fenomeno***

L'applicazione della legge 180 nella nostra Regione, per quasi un ventennio, è stata caratterizzata dal lento progredire della de-istituzionalizzazione, stante la presenza di quattro ospedali psichiatrici, due pubblici, due privati.

Tale processo può dirsi concluso, come affermato nel Piano Sanitario Regionale 2002 - 2004: *"Sono stati definitivamente chiusi gli Ospedali psichiatrici pubblici di Lecce e Latiano (Br) ed è stato completato il superamento dell'Ospedale psichiatrico Casa della Divina Provvidenza di Foggia; restano da dimettere dall'Ospedale psichiatrico Casa Divina Provvidenza di Bisceglie un centinaio di pazienti per completare definitivamente il processo di chiusura delle strutture manicomiali del territorio regionale"*.

Ciò è stato reso possibile dal consolidamento dei servizi, sia pubblici che privati, che hanno completato la rete territoriale e si sono dati un assetto definitivo, caratterizzato dalla presenza del privato nel settore dell'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Il processo è stato favorito dall'approvazione delle Linee-guida regionali per il superamento degli Ospedali psichiatrici, dei Requisiti minimi delle strutture di riabilitazione psichiatrica, della l.r. n. 30/1998 di organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale, del Progetto obiettivo regionale per il miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali.

Le ASL hanno approvato l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale, articolato nelle Unità operative individuate dalla l.r. n. 30/1998; le strutture residenziali e semidiurne di riabilitazione psicosociale, provvisoriamente accreditate, hanno assunto i requisiti minimi strutturali ed organizzativi stabiliti dal Consiglio regionale con la deliberazione n. 244/1997, successivamente modificata con il Reg. n. 7/2003.

E' in corso di attuazione il Progetto obiettivo regionale "Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali", che persegue, nello specifico:

- la creazione del sistema informativo sulla salute mentale;
- la realizzazione di un programma di valutazione regionale della qualità delle strutture di riabilitazione psichiatrica residenziale;
- l'avvio di interventi di riabilitazione e prevenzione dei disturbi psichiatrici in età evolutiva;
- il potenziamento dei centri diurni, il sostegno alle associazioni dei familiari ed ai gruppi di auto aiuto, l'inserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici;
- la realizzazione di un progetto di miglioramento della qualità della vita nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.

Pertanto, per il triennio 2002-2004, al fine del perseguimento degli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario Regionale ha individuato, tra le azioni prioritarie da portare a compimento, le seguenti:

1. la piena integrazione delle attività delle articolazioni del Dipartimento di salute mentale nell'ambito delle attività distrettuali, con un più ampio coinvolgimento dei servizi distrettuali nei problemi di salute mentale della popolazione e col coordinamento delle funzioni del Dipartimento di salute mentale con quelle affini afferenti al settore materno infantile, alla struttura territoriale di Medicina fisica e riabilitazione ed ai servizi per la tutela degli anziani, nei modi previsti dall'art. 3 quinquies, commi 2 e 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni, basandosi sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture

operative, cosicché dall'integrazione derivino la completezza e la qualità dell'offerta;

2. l'affermazione di prassi e atteggiamenti non di attesa, ma mirati a intervenire attivamente e direttamente nel territorio (domicilio, scuola, luoghi di lavoro, quartiere, etc.), in collaborazione con gli altri servizi sanitari e sociali, le associazioni dei familiari, il volontariato e le altre agenzie presenti sul territorio impegnate nella lotta all'esclusione, attivando programmi specifici di contatto e di recupero dei pazienti che rifiutano la cura o che abbandonano il servizio;
3. una specifica attenzione alla realizzazione degli interventi di tutela della salute mentale nell'infanzia e nell'adolescenza, in stretta integrazione con i servizi distrettuali materno-infantili e per l'handicap, con i servizi scolastici, gli enti locali e ogni agenzia territoriale interessata alle problematiche minorili;
4. il sostegno alle famiglie degli utenti, interventi finalizzati a un graduale reinserimento del paziente nel nucleo e nella comunità sociale, attraverso la predisposizione di specifici programmi di aiuto alle famiglie dei malati mentali;
5. il sostegno alle politiche e ai programmi territoriali finalizzati al reinserimento lavorativo dei pazienti psichiatrici.

Allo stato attuale, è possibile evidenziare che, a fronte di quanto definito nel Piano Sanitario Regionale, i punti di debolezza sono costituiti da:

- l'aumento delle patologie mentali anche gravi;
- la comparsa e il rapido aumento delle patologie a doppia diagnosi;
- l'incremento quantitativo e qualitativo dell'area della cronicità;
- la riduzione delle risorse complessivamente disponibili.

Il punto di forza, per contro, è costituito dalla fusione, che nell'assistenza psichiatrica si è verificata, tra il modello assistenziale biomedico e quello biopsicosociale, con il conseguente sovvertimento sia strutturale sia di processo.

Il consolidarsi della psichiatria territoriale, infatti, ha determinato l'acquisizione e la dilatazione di una cultura della riabilitazione volta a valutare i bisogni delle persone, ad applicare, valutare e migliorare continuamente buone pratiche, per realizzare interventi sempre più efficaci.

Si è andato affermando, in definitiva, l'intervento di riabilitazione psicosociale, che parte dalla definizione della migliore qualità della vita possibile per l'utente per farne l'obiettivo finale.

Un obiettivo da perseguire acquisendo la capacità di offrire soluzioni complesse e articolate, integrate nella molteplicità dei soggetti, degli approcci disciplinari, dei modelli d'intervento.

### ***Il sistema di offerta dei servizi e le priorità d'intervento***

La riabilitazione psicosociale è in grado di rispondere a molteplici bisogni espressi dall'utenza e di dare, perciò, soluzioni anche al problema della riduzione dell'uscita dal nucleo familiare verso la residenzialità, ai soli casi in cui questo atto si renda effettivamente utile al raggiungimento di obiettivi di riabilitazione psicosociale.

Le esperienze di assistenza ai nuclei familiari, anche con prestazioni domiciliari, fin qui realizzate in singoli CSM, hanno dimostrato la loro efficacia nel sostenere le famiglie

nella relazione con il malato, migliorando la comprensione e la tolleranza e nel realizzare interventi di prevenzione verso i minori.

Occorre che tali servizi, interventi e attività realizzate a favore delle persone in situazione di disagio psichico e delle loro famiglie possano, con le previsioni di cui al presente Piano, consolidarsi, per garantire almeno il mantenimento degli attuali livelli d'assistenza, sinora assicurati dai Servizi Pubblici.

Anche nell'area della salute mentale il Piano Regionale delle Politiche Sociali intende infatti promuovere gli sforzi per l'affermazione del principio della domiciliarità, che è fondante per l'intero assetto del sistema di servizi disegnato dalla l.r. n. 17/2003, con la necessità di realizzare servizi erogati direttamente nell'ambito familiare.

Non si può, infatti, parlare solamente di persone socialmente fragili, ma di famiglie socialmente fragili, la cui condizione di debolezza è determinata dalla presenza di un sovraccarico, dalla precarietà economica, ma anche dalla mancanza d'opportunità di partecipazione e d'espressione di una cittadinanza attiva.

Le soluzioni offerte dai servizi sociali pubblici, devono essere integrate in una soluzione il più possibile personalizzata dei problemi della famiglia fragile, che solo con l'attivazione di tutte le risorse che la stessa famiglia possiede può essere creata e realizzata.

Ciò per indurre, nel nucleo familiare, l'avvio di processi di comprensione della malattia mentale, delle sue conseguenze patologiche e comportamentali, per aumentare la tolleranza e la capacità d'accoglienza, garantendo, in definitiva, la permanenza della persona malata nel nucleo familiare.

L'assistenza domiciliare, inoltre, può porsi come intervento fondamentale per il sostegno alla prevenzione della patologia psichiatrica nei minori facenti parte di nuclei familiari ove vi sia un componente in situazione di disagio psichico.

Ne consegue che l'invio ai servizi residenziali o alla comunità d'accoglienza, così come definita dalla l.r. n. 17/2003 all'art. 24, comma 2, deve essere visto come il terminale estremo di una serie d'interventi che si esplicano anche attraverso l'assistenza effettuata direttamente nel nucleo.

Un servizio domiciliare avente tali obiettivi si caratterizza, perciò, come educativo.

La complessità dell'intervento sul disagio psichico necessita dell'utilizzo del Progetto Personalizzato d'Assistenza, redatto dall'équipe inviante, con la collaborazione dell'utente e della famiglia, che determina gli obiettivi, l'organizzazione, la durata temporale, le attività di verifica e di valutazione. Gli interventi saranno coordinati dal Servizio Sociale Professionale di Zona, che li concorderà con l'équipe del servizio inviante, sulla base del Progetto Personalizzato d'Assistenza.

L'istituzione di un servizio di assistenza ed educativa familiare si colloca a completamento dell'offerta di servizi, integrandosi, in particolare, con le attività già svolte sul territorio dai Servizi Territoriali di Salute Mentale e dai Centri Diurni, così come definiti dal Regolamento Regionale n. 7/2003.

L'attività di questi servizi dimostra, infatti, come l'intervento effettuato sul nucleo familiare frena sicuramente la richiesta di allontanamento, sino a ridurla al minimo, poiché si esplica nella funzione di mediazione tra le esigenze del componente in situazione di disagio psichico e quelle dei familiari.

Poiché, però, gli interventi domiciliari sono solo una parte di quelli attuati nei servizi, non c'è dubbio che il passaggio dall'intervento domiciliare al servizio di assistenza ed educativa familiare determinerà un netto miglioramento dell'efficacia dell'assistenza alla salute mentale.

Il servizio sarà realizzato sulla base del Progetto Personalizzato d'Assistenza, come sopra descritto, ed effettuato dalla figura dell'educatore professionale.

Il perseguimento di uno degli obiettivi strategici assunti dal Piano Regionale delle Politiche Sociali, quale quello dello sviluppo dei servizi di aiuto e sostegno della famiglia e dell'individuo, pone importanti questioni in merito alla integrazione sociosanitaria e alla organizzazione dell'accesso. Ogni intervento di Assistenza Domiciliare ed Educativa è fondato sul Progetto Personalizzato d'Assistenza che deve essere redatto dall'équipe inviante, con la collaborazione della famiglia e del malato e che determina gli obiettivi, l'organizzazione, la durata temporale, le attività di verifica e di valutazione.

Il servizio sarà effettuato dalla figura professionale dell'educatore, sarà coordinato dal servizio sociale professionale, che concorderà gli interventi con l'équipe del servizio inviante, sulla base del Progetto Personalizzato d'Assistenza.

Il principale risultato atteso è quello di creare le condizioni per il miglioramento della qualità della vita delle persone in stato di disagio psichico nel loro ambiente di vita e, in particolare, nella famiglia, determinando l'acquisizione o il miglioramento della capacità di accoglimento della malattia e di permanenza nel nucleo e, contemporaneamente, l'utilizzo della residenzialità solo come mezzo per la realizzazione del Progetto Personalizzato d'Assistenza.

E' privilegiata l'erogazione dei servizi ad opera di organismi della cooperazione o imprese sociali accreditati, secondo criteri di professionalità, qualità, esperienza nel settore e capacità economica.

I risultati attesi, come sopra dichiarati sono più facilmente raggiungibili progettando ed attuando interventi finalizzati all'inclusione sociale e all'inserimento lavorativo, che si connota, quindi, come ulteriore priorità programmatica. In questo ambito una delle esperienze più interessanti realizzata in Puglia è quella legata al mondo della Cooperazione Sociale di tipo B, di cui alla l. n. 381/1991. Le Cooperative Sociali offrono servizi, personale specializzato ed attuano percorsi di inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati in strutture con caratteristiche imprenditoriali, sviluppando professionalità spendibili sul mercato. Uno sviluppo delle cooperative e di altre imprese sociali già esistenti sul territorio o la creazione là dove non ne esistano è, quindi, da considerarsi tra le azioni da sviluppare per la realizzazione degli obiettivi definiti dalla l.r. n. 17/2003.

Nell'arco del triennio, inoltre, si dovranno sviluppare iniziative d'inserimento lavorativo diretto, mediante la formazione di figure professionali opportunamente formate e di cooperative sociali per l'inserimento lavorativo all'interno della rete di collegamenti con Enti Locali, Servizi Pubblici, piccole e medie imprese. L'inserimento lavorativo è integrato con il servizio di assistenza domiciliare ed educativa e con tutti gli altri servizi già esistenti, in base alla definizione del Progetto Personalizzato d'Assistenza.

Con riferimento alle misure di sostegno economico, la l.r. n. 26/1987 introduceva l'erogazione di contributi economici da parte delle USL, corrispondendo le relative risorse nella forma di assegni di assistenza per utenti di trattamenti riabilitativo-terapeutici che non godono della pensione sociale. La l.r. n. 17/2003 abroga la suddetta legge con la entrata in vigore del regolamento attuativo, e le ASL hanno continuato ad erogare tali sussidi. Inoltre la l.r. n. 4/2003 (legge finanziaria regionale per il 2003) ha destinato apposite risorse proprio per la copertura delle spese sostenute dalle ASL per il 2003. E' necessario che i Piani Sociali di Zona prevedano azioni specifiche da parte dei Comuni, di natura socioassistenziale, per garantire il necessario supporto al nucleo familiare e all'utente che è interessato da un trattamento riabilitativo-terapeutico.



E' necessario che nella programmazione degli interventi in quest'area specifica si considerino anche le iniziative tese a sostenere gli utenti nella ricerca di un'abitazione. A tale obiettivo programmatico è possibile dare una soluzione, almeno parziale, impegnando i Comuni a riservare un percorso privilegiato nelle attribuzioni di case popolari o ad erogare contributi economici che facilitino l'affitto di appartamenti.

Pertanto, i Piani Sociali di Zona sulla base di una preliminare, corretta e accurata rilevazione dei bisogni complessivi, della domanda, esplicita e sommersa, di prestazioni e servizi, dell'offerta di servizi già esistente, dovranno prevedere l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare ed Educativa e definire le forme di incentivazione dell'inserimento lavorativo, sia mediante l'affido di servizi a Cooperative Sociali, sia mediante l'attivazione di attività di rete ad esso finalizzate di ambito o sovra-ambito.

Con riferimento alle strutture di tipo residenziale (così come individuate all'art. 24 della l.r. n. 17/2003) ed alle strutture sanitarie a rilievo sociale (così come individuate nel Reg. n. 7/2003), è opportuno che all'interno del Piano Sociale di Zona venga definita la dimensione ottimale di tali strutture ed il fabbisogno, anche considerando che per tali strutture l'interesse sovradistrettuale, che può essere individuato a livello di Azienda Sanitaria Locale, può essere considerato come adeguato in relazione alla finalità generale di ridurre al minimo il ricorso alle prestazioni di tipo residenziale.

Sul piano della sperimentazione si propone la progettazione del servizio di affido (art. 27, comma 9, l.r. n. 17/2003) con attività di selezione delle famiglie affidatarie, formazione e corresponsione dell'assegno di assistenza (art. 27, comma 11), da avviare nel triennio successivo.

### **3.6.6 L'abuso e il maltrattamento**

#### ***L'evoluzione del fenomeno***

La violenza sui bambini e sulle donne in tutte le sue forme (trascuratezza, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, abuso sessuale, violenza fisica e psicologica, violenza assistita, sfruttamento lavorativo, sindrome di Münchhausen, riduzione in schiavitù e induzione alla prostituzione, pedofilia) rappresenta un problema che viene sentito a tutti i livelli, politico istituzionale, giudiziario, della scuola, dell'assetto dei servizi sociali, del mondo dell'associazionismo, nel Terzo Settore e nel volontariato.

Le statistiche ufficiali, i cui dati non corrispondono all'effettiva consistenza del fenomeno, riportano che i delitti specificamente a danno di minori non mostrano alcuna evidente tendenza all'aumento. Ciò significa che il fenomeno è fortemente sommerso, con un rapporto che gli esperti calcolano nella proporzione di 1:100, tra le denunce ed il volume reale del fenomeno.

Sono, invece, in forte aumento le denunce di violenza sessuale.

Nel corso del 2000 si sono avute 489 segnalazioni di reato, con un aumento percentuale del 15% rispetto al 1999, che hanno riguardato 698 vittime di reato, con un aumento del 22% sul 1999.

In Italia meridionale, in particolare, si registra il più alto numero di minori vittime di violenza sessuale. Si è passati da un totale di 257 vittime nel 2000, a fronte di 164 nell'Italia nord-occidentale e di 123 nell'Italia centrale, a un totale di 149 minori vittime nel 2001.

Anche in Puglia il fenomeno dell'abuso, ancorché sommerso per definizione, assume dimensioni ormai apprezzabili in ogni contesto di osservazione: nelle richieste d'intervento in ambito socio assistenziale, nelle segnalazioni degli operatori scolastici, nelle indagini delle forze dell'ordine e nei pronunciamenti giudiziari.

In base alle più recenti statistiche, nel 2000, in Puglia, i minori vittime di violenze sessuali sono stati 78, di questi 35 con età fino a 10 anni, 27 tra gli 11 e i 14 anni, 16 tra i 15 ed i 17 anni. Nel 2001 si è registrata una diminuzione del fenomeno con un totale di 44 minori segnalati come vittime.

Complessivamente si può pertanto affermare che il fenomeno del sospetto abuso e maltrattamento ai danni di minori:

- è sommerso e occulto in quanto tende a richiamare attenzione soltanto quando assume un livello di gravità tale da causare danni spesso irrimediabili;
- è pericoloso e richiede, pertanto, l'attivazione di adeguati interventi di protezione e tutela;
- è difficilmente rilevabile con sufficiente certezza, pertanto richiede una presa in carico anche delle situazioni dubbie;
- è complesso e multiproblematico, per cui si dovrà procedere ad una valutazione interdisciplinare congiunta;
- tende a cronicizzarsi, piuttosto che risolversi spontaneamente, per cui le azioni intraprese dovranno essere idonee e tempestive;
- viene spesso negato, in quanto la famiglia si sottrae all'intervento degli operatori;
- si rivela spesso una patologia familiare: la diagnosi e la terapia possono pertanto coinvolgere l'intero nucleo;
- tende a perpetuarsi: un bambino che subisce abusi e maltrattamenti ha maggiori probabilità di diventare a sua volta un genitore maltrattante e/o a sviluppare una patologia psichiatrica;
- produce un forte impatto emotivo nella pubblica opinione, per cui diventa oltremodo difficile orientare la comunità ad assumere atteggiamenti orientati alla prudenza piuttosto che al panico e al giustizialismo;
- impone particolari sforzi sul piano della ricerca di possibili protocolli d'intervento in favore degli stessi abusanti e maltrattanti cui riferirsi, riconoscendone il ruolo di malati.

Lo strumento normativo fondamentale, che ispira l'azione delle istituzioni in materia è la *Convenzione di New York sui Diritti del Fanciullo* (ratificata in Italia con la l. n. 176/1991). A questo importante documento si rifanno altri significativi atti adottati a livello europeo e internazionale, elaborati nel settore della violenza sessuale e dello sfruttamento dei minori.

La legge del 28 agosto 1997 n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" individua gli itinerari della crescita, della formazione e della socializzazione delle persone come luogo di prevenzione del disagio e di rafforzamento delle identità, di sviluppo del benessere e della cultura, di misura dell'efficacia politica e amministrativa. Obiettivo di questa legge è non tanto quello tradizionale di sanzionare comportamenti scorretti o abusanti nei confronti dei soggetti più deboli della nostra società, quanto piuttosto quello di sviluppare, attraverso interventi innovativi, condizioni che consentano di promuovere positivamente i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza e di assicurare ai cittadini di minore età quelle opportunità indispensabili per un adeguato processo di sviluppo umano che porti alla costruzione di personalità compiute.

L'art. 4 fa esplicito riferimento alla creazione ed al potenziamento di servizi di sostegno alla relazione genitori-figli, di contrasto delle povertà e della violenza, nonché misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo-assistenziali.

La lettera h del medesimo articolo indica, tra gli strumenti idonei al perseguimento di tale finalità, gli interventi di prevenzione e di assistenza nei casi di abuso o di sfruttamento sessuale, di abbandono, di maltrattamento e di violenza sui minori.

In base all'art. 2 della l. n. 269/1998 contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale a danno dei minori, il Tribunale per i Minorenni deve adottare i provvedimenti utili all'assistenza, anche di carattere psicologico, al recupero e al reinserimento del minore.

La l.r. n. 10/1999 della Regione Puglia contiene una serie di norme per la programmazione e l'organizzazione degli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza. Gli interventi sono finalizzati a realizzare sul territorio regionale un sistema di servizi, opportunità e garanzie volte al pieno sviluppo della persona del minore e alla valorizzazione e sostegno delle reti sociali primarie, in primo luogo le famiglie, quali ambito di relazioni significative per la crescita della persona.

La l. n. 154/2001 ha previsto una serie di misure contro la violenza nelle relazioni familiari. Tra queste figura l'art. 342 bis e 342 ter c.c. che disciplinano presupposti e contenuti degli ordini di protezione contro gli abusi familiari. Tale legge ha previsto, altresì, una tutela per il figlio minorenni. L'ambito di applicazione della l. n.154/2001 e quindi dei nuovi articoli 342 bis e 342 ter c.c., come inizialmente fissato dal contenuto normativo dei singoli articoli, è però ridefinito dall'art.5, il quale dispone che le norme della legge stessa si applichino, in quanto compatibili, anche nel caso in cui la condotta pregiudizievole sia stata tenuta da altro componente del nucleo familiare ovvero nei confronti di altro membro dello stesso.

Quale componente del nucleo familiare, anche il figlio di età minore può essere soggetto attivo o passivo della condotta che legittima l'esercizio dell'azione civile contro le violenze nelle relazioni familiari. Altre novità introdotte dalla l. n.154/2001 riguardano gli articoli 330 e 333 c.c laddove, tra le misure che il Giudice, Tribunale per i minorenni, può adottare nell'interesse del minore, è stato introdotto anche l'allontanamento dalla residenza familiare del genitore o del convivente che maltratta o abusa del minore.

### ***Il sistema di offerta dei servizi e le priorità d'intervento***

Gli interventi in tema di maltrattamenti, di abuso e di sfruttamento sessuale dei minori sono volti al raggiungimento, a livello territoriale, dei seguenti obiettivi:

- prevenzione del fenomeno;
- presa in carico efficace ed integrata dei casi conclamati e delle situazioni sospette;
- formazione e informazione.

Le azioni prioritarie da sostenere e sviluppare con il Piano Regionale delle Politiche Sociali sono le seguenti:

a) sensibilizzazione e formazione specifica degli operatori responsabili della tutela dei minori, nei vari contesti istituzionali di riferimento (Giustizia, Forze dell'Ordine, Scuola, Servizi Socio-Sanitari, Terzo settore) al fine di diffondere idonei strumenti di conoscenza dei fenomeni e di agevolarne il riconoscimento. La sensibilizzazione sui diritti dei minori e sugli effetti negativi del fenomeno deve estendersi anche all'opinione pubblica ed alla collettività in generale, onde favorire una presa di coscienza generalizzata del problema. La formazione deve assumere il compito di

esprimere competenze didattiche specifiche, sul livello cognitivo del tema, ma soprattutto sulla dimensione esperienziale ed emotiva dell'erogazione del servizio.

La formazione deve garantire la specializzazione e l'aggiornamento professionale, prioritariamente, del personale impegnato nel comparto sociale e socio-sanitario. Una formazione di primo livello dovrà riguardare i cosiddetti osservatori privilegiati (insegnanti, educatori, istruttori sportivi, catechisti, ecc...) per mettere i medesimi nelle condizioni di fruire di una prima capacità di lettura degli "indicatori";

b) censimento delle dimensioni del fenomeno e dell'offerta di servizi specialistici, organizzando una forma di gestione della documentazione esistente presso ognuno degli organi investiti di ruolo istituzionale nel contrasto al fenomeno medesimo. Un'attenta ricognizione dei dati disponibili può esprimere una più attendibile fotografia del fenomeno nel contesto regionale. Il Centro Regionale di Documentazione per le Politiche Sociali provvederà a mettere a punto uno specifico sistema per la banca dati, la gestione del patrimonio accumulato e l'aggiornamento del medesimo. E' evidente che i dati raccolti dovranno riferirsi soprattutto agli aspetti epidemiologici ed alle caratteristiche salienti del fenomeno in analisi, ma dovranno riguardare anche caratteristiche organizzative, gestionali, modelli teorici di riferimento, localizzazione e distribuzione territoriale dell'offerta dei servizi specialistici;

c) istituzione di centri antiviolenza e consolidamento di quelli esistenti. Il centro antiviolenza è una struttura pubblica o privata, dotata di équipe specializzata e adeguata strumentazione, attiva nel settore della prevenzione della violenza contro i minori e della protezione da tale violenza, nonché nell'aiuto alle vittime. Nuovi centri antiviolenza o segmenti di specializzazione possono essere attivati anche all'interno delle strutture dell'ambito territoriale, ricercando la massima collaborazione dei consultori familiari. I centri antiviolenza operano in collegamento tra loro per lo scambio di informazioni ed esperienze. Uno dei centri già operanti potrà essere individuato per la funzione di raccordo, al fine di:

- facilitare la comunicazione scientifica e lo scambio di esperienze sia attraverso occasioni di dibattito che per mezzo di pubblicazioni anche in forma di report periodici;
- garantire la necessaria attività di supervisione delle équipe di lavoro impegnate nei centri antiviolenza, periodica, in forma sia centralizzata che dislocata;
- realizzare, periodicamente, forme di aggiornamento scientifico anche attraverso il ricorso a corsi concepiti o svolti fuori Regione;
- offrire consulenza costante sull'attivazione di forme di sostegno finanziario alle attività in essere, attraverso la progettazione finalizzata in ambito locale, nazionale ed europeo, la ricerca di partnership, anche promovendo forme consortili tra gli stessi centri antiviolenza.

Per il perseguimento degli obiettivi fin qui espressi, il Piano Regionale delle Politiche Sociali sostiene l'impegno di servizi e risorse umane diverse già disponibili nel sistema integrato dei servizi sociosanitari a livello locale.

I servizi socio - assistenziali del territorio sono chiamati ad assicurare risposte di tutela della salute psico-fisica del minore presunta vittima di episodi di violenza. In particolare, essi sono tenuti ad attivare, in maniera integrata, le misure di tutela, presa in carico, sostegno nella validazione e sostegno del minore durante tutto il procedimento, comprese eventuali iniziative disposte dall'Autorità Giudiziaria competente, nonché quelle conseguenti e successive agli esiti del procedimento stesso.

Le prestazioni di tipo socio-assistenziale al minore ed alla famiglia dovranno rispecchiare il concetto di natura integrata della salvaguardia della salute così come

definitivamente sancito nella più recente normativa in materia, in un'ottica di intervento «globale» della rete dei servizi, che assicuri risposte tempestive ai bisogni emergenti, valorizzando le risorse e l'apporto delle diverse professionalità coinvolte ed evitando la sovrapposizione delle iniziative.

Particolare attenzione nella definizione dei progetti di intervento nel campo dell'abuso e maltrattamento in ciascun Piano Sociale di Zona dovrà essere riposta nell'utilizzo dei diversi strumenti disponibili per la gestione dei casi di minori e donne abusati o maltrattati. Gli strumenti di riferimento sono i seguenti:

- **Rilevazione** - Attraverso la rilevazione, l'operatore che viene in contatto con il minore, raccoglie i segnali provenienti dal bambino e dalla sua famiglia (cosiddetti indicatori specifici) e valuta se siano riconducibili ad un'ipotesi di sospetto abuso o maltrattamento: non è responsabilità dell'operatore dimostrare che si sia verificata una violenza né valutare l'attendibilità delle dichiarazioni della presunta vittima, ma di dare avvio al percorso di tutela in caso di sospetto;
- **Segnalazione** - La segnalazione è un atto di responsabilità individuale. Tale segnalazione non è la formulazione di un giudizio, ma è l'apertura di una collaborazione: essa costituisce il momento fondamentale del percorso diagnostico e prognostico e va considerata come risorsa per il percorso terapeutico. Attraverso la segnalazione, gli operatori dei servizi informano il Tribunale per i Minorenni degli elementi che hanno rilevato dal punto di vista tecnico- professionale, sul pregiudizio in cui si troverebbe il minore. La segnalazione deve essere analitica, nella misura in cui è possibile essere precisi;
- **Denuncia** - Il termine richiama un preciso obbligo (art.331 Cod. Proc. Pen.) degli operatori che, nella loro qualità di pubblici ufficiali o di incaricati di pubblico servizio, abbiano notizia di un reato perseguibile d'ufficio: essi sono tenuti, in tali circostanze, a farne denuncia per iscritto all'Autorità Giudiziaria;
- **Referto** - E' un certificato che assolve al dovere degli esercenti una professione sanitaria di contribuire alla ricostruzione probatoria;
- **Esame clinico** - Ha lo scopo di individuare sul corpo del minore le tracce della violenza. Attraverso l'esame clinico, vengono messi in atto strumenti volti ad accertare l'esistenza del fenomeno, attraverso l'analisi di segni di tipo fisico, aspetti psicologici, racconti del minore. Si ritiene opportuno sottolineare che l'anamnesi e la descrizione degli elementi sopra citati non devono portare alla formulazione di un giudizio, ma fornire informazioni e acquisire dati che per la loro completezza possono essere utilmente impiegati nelle valutazioni tecnico- giudiziarie, in modo da non influire sul successivo operato delle istituzioni che invece sono preposte a formulare una valutazione ed a prendere i provvedimenti necessari;
- **Validazione** - Per "validazione" si intende l'approfondimento in ordine all'attendibilità della presunta vittima e quindi della sussistenza dell'ipotesi di abuso o maltrattamento;
- **Diagnosi e valutazione** - La diagnosi e la valutazione di abuso o maltrattamento sono per definizione "multidisciplinari": ciascuno dei servizi coinvolti è tenuto a raccogliere e mettere a disposizione degli altri gli elementi acquisiti attraverso gli strumenti specifici della sua professionalità, al fine di giungere ad una valutazione complessiva e globale;
- **Audizione protetta** - Per "audizione protetta" si intende, di regola, l'assunzione della testimonianza del minore di anni 16 nel processo penale effettuata in adeguato ambiente esterno al Tribunale, attrezzato con specchio unidirezionale - auspicabilmente in ambienti adeguati ad una corretta accoglienza di un bambino - ,

con l'intervento, in ausilio del giudice, di un esperto in psicologia infantile, o altro operatore psico-sociale, o di un familiare, quando compatibile, e con riproduzione audiovisiva dell'atto.

Va rilevata, in questa sede, l'opportunità che nell'ambito del Piano Sociale di Zona gli interventi già programmati per i casi di abuso e maltrattamento trovino piena integrazione nelle altre politiche di intervento sociale sul territorio, in favore dei minori e delle responsabilità familiari.

### 3.7 Conclusioni

Alla luce delle priorità espresse nei paragrafi precedenti si riassume, con l'obiettivo di proporla ai Comuni impegnati nella redazione del Piano di Zona, una mappa delle tipologie di servizi da realizzare sul territorio pugliese, con la relativa distribuzione temporale nel triennio di attuazione (2004 - 2006) del primo Piano Regionale delle Politiche Sociali.

L'opportunità di disporre in questo triennio delle risorse che saranno finalizzate alle politiche sociali dal Governo nazionale e dalla Regione per gli anni correnti, affiancate dalle risorse relative al triennio 2001-2003 indistinte non ripartite dalla Regione agli ambiti territoriali ed ai Comuni negli anni di competenza, deve essere messa a frutto nella consapevolezza di poter assolvere con maggiori strumenti al compito, comunque non semplice, di strutturare una rete di servizi, sia con riferimento al cosiddetto welfare leggero che al welfare semiresidenziale e residenziale.

La costruzione di una rete di servizi in questo momento storico comporta un impegno molto forte e complesso da parte dei Comuni, di tutti i soggetti del settore pubblico, privato e del privato sociale in ordine agli assetti organizzativi da ridefinire, agli approcci di intervento per molte aree di bisogno da innovare, alle risorse professionali di cui disporre, alla dotazione infrastrutturale (infrastrutture sociali) di cui dotare tutti i territori. Gli sforzi da compiere, peraltro, non devono essere ricondotti al solo versante della offerta dei servizi sociali e sociosanitari; rilievo non inferiore hanno, infatti, le azioni rivolte a modificare la struttura della domanda, perché le famiglie e gli utenti possano essere "educati" alla domanda di servizi qualitativamente più adeguati, alla domanda di mix efficaci di servizi, alla domanda di servizi per il cui costo partecipare coerentemente alle proprie condizioni socio-economiche.

Tipologie di servizi	Annualità di attivazione		
	I annualità	II annualità	III annualità
Servizio Sociale Professionale			
Segretariato Sociale e Sportelli unici di accesso			
Servizi di assistenza domiciliare (ADS e ADI)			
Pronto intervento sociale per casi di abuso e maltrattamento per donne e minori			
Pronto intervento sociale per altri casi			
Centri comunitari e a ciclo diurno per disabili (*)			
Altri centri comunitari (*)			
Strutture residenziali per disabili gravi ("dopo di noi") (*)			
Strutture residenziali per adolescenti a rischio, anche dell'area penale			
Altre strutture residenziali (*)			

(\*) La distribuzione delle priorità per anno deve tenere conto della sostenibilità economica ed organizzativa dei percorsi di avvio di nuovi servizi e della disponibilità a breve o a medio termine di strutture adeguate per accogliere i servizi.

Appare, pertanto, ineludibile la necessità non solo di stabilire delle priorità nella individuazione di quei servizi che ad oggi non sono presenti, o non lo sono in modo sufficiente, sul territorio pugliese, ed attivare tutti gli sforzi possibili per costruire l'offerta di questi servizi, ma anche di definire un ordine temporale per i servizi prioritari, visti gli sforzi economici richiesti ai Comuni e la necessità che la programmazione di tutti i servizi avvenga nel modo più aperto e partecipato possibile, in coerenza con le risorse ed i bisogni presenti nei diversi ambiti territoriali.

La mappa delle priorità distribuite nel triennio, dunque, tiene conto di alcuni fattori che inevitabilmente inducono ad introdurre una certa gradualità di attuazione dei servizi:

- la necessità di organizzare da parte dei Comuni i servizi del welfare leggero, quasi sempre non presenti in modo strutturato e capillare nei territori;
- i tempi necessari per adeguare la dotazione strutturale dei Comuni necessaria per ospitare i servizi di natura semiresidenziale e residenziale;
- la necessità di ricercare il massimo coinvolgimento dei soggetti privati, del privato sociale, delle IPAB e delle altre istituzioni pubbliche per la programmazione e la organizzazione dei nuovi servizi.

Sarà ulteriormente specificata nei capitoli successivi la possibilità di utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali di competenze del triennio 2001-2003 per la realizzazione di interventi infrastrutturali ed i connessi vincoli previsti dalla Regione Puglia.

## **Capitolo IV**

### **Le azioni di sistema**

#### **4.1 Gli strumenti per la costruzione del sistema di qualità sociale**

Con direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, sono stati emanati i "principi sull'erogazione dei servizi pubblici". La direttiva costituisce attuazione della "Carta dei servizi pubblici" con il proposito di dare un efficace contributo alla realizzazione dell'uguaglianza in senso sostanziale, consentendo la partecipazione attiva delle persone e stabilendo precise priorità per l'accesso ai servizi in funzione dei bisogni manifestati dai cittadini.

Essa precisa che sono considerati servizi pubblici quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona (costituzionalmente tutelati) alla salute, all'assistenza e previdenza sociale, all'istruzione, alla libertà di comunicazione, alla libertà e alla sicurezza della persona, alla libertà di circolazione e i diritti di erogazione di energia elettrica, acqua e gas.

La direttiva prevede esplicita indicazione per la quale i principi e i criteri in essa contenuti devono trovare applicazione indipendentemente dal fatto che il servizio sia svolto da enti o da aziende pubbliche o anche da soggetti privati ai quali il servizio pubblico sia stato affidato: ciò in ragione del principio secondo cui è la natura del servizio che lo qualifica come pubblico e non l'ente gestore.

Prima del 1994 alcune leggi emanate per definire specifici settori hanno affrontato il tema della qualità; in proposito sono rilevanti le norme contenute nella legge quadro sul volontariato l. n. 266/1991. La predetta legge all'articolo 7, stabilisce le modalità per la stipula di convenzioni con le organizzazioni di volontariato secondo elementi di valutabilità della qualità. Anche la legge quadro sull'Handicap, l. n. 104/1992 pone le condizioni per la scelta del soggetto pubblico o privato gestore dei servizi secondo elementi di qualità.

#### **Qualità e valutazione nel sistema sanitario**

In data 25 novembre 1993 la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni ha approvato l'atto d'intesa sul piano sanitario nazionale per il periodo 1994-1996. Nell'intesa è definito un primo sistema di valutazione e controllo delle attività sanitarie per rendere compatibili alcune prime comparazioni tra le prestazioni nelle varie Regioni, ma soprattutto c'è l'impegno a definire un sistema di monitoraggio e verifica basato su indicatori e parametri di riferimento per ciascun livello di assistenza.

Il sistema degli indicatori deve essere finalizzato ad assistere i processi decisionali:

a livello locale, ponendo in evidenza le criticità e orientando gli interventi correttivi;

a livello regionale e centrale, consentendo la verifica dei criteri adottati e orientando la programmazione sanitaria e l'allocazione di risorse.

Per consentire la comparazione delle diverse situazioni, le informazioni devono essere:

compatibili con il modello di erogazione dei servizi previsto dalla formulazione dei livelli uniformi di assistenza;



definite all'interno di ciascuna area omogenea di indicatori per rappresentare i principali oggetti della valutazione e cioè:

- domande/accessibilità alle prestazioni;
- risorse impiegate nel processo di produzione ed erogazione delle prestazioni;
- attività svolte;
- risultati ottenuti;
- qualità delle prestazioni.

### **Qualità e valutazione nel sistema dei servizi sociali**

Nella legge quadro n. 328/2000 la verifica dei risultati, attraverso la valutazione della qualità e dell'efficacia delle prestazioni, costituisce riferimento necessario per la realizzazione degli interventi e servizi sociali. La qualità è sempre correlata con la valutazione degli esiti.

La qualità è elemento per definire gli standard delle prestazioni, la professionalità degli operatori, l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi, le modalità di scelta dei soggetti pubblici e privati cui affidare la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni, ecc.

Alle Regioni spetta il compito di definire i requisiti di qualità per la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni.

Il Piano nazionale degli interventi e servizi sociali pone la qualità a livello di sistema che definisce come: insieme di regole, procedure, incentivi, controlli, per assicurare l'orientamento degli interventi e servizi sociali a:

- efficacia dei metodi e degli interventi;
- uso ottimale delle risorse impiegate;
- sinergie con servizi e risorse del territorio;
- apprendimento e miglioramento continuo;
- qualità, quale adeguatezza rispetto ai bisogni;
- valutazione dei risultati.

### **Le tendenze a livello europeo**

Le disposizioni si richiamano espressamente ai fondamentali principi della Costituzione di imparzialità, di eguaglianza, di solidarietà e prevedono che le azioni dei soggetti erogatori siano svolte secondo criteri di efficienza, efficacia e trasparenza (principio del buon andamento dell'amministrazione). Le stesse disposizioni prevedono norme dirette a rendere esigibili i diritti con procedure di facile accesso ai cittadini.

Alla dirigenza, alla quale spettano i compiti di organizzazione delle risorse e in primo luogo di quelle umane, sono attribuite precise responsabilità anche per la valutazione delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti.

I soggetti erogatori devono assicurare adeguati e tempestivi sistemi di informazione sulle modalità di effettuazione dei servizi e sulle forme di rimborso agli utenti nei casi in cui la qualità sia inferiore agli standard stabiliti.

Ai cittadini utenti è riconosciuta la possibilità di partecipare alle attività dei soggetti titolari delle funzioni di programmazione, gestione ed erogazione dei servizi, non solo mediante la consultazione, ma anche con la possibilità di presentare proposte di miglioramento che devono trovare attenta considerazione.

Per le aziende pubbliche che producono servizi pubblici, adeguati livelli di qualità, di efficacia, di efficienza rivolti al soddisfacimento delle aspettative dei cittadini diventano condizioni legittimanti l'esistenza stessa e il ruolo delle aziende.

Il Parlamento europeo ha avanzato la proposta relativa a "Imprese pubbliche, privatizzazioni e servizi pubblici nella Comunità europea". A questo proposito nella sua risoluzione il Parlamento europeo ha invitato la Commissione europea a redigere una "Carta europea di servizi pubblici" che ricerchi un equilibrio tra liberalizzazione e interessi generali.

#### **4.1.1 Autorizzazioni e accreditamento**

Tra le possibili forme di erogazione dei servizi, accanto alle modalità ormai consolidate anche da normative europee per la scelta del soggetto privato contraente della pubblica amministrazione dell'appalto e del convenzionamento, si delineano altre possibilità. In particolare, si sta valutando un modo nuovo che prevede l'acquisto da parte della Pubblica Amministrazione, di una molteplicità di soggetti produttori dello stesso servizio, sulla base di regole che prevedono comuni parametri di qualità a prezzi prefissati. Tale procedura per la scelta dei fornitori di servizi si definisce accreditamento ed ha già trovato attuazione, sia pure parziale, nei servizi sanitari.

La scelta cui sembra orientato il nostro Legislatore di avvalersi per l'erogazione dei servizi pubblici di sistemi di accreditamento, rende necessaria la predeterminazione di alcuni elementi, senza i quali non si avrebbe la necessaria chiarezza nelle stesse logiche che dovrebbero reggere le nuove modalità di espletamento dei servizi.

L'accREDITamento di enti, organizzazioni profit e no profit, per l'erogazione dei servizi può essere affrontato da diverse angolature, quali ad es:

- come sistema per la scelta del contraente della pubblica amministrazione;
- come sistema per definire servizi e promuovere qualità predeterminate;
- come sistema di programmazione dei servizi;
- come sistema per influenzare l'economia di zone determinate, inducendo anche la nascita di organizzazioni produttive di servizi.

Tra quelli possibili, uno dei metodi di approccio consiste nella valutazione delle modificazioni che l'accREDITamento induce nel sistema delle responsabilità, della esigibilità dei diritti, del diritto di scelta dei cittadini.

La creazione di una rete policentrica di erogazione dei servizi, pubblico-privata, con la contestuale realizzazione della sussidiarietà non solo verticale, ma anche orizzontale nel territorio di riferimento, potrà consentire l'esercizio del diritto di scelta correlato con la piena realizzazione dei principi, costituzionalmente garantiti, di imparzialità dell'amministrazione pubblica e uguaglianza dei cittadini.

I criteri che presiedono all'accREDITamento per i servizi sociali sono analoghi a quelli già individuati per i servizi sanitari e sociosanitari. In particolare la normativa nazionale, ma anche quella della Regione Puglia che ne ha espressamente recepito i principi, stabilisce che:

- l'accREDITamento risponde all'esigenza di operare il processo di selezione dei soggetti erogatori attraverso criteri di qualità dell'assistenza;
- l'accREDITamento rappresenta, sia per le strutture pubbliche che per quelle private, il presupposto per l'individuazione dei soggetti, che in base ad appositi accordi negoziali, possono concorrere all'erogazione delle prestazioni;

i requisiti necessari per l'accreditamento sono ulteriori rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività;

le finalità dell'accreditamento sono anche quelle di conferire ai requisiti di qualità un carattere dinamico, dovuto alla necessità di aggiornamento costante in relazione alla evoluzione dei bisogni. Tale aggiornamento deve includere le attività formative del personale orientate alla promozione e al mantenimento della qualità assistenziale;

i criteri dell'accreditamento devono facilitare le valutazioni degli utenti e consentire la misura della loro soddisfazione. In tal senso l'accreditamento rappresenta una delle condizioni di esigibilità dei diritti della persona.

In Italia l'accreditamento trova i suoi primi indirizzi nel D. Lgs. n. 517/93, il quale modifica il precedente D. Lgs. n. 502/92 di riforma sanitaria, stabilendo che i nuovi rapporti basati sul sistema di accreditamento, da definirsi da parte delle Regioni, devono essere fondati sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità. Tale disciplina è assolutamente coerente con quella indicata dalla legge quadro n. 328/2000, dal Piano nazionale degli interventi e servizi sociali, dagli atti di indirizzo successivamente emanati. Da ciò deriva che deve garantirsi:

l'esercizio del diritto di scelta dell'assistito nei confronti delle strutture e delle risorse professionali accreditate e con le quali siano stipulati appositi accordi contrattuali;

la partecipazione dei cittadini e degli operatori sanitari alla valutazione dei servizi, dando allo stesso tempo attuazione alla carta dei servizi;

la razionalizzazione dei servizi e delle attività, evitando gli sprechi e perseguendo l'efficacia e l'efficienza dei servizi;

la definizione di linee guida per individuare le modalità di controllo e di verifica, sulla base di appositi indicatori;

il potenziamento del ruolo dei Comuni nella programmazione sociale e socio-sanitaria;

l'integrazione effettiva a livello distrettuale dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari;

le attività di valutazione e promozione della qualità garantendo processi di formazione degli operatori ;

le definizioni di modelli di accreditamento attuati dalle Regioni in coerenza con le proprie scelte di programmazione;

la definizione di standard per l'accreditamento di strutture, attrezzature e personale, coerenti con le funzioni richieste dopo l'accreditamento.

La l.r. n. 17/2003, all'art. 15, lettere g) ed h) attribuisce alla competenza della Regione la definizione dei requisiti minimi e delle procedure per l'autorizzazione delle strutture e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati, nonché la definizione dei requisiti e delle procedure per l'accreditamento delle stesse strutture.

Si sottolinea, inoltre (art. 20, comma 2) che per le strutture ed i servizi rivolti a:

- persone disabili e disabili gravi
- anziani parzialmente autosufficienti e non autosufficienti
- persone affette da AIDS
- persone con problematiche psico-sociali che richiedano assistenza continua

che erogano anche prestazioni socio-sanitarie, le autorizzazioni dovranno essere rilasciate in conformità alle disposizioni di cui all'art. 8 ter del D.Lgs. n.502/1992 e successive modificazioni secondo la procedure di verifica di compatibilità previste dall'art. 28 della l.r. n. 17/2003.

La legge regionale rinvia al Regolamento Regionale la definizione dei criteri e delle procedure per l'autorizzazione, individuando tuttavia già in questa fase le competenze dei Comuni ed in particolare fornisce indicazioni per i Comuni di procedere al rilascio delle autorizzazioni provvisorie sulla base dei requisiti minimi di cui al Regolamento approvato con D.M. n. 308/2001 e delle eventuali disposizioni regionali vigenti che siano compatibili con la normativa nazionale approvata nel 2001. Sostanzialmente con la l.r. n. 17/2003 si dà vigenza anche in Puglia alle direttive contenute nel D.M. n. 308/2001, che i Comuni sono tenuti a rispettare per il rilascio delle autorizzazioni provvisorie, che deve riguardare sia le strutture precedentemente iscritte negli albi regionali (per anziani e minori) sia quelle di nuova istituzione:

- entro 90 giorni dalla entrata in vigore della l.r. n. 17/2003 le strutture devono fare richiesta di autorizzazione ai Comuni;
- entro 90 giorni dalla richiesta i Comuni dispongono la autorizzazione provvisoria;
- i Comuni definiscono il termine entro cui si deve provvedere all'adeguamento ai requisiti di autorizzazione, ad oggi contenuti nel D.M. n. 308/2001, che comunque non può essere superiore a 3 anni.

Si ritiene opportuno evidenziare sin d'ora che, ai fini dell'espletamento delle procedure per l'affidamento a terzi di servizi e interventi, i Comuni dovranno considerare tra i requisiti per la scelta del soggetto contraente anche il possesso della autorizzazione provvisoria rilasciata ai sensi dell'art. 28 della l.r. n. 17/2003.

Si evidenzia, a tal riguardo che la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività da parte di soggetti pubblici e privati sono subordinate ad autorizzazione, la quale presuppone per l'esercizio il possesso di requisiti minimi:

- strutturali;
- tecnologici;
- organizzativi.

L'autorizzazione rappresenta il primo livello per l'esercizio delle attività e la realizzazione delle strutture e risponde all'esigenza di:

- assicurare standard minimi di sicurezza;
- assicurare qualità delle prestazioni;
- evitare l'esercizio abusivo delle professioni.

#### **L'accreditamento quale ulteriore livello per la qualità dei servizi**

L'art. 33 della l.r. n. 17/2003 individua l'accreditamento come la condizione essenziale per instaurare rapporti economici al fine della erogazione dei servizi la cui responsabilità sia degli enti pubblici, per partecipare all'istruttoria pubblica, per partecipare all'attuazione dei Piani Sociali di Zona.

Si deve sottolineare, peraltro, che l'accreditamento è rilasciato alle strutture autorizzate, pubbliche e private ed alla risorse professionali che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza a:

- requisiti ulteriori di qualificazione;
- funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale;
- verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli eventuali accordi tra Ente Locale e soggetto accreditato, sottoscritti ad esempio con una convenzione.

La Regione Puglia definirà nel Regolamento Regionale le condizioni per l'accreditamento, i requisiti generali e le modalità per l'accreditamento, nonché le procedure per la costituzione dell'elenco ed i criteri per la definizione delle tariffe da corrispondere ai soggetti accreditati per le prestazioni unitarie da parte dei Comuni.

#### 4.2 Aggiornamento e formazione delle risorse umane

La "costruzione" del sistema integrato è un processo complesso nel quale sono coinvolti molteplici Attori che, a livelli diversi, ma in una prospettiva di partecipazione e di confronto, realizzano un ciclo continuo di progettazione-attuazione/sperimentazione-valutazione-riprogettazione, ecc..

Spesso i servizi e gli altri attori delle politiche sociali elaborano progetti di grande interesse, attuano interventi significativi e conseguono risultati rilevanti, ma non sempre hanno la piena cognizione di operare all'interno di questo ciclo, che peraltro è fonte di conoscenze sulle dinamiche sociali, sull'efficacia delle prassi attivate, sulle sperimentazioni realizzate. In altri termini, è tuttora molto limitato il livello di riflessività sul patrimonio delle esperienze prodotte e ancora più circoscritto il livello della circolazione delle conoscenze su quel patrimonio.

Un nodo fondamentale di questo processo è costituito dagli operatori del nuovo sistema integrato che - nonostante il diffuso riferimento, in voga da alcuni anni, alla rete/alle reti, al lavoro di rete/in rete/con le reti, ecc. - continuano molto spesso a svolgere le "proprie" attività e funzioni, all'interno dei "propri" canali istituzionali, difendendo il "proprio" specifico professionale.

Occorre pertanto puntare a strategie di formazione permanente «finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi in attuazione della programmazione regionale» (l. r. n. 17/2003, art. 8 comma 2 lett. o e 9, comma 2, lett. j), ovvero finalizzate alla costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Ferma restando l'opportunità di evitare una proliferazione di nuove e indefinite figure professionali, prive dei requisiti di un'appropriata formazione universitaria - evidenziando che attività quali la trasmissione/diffusione delle informazioni sui diritti, la progettazione delle politiche e degli interventi, la valutazione dei risultati, ecc., costituiscono funzioni proprie di ciascun operatore e di tutti i Servizi sociali e sanitari - il Piano Regionale assume una strategia di formazione e aggiornamento capaci di sostenere l'attuazione della rete dei servizi sociali e sociosanitari sui tre piani di riferimento per lo sviluppo delle risorse professionali:

- l'assistenza di base
- l'area tecnico-professionale
- l'area gestionale.

Questa strategia deve essere fondata su azioni formative che, nel rispetto delle competenze specifiche di ciascuna figura professionale, siano volte alla comune prospettiva della costruzione del sistema integrato, incentivando l'appropriazione di un'area di saperi e competenze relativa:

- all'**integrazione** (fra professionalità, fra "sociale" e "sanitario", fra interventi "sociali" ed "educativi", di orientamento al lavoro, al benessere, all'ambiente, ecc.), accentuando l'apertura comunicativa, l'approccio autocritico, la capacità di ascoltare

- e di apprendere anche da “saperi non professionali” e, quindi, di sperimentare modelli innovativi e flessibili di lavoro sociale;
- allo **sviluppo della cittadinanza attiva** e, quindi, alla valorizzazione delle risorse comunitarie, allo sviluppo dei legami di solidarietà, alla crescita di esperienze di auto e mutuo aiuto, all’appropriazione di conoscenze e competenze inerenti il lavoro di comunità e gli approcci di *assistenza comunitaria*;
  - alla **logica delle reti** e del **lavoro di rete**, all’interazione e cooperazione istituzionale e fra istituzioni, Terzo Settore e associazionismo;
  - alla **ricerca** come “pratica” costitutiva e non episodica o occasionale del lavoro sociale.

Obiettivo non secondario delle azioni di formazione professionale e di aggiornamento che il Piano Regionale delle Politiche Sociali intende sostenere, anche attraverso i Piani Sociali di Zona, è quello della **emersione del lavoro sommerso** nei servizi di cura, per favorire percorsi di qualificazione professionale ed emersione da parte di lavoratori (e più spesso lavoratrici) svantaggiati e dequalificati, ma anche per favorire la crescita della qualità dei servizi a sostegno della assistenza domiciliare e del lavoro familiare.

In tale strategia, tutte le professioni partecipano alla conoscenza dei bisogni, alla programmazione/progettazione degli interventi e alla valutazione dei risultati, ovvero alla costruzione del Sistema Informativo.

I Servizi sociali, socio-sanitari e socio-culturali costituiscono Osservatori, o “Centri di lettura del sociale” (F. Olivetti Manoukian), che attivano flussi costanti di dati verso/dal Centro regionale di documentazione per le politiche sociali di cui all’articolo 11 della l. r. 17/2003, per implementare il sistema integrato.

La Regione predispone e finanzia i piani per la formazione, la riqualificazione e l’aggiornamento del personale addetto alle attività sociali; le Province, nell’ambito delle proprie competenze, collaborano con la Regione nella promozione dei piani di formazione per il personale degli Enti locali impegnato nella costruzione della rete dei servizi socioassistenziali, ed attuano le attività previste nei piani formativi, di concerto con i Comuni che definiranno i rispettivi fabbisogni nella fase di stesura dei Piani Sociali di Zona.

Per il finanziamento delle attività formative dedicate agli operatori sociali dei Comuni, la Regione potrà utilizzare una quota delle risorse di cui all’art. 45 comma 3 riservate per gli oneri derivanti dall’attuazione della riforma delle politiche sociali, e le intese tra Province e Comuni potranno riguardare anche una parte delle risorse di cui all’art. 45 comma 4 della l. r. n. 17/2003 oltre che le ulteriori risorse a ciò destinate dalle amministrazioni Provinciali.

Le azioni di formazione e di aggiornamento potranno essere finanziate all’interno dei Piani di Zona, con le risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali e le altre risorse del Fondo Unico di ambito, se rivolte prioritariamente alla acquisizione di competenze specialistiche per l’attuazione dei Piani. Potranno altresì finanziarsi attività formative finalizzate alla gestione degli stessi Piani con l’obiettivo di sviluppare delle azioni di monitoraggio e valutazione degli interventi, per la crescita di competenze professionali idonee alla costruzione di progetti personalizzati e alla gestione dei casi, per la promozione di azioni di qualificazione professionale di base rivolta all’emersione del sommerso nel lavoro di cura domiciliare.

Le risorse finanziarie destinate a tali interventi non potranno superare il 2% delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali assegnate a ciascun ambito territoriale, ferma restando la possibilità di cofinanziamento con risorse proprie da parte degli Enti locali.

### 4.2.1 I profili professionali sociali

Il quadro di riferimento delle professioni sociali appare oggi particolarmente complesso e ciò per un duplice ordine di motivi: in primo luogo, l'aspirazione degli operatori ad ottenere un formale riconoscimento di professionalità si scontra con la mancanza di visibilità nei confronti dell'opinione pubblica e con una situazione di precarietà e sottovalutazione negli inquadramenti contrattuali; in secondo luogo, la riforma del sistema formativo, che ha elevato l'obbligo scolastico, diversificato la gamma dei corsi professionali regionali e della formazione permanente, ampliato l'offerta delle università (laurea triennale, specialistica, master), ha reso ancor più complesso il quadro di riferimento dei percorsi professionali. Si assiste, infatti, ad una proliferazione di qualifiche e titoli (validi a livello nazionale ovvero spendibili solo in ambito regionale) che porta con sé il rischio di una pericolosa frantumazione del mercato del lavoro.

A fronte di un quadro tanto disomogeneo e frammentario vi è la consapevolezza di essere protagonisti (non semplici spettatori) di una vera e propria rivoluzione delle politiche sociali. Nel sistema di welfare delineato a partire dalla l. n. 328/2000<sup>7</sup>, gli operatori rappresentano il punto cardine della riforma e si candidano ad assumere un ruolo sempre più centrale e determinante. A loro sono affidati compiti ampi e densi di responsabilità, ascrivibili tanto a professioni consolidate quanto a figure emergenti.

L'offerta formativa attualmente disponibile sul territorio pugliese nei diversi ambiti del lavoro sociale è molto vasta e articolata. Gli istituti d'istruzione secondaria professionale per i servizi sociali sono capillarmente diffusi in tutte le Province.

Per quanto riguarda l'offerta formativa specialistica, tra gli altri soggetti erogatori è possibile individuare i seguenti:

- l'Università degli Studi di Bari, l'Università degli Studi di Lecce e la LUMSA (Libera Università degli Studi Maria SS. Assunta), con sede a Taranto, hanno istituito corsi di laurea triennali in Servizio Sociale, recuperando e valorizzando il lascito dei precedenti Diplomi Universitari: questi danno accesso all'esame di Stato per la professione di "assistente sociale";
- presso la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Lecce sono attivi, inoltre i corsi di laurea triennale in "Sociologia" e per "Educatori professionali" ed il corso di laurea specialistica in "Scienze Pedagogiche"; inoltre a Bari è attivo il corso in "Scienze e tecniche psicologiche". A questi vanno aggiunti vari indirizzi di studio istituiti presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia a prevalente vocazione sanitaria, ma dai contenuti affini rispetto alla materia sociale.

Per quanto concerne i bienni specialistici, è già stato attivato il corso in "Scienze per la progettazione e organizzazione dei servizi sociali" (Università di Lecce), mentre è in via d'istituzione presso la Facoltà di Scienze Politiche di Bari la laurea specialistica in "Politiche per i servizi sociali".

Meno ricca e consolidata appare l'offerta di occasioni formative post-laurea. Si segnalano, in particolare presso l'Università di Bari, un Corso di Alta Formazione in "Politiche Europee per lo sviluppo, impresa sociale ed economia solidale", un Master di

<sup>7</sup> L.328/2000, prevede, tra i punti qualificanti del sistema integrato di interventi e servizi sociali:

- 1) la chiara definizione dei profili professionali
- 2) l'elaborazione dei piani di studi della prima formazione, nonché gli indirizzi per l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori.

I° Livello per “Esperto in problematiche socio-sanitarie della popolazione” e un Master di II° Livello per “Esperti in progettazione e valutazione d'interventi a sostegno della genitorialità”. A Lecce è istituito il Master in “Pedagogia interculturale e dimensione europea dell'educazione”.

Accanto all'offerta universitaria, sussiste un articolato sistema di corsi di formazione professionale erogati da una grande varietà di soggetti: dagli enti locali (i Comuni, le Province - che in questo ambito operano tradizionalmente - la Regione), agli attori del Terzo settore (consorzi d'impresе sociali, centrali cooperative, singole ONLUS e associazioni, ecc.), ai soggetti privati (scuole, agenzie ed enti di formazione). Ciò costituisce senza dubbio un notevole patrimonio di saperi e di esperienze che non va frustrato o disperso. Tuttavia, alla già denunciata assenza di riflessività sulle pratiche formative si aggiunge un'evidente carenza di coordinamento e di armonizzazione tra le diverse proposte, che rischia di contribuire alla proliferazione di profili professionali improbabili, dagli incerti contenuti e, soprattutto, poco coerenti con l'obiettivo dell'integrazione con il sistema dei servizi sociali.

Per far fronte a questi nodi problematici, nonché al fine di dare traduzione operativa ai principi strategici sopra specificati, la Regione - anche in ottemperanza alla l. r. n. 17/2003, art. 15, comma 2 lett. q - istituisce presso l'Osservatorio regionale per le politiche sociali - di cui all'art. 11, comma 4, della l.r. n. 17/2003 - un **Tavolo di Concertazione** tra i soggetti a diverso titolo protagonisti dei processi di formazione e aggiornamento degli operatori sociali: le Province (le cui competenze nell'ambito in parola sono specificate al comma 1, lett. d, dell'art. 14 della l. r. 17/2003), i rappresentanti dei corsi di laurea e post-laurea attivati presso le Università presenti sul territorio regionale, i Centri di Servizi Amministrativi (già Provveditorati agli Studi), gli Ordini delle professioni sociali, nonché i Soggetti pubblici, privati e del Terzo Settore di comprovata esperienza in materia di formazione e aggiornamento delle risorse umane in campo sociale, ed i rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali.

Il *Tavolo di Concertazione* potrà contribuire, in particolare:

- alla catalogazione e al monitoraggio dell'offerta formativa esistente in ambito regionale;
- al coordinamento degli interventi di formazione e aggiornamento promossi dai diversi soggetti sul territorio regionale;
- alla definizione degli standard formativi minimi (di carattere quantitativo e qualitativo) per il riconoscimento degli specifici profili professionali in ambito sociale;
- all'armonizzazione e all'integrazione tra sistema formativo e sistema dei servizi sociali, al fine dell'adeguamento dell'offerta di competenze e figure professionali alla domanda e ai bisogni emergenti;
- alla progettazione d'interventi formativi attraverso accordi e protocolli d'intesa con i soggetti erogatori della formazione;
- alla progettazione di cicli di aggiornamento professionale a beneficio del personale di ogni livello operante all'interno del sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, sia nei ranghi amministrativi sia nella sfera del Terzo settore e dei servizi privati;
- al monitoraggio e alla valutazione della qualità degli interventi formativi, previa definizione di criteri e strumenti opportuni;
- alla riflessione tecnico-scientifica sul tema della formazione e sui processi innovativi ad esso legati.



Il Tavolo di Concertazione dovrà operare secondo lo spirito dei principi strategici enunciati (*integrazione, sviluppo della cittadinanza attiva, logica di rete, ricerca*), salvaguardando la centralità degli attori istituzionali (*in primis, l'Università*) nell'intero sistema formativo e armonizzando quest'ultimo agli standard in corso di definizione in ambito europeo.

L'attività del Tavolo di Concertazione si sviluppa all'interno del Centro di Documentazione regionale, di cui all'art. 11 comma 3 della l.r. n. 17/2003, che opera quale centro di raccolta ed elaborazione di dati su tutte le problematiche sociali: il lavoro del Tavolo di Concertazione consentirà di garantire il necessario supporto tecnico all'Osservatorio Regionale per le politiche sociali, con particolare riferimento al recepimento degli indirizzi nazionali e alla ulteriore definizione regionale dei profili professionali sociali e della offerta di percorsi formativi dedicati alla formazione di tali profili.

Allo stato attuale il presente Piano Regionale delle Politiche Sociali prende atto delle **figure professionali sociali di rilievo nazionale**, cioè quelle che sono riconosciute da norme dello Stato italiano inerenti l'assetto dei servizi sociali e socio-sanitari<sup>8</sup>:

- OSS operatore socio-sanitario, livello di base a cui si accede dopo l'istruzione primaria, che sostituisce gli altri profili per l'assistenza di base (OTA e OSA ad esempio);
- Assistente sociale, laurea tre anni e biennio di specializzazione;
- Educatore professionale, laurea tre anni distinta per il settore sociale e il settore sanitario
- Psicologo, laurea tre anni e biennio di specializzazione
- Pedagogista, laurea quadriennale o laurea specialistica
- Sociologo, laurea tre anni e biennio di specializzazione.

Inoltre, il presente piano delle politiche sociali prende atto delle figure professionali presenti sul territorio regionale per le quali è ancora in via di definizione l'equiparazione del titolo e il profilo professionale:

- pedagogista, laurea quadriennale;
- laureati in scienze dell'educazione, laurea quadriennale.

E' necessario, tuttavia - pur nelle more della definizione a livello nazionale dei nuovi profili professionali sociali - che tutti i Comuni ed i soggetti promotori dei Piani Sociali di Zona affianchino al lavoro di elaborazione delle scelte prioritarie di programmazione sociale relative alle tipologie dei servizi da garantire, ai criteri e alle modalità per l'accesso ai servizi, ai nuovi assetti organizzativi dei servizi sociali negli ambiti territoriali, anche una verifica sul fabbisogno di nuove competenze specialistiche e di risorse umane dotate di un profilo professionale funzionale alle necessità relative al mix di servizi che si vuole porre in essere.

Allo stato attuale, e solo a titolo esemplificativo, è possibile individuare tre livelli nel sistema delle professioni sociali:

1. Progettisti, dirigenti e coordinatori delle politiche sociali, figure tecniche per il coordinamento e la gestione degli interventi e dei servizi sociali a livello di ambito territoriale (in possesso di laurea triennale/specialistica e di un corso almeno annuale di livello post-laurea - master, corso di specializzazione o di alta formazione). Tra i profili individuabili vi sono il Manager degli enti che erogano servizi alla persona, il Progettista dei servizi, l'agente di sviluppo per il welfare locale, il Coordinatore/responsabile del Settore Servizi Sociali nei Comuni, il

---

<sup>8</sup> ISFOL "Norme Nazionali" Rapporto di ricerca a cura di Studio Come, 2001. Ora in ISFOL-DPSP MinWelfare, *Figure professionali per il sociale: scenario di riferimento e prospettive di sviluppo*. Rapporto finale della ricerca finanziata nell'ambito Progetto Operativo "Azioni di sistema per favorire l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche del lavoro nell'ambito di riforma dell'assistenza", Asse B, Misura B 1, Ob.3 - 2000-2006.

Responsabile della qualità nell'ambito dei servizi sociali, il progettista e gestore dei sistemi informativi sociali.

2. Operatori professionali in ambito socio-assistenziale (titolari di diploma di tecnico dei servizi sociali ovvero di laurea triennale e/o specialistica), tra cui è possibile distinguere tra operatori e tecnici dell'area del welfare d'accesso, operatori e tecnici dell'area educativa, operatori e tecnici dell'area della mediazione culturale e dell'inserimento lavorativo. Tra i profili individuabili vi sono il Promotore o Antenna sociale, l'operatore di segretariato sociale, l'assistente sociale, l'educatore per l'infanzia, l'educatore professionale, l'animatore sociale, il mediatore culturale, l'operatore dell'inserimento lavorativo, l'esperto in relazioni di aiuto (counsellor), il mediatore familiare.
3. Operatori di base (con un diploma di Scuola media superiore nell'area del servizio sociale e/o con un corso di formazione professionale rientrante negli standard individuati dal *Tavolo di Concertazione*). Tra i profili individuabili vi sono l'Assistente familiare o Assistente di base alla persona e alla famiglia, l'Operatore socio-assistenziale (OSA), l'Operatore socio-sanitario (OSS) che unifica le competenze prevalentemente sociali dell'assistente di base e le competenze prevalentemente sanitarie dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA).

La forte differenziazione tra figure professionali è allo stato attuale presente nelle diverse posizioni lavorative degli operatori sociali impiegati nei servizi esistenti ed è presente nei diversi livelli di offerta formativa garantita anche in Puglia; peraltro, per alcuni profili, si tratta di una differenziazione auspicabile per migliorare la dotazione di risorse umane per l'erogazione di servizi più qualificati.

Sarà impegno della Regione Puglia quello di pervenire al riconoscimento di un insieme di profili professionali, con il supporto del Tavolo di Concertazione di cui sopra, capace di promuovere una razionalizzazione dell'offerta formativa, ma anche un completamento della stessa, nonché di garantire la necessaria ricchezza di competenze specialistiche e abilità professionali da porre al servizio del sistema integrato delle politiche sociali e sociosanitarie.

### **4.3 L'integrazione sociosanitaria**

#### **4.3.1 I riferimenti normativi**

Le azioni di tutela, prevenzione e inclusione sociale promosse con il Piano Regionale delle Politiche Sociali richiedono un coordinamento con le politiche della salute, della scuola, della qualificazione professionale e del lavoro perché si possa attuare un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Ai sensi dell' art. 3-quater D.Lgs. n. 229/1999, il distretto è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali.

A loro volta i Comuni, cui il D.Lgs. n. 229/1999 già attribuiva un significativo ruolo nella programmazione socio-sanitaria territoriale, dalla l. n.328/2000 sono stati definiti come attori principali del ridisegno del sistema integrato territoriale dei servizi sociali. In questo nuovo sistema di welfare gli interventi socio-sanitari rappresentano un impegno ineludibile degli enti locali 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.

L'integrazione sociosanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di uguaglianza e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, consentirebbe l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso sostitutivo a funzioni improprie. Basti pensare, ad esempio, a quanti pazienti disabili di grado lieve-medio, con bisogni prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, sono invece impropriamente ospitati in strutture sanitarie residenziali e ad alto costo. In questi casi, più adeguati interventi sociali consentirebbero contemporaneamente una riduzione della spesa complessiva e risposte più appropriate ed incisive.

L'integrazione sociosanitaria è pertanto una opzione strategica, che deve essere valutata su diversi piani (quello istituzionale, quello gestionale e quello professionale) in quanto la sola in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino.

Per l'integrazione sociosanitaria i punti di riferimento sul piano normativo sono rappresentati da:

- Articoli 8 lettera a), 14,15 e 19 della l. n. 328/2000 e articolo 10 della l.r. n. 17/2003;
- Atto di indirizzo per l'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001 richiamato anche dal Decreto del 29.11.2001 sulla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA).

In particolare per quanto riguarda le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, numerosi appaiono gli ambiti di collaborazione per una programmazione congiunta tra AUSL e Comuni, così come espresso dall'art. 3 comma 2 del DPCM 14.02.01, che fa riferimento ai seguenti interventi:

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazioni dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica o da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

L'integrazione sociosanitaria deve essere promossa sul piano istituzionale, gestionale e professionale.

#### Integrazione istituzionale

Mentre sulla programmazione delle attività sanitarie va richiesto dalla AUSL il parere

del Comitato dei Sindaci di distretto, la programmazione delle attività sociosanitarie va definita "di intesa" fra Comuni ed AUSL. Simmetricamente viene prevista dalla legge 328/00 la partecipazione della AUSL all'Accordo di Programma, e la Regione Puglia con il Piano Sociale Regionale segnala come necessaria la presenza del Direttore Generale della AUSL all'interno del Coordinamento Istituzionale che provvede alla definizione e approvazione del Piano di Zona.

Occorre costituire luoghi di lavoro comune, in cui attori sociali e sanitari di pari dignità siano impegnati a ricercare e negoziare accordi in una prospettiva di crescente collaborazione e integrazione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari.

Appare, pertanto opportuno che le articolazioni distrettuali della Conferenza dei Sindaci della AUSL (i Comitati dei Sindaci) trovino coincidenza con il Coordinamento Istituzionale dell'ambito territoriale sociale, così che le medesime cariche istituzionali e le medesime persone possano incontrarsi in momenti diversi, per discutere di politiche sanitarie, di politiche sociali e di politiche sociosanitarie con una sostanziale continuità di riflessioni e di valutazioni in merito a scelte specifiche.

#### Integrazione gestionale ed organizzativa

E' contestualmente necessario che le AUSL ed i Comuni lavorino per l'attuazione della integrazione sociosanitaria sul piano gestionale e organizzativo perché occorre che i budget dei distretti sociosanitari siano raccordabili con il quadro finanziario di ogni Piano di Zona, e che i referenti delle procedure di programmazione finanziaria e di spesa nelle AUSL e nei Comuni possano operare in un contesto di collaborazione e di omogeneità rispetto ai livelli decisionali ed alle procedure di gestione.

Occorre, inoltre, individuare un luogo e una procedura di coordinamento a livello distrettuale sia per la AUSL che per i Comuni, potendo identificare le possibili risposte nella funzione strategica di coordinamento socio-sanitario, da istituire nelle AUSL, ed il coordinatore dell'Ufficio di Piano Sociale di Zona o dirigente dei servizi sociali del Comune Capofila, da individuare per i Comuni.

#### Integrazione professionale

Un ulteriore ed importante piano per l'attuazione della integrazione sociosanitaria, al fine di favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni, è quello della integrazione professionale, che appare come *conditio sine qua non* per realizzare una efficace valutazione multidisciplinare del bisogno, e per definire un piano di lavoro integrato personalizzato, nonché la valutazione periodica dei risultati.

L'atto di indirizzo e coordinamento per l'esercizio delle funzioni socio-sanitarie (DPCM 14.02.01) merita una particolare attenzione perché introduce modalità operative indispensabili per tutta l'area sociosanitaria e in particolare per la tutela degli anziani non autosufficienti, dei disabili con elevata compromissione dell'autonomia, delle persone con patologie gravi, degenerative ed in fase terminale, nonché per il recupero ai fini del reinserimento sociale di soggetti dipendenti.

Le indicazioni fondamentali dell'atto di indirizzo riguardano non solo le aree dell'integrazione, ma le modalità processuali con cui la stessa integrazione deve essere perseguita:

1. **le prestazioni sociosanitarie** si caratterizzano per la natura e complessità dei bisogni a cui si rivolgono, si connotano per la unitarietà di intervento basato sul concorso di *apporti professionali di tipo sanitario (medico, infermieristico, riabilitativo)*, di *servizio sociale professionale* e di *prestazioni assistenziali*, organicamente inseriti nel progetto personalizzato la cui redazione è basata sulla condivisione di obiettivi, di responsabilità, di risorse umane e finanziarie.
2. **Il percorso assistenziale** deve rispettare le seguenti procedure:

- *definizione della natura del bisogno* attraverso una valutazione multidisciplinare di salute, di autonomia funzionale, di capacità di relazione, favorendo azioni di prevenzione, cura e riabilitazione;
- *stesura di un progetto personalizzato*, indicando le prestazioni necessarie ed i servizi che provvedono ad erogarle, per realizzare le azioni più appropriate per la riduzione del “danno” o il raggiungimento e mantenimento delle migliori condizioni di vita della persona;
- *verifica delle azioni* compiute sotto il profilo della qualità e degli esiti;
- *accesso unico* alla rete dei servizi per gli utenti e le rispettive famiglie, a cui deve poter essere garantita una valutazione integrata, degli aspetti di rilevanza sociale e di rilevanza sanitaria che caratterizzano il caso, prima di essere orientati verso una specifica prestazione sociosanitaria.

Compito della Regione come previsto dall'articolo 10, comma 3, della l.r. n. 17/2003, è di definire indirizzi per l'integrazione sociosanitaria, ed in tal senso le linee di seguito indicate sono da considerarsi punto di riferimento per i Piani Sociali di Zona e per i Programmi Attuativi Territoriali (PAT) dei distretti sanitari.

Le prestazioni sociosanitarie in base alla prevalenza e all'intensità dei processi di cura e riabilitazione rispetto ai processi di assistenza e mantenimento a carattere alberghiero, sono articolate in:

- a. *Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*
- b. *Prestazioni sociali a rilievo sanitario.*

#### **Prestazioni sanitarie a rilievo sociale**

Sono *prestazioni* dell'area *medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa* che si strutturano nell'ambito domiciliare, extraospedaliero con particolare riferimento alle strutture diurne e residenziali. Tra esse sono ricomprese le *prestazioni ad elevata integrazione sanitaria*, per la rilevanza terapeutica e la prevalenza dei fattori produttivi allocati nel sistema sanitario, rispetto alle altre componenti del processo assistenziale.

Sono aree ad elevata integrazione: l'area materno-infantile consultoriale, la tutela della salute degli anziani, dei disabili, dei portatori di patologie psichiatriche, di dipendenze da alcool, droga e farmaci, di patologie per infezioni da HIV, di patologie cronico degenerative e in fase terminale. Per la sede di erogazione delle prestazioni e per i tempi di continuità assistenziale le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione prevedono:

- a) *trattamenti intensivi*, richiedenti un impegno clinico specialistico e complesso effettuato in sede ospedaliera, residenziale extraospedaliera, e, laddove consentito a domicilio (ospedalizzazione territoriale) di tipo diagnostico, di cura e recupero, con tempi definiti, in cui sono prevalenti le funzioni terapeutiche e riabilitative;
- b) *trattamenti estensivi o intermedi*, caratterizzati da un minor impegno terapeutico, effettuato a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera che richiede la presa in carico multiprofessionale, con elevata assistenza alla persona, ai fini della prosecuzione del processo riabilitativo e di reinserimento sociale, con un programma assistenziale di medio/lungo periodo;
- c) *trattamenti di lungo-assistenza*, o mantenimento, in forma integrata o meno, per patologie cronico degenerative, caratterizzati da un costante impegno sociosanitario per limitare gli esiti del deterioramento, ai fini della miglior qualità di vita acquisibile, effettuati a domicilio e in sede residenziale extraospedaliera, a fronte di un programma di lungo periodo, verificabile in

tempi definiti per modulare l'intensità delle prestazioni sanitarie, assistenziali e tutelari.

Le prestazioni individuate alle precedenti lettere devono integrarsi organicamente nel percorso di vita della persona, favorendone lo sviluppo e la miglior qualità esistenziale possibile.

### **Prestazioni sociali a rilievo sanitario**

Consistono in *azioni atte alla rimozione di ostacoli di natura sociale e assistenziale*, che impediscono l'ottimizzazione dei risultati di cura e riabilitazione.

Sono *prestazioni sociali a rilievo sanitario*: il sostegno economico e sociale a favore dell'infanzia, dell'adolescenza, della famiglia, del disabile e dell'anziano; l'aiuto domestico familiare e le forme di sostegno alla domiciliarità, l'ospitalità di tipo "alberghiero" presso le strutture diurne e residenziali per persone con limitazione dell'autonomia *non assistibili a domicilio*, gli interventi di natura economica che si configurano come "facilitanti" l'inclusione sociale (nella vita quotidiana o in attività produttive) per fasce deboli e di emarginazione.

L'atto di indirizzo sugli interventi sociosanitari, in precedenza citato e il DPCM sui LEA del novembre 2001 (cd. "Decreto Sirchia"), fissano anche i criteri di spesa per le prestazioni integrate fornendo indicazioni, per le quali si prevede uno specifico recepimento a cura delle Regioni, in merito alla compartecipazione al costo delle prestazioni da parte degli utenti, dei Comuni e delle AUSL:

- sono a carico delle Aziende U.S.L. le prestazioni sanitarie a rilievo sociale e le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, in quanto ricomprese nei livelli essenziali di assistenza (allegato 1C) . Le AUSL individuano nei Piani Distrettuali, la **quota** del Fondo Sanitario Nazionale loro assegnato da dedicare alle **aree di intervento socio-sanitarie**, in coerenza con gli impegni sottoscritti nell'accordo di programma che approva il Piano Sociale di Zona;
- sono a carico del cittadino e dei Comuni, laddove il reddito del cittadino non lo consenta o lo consenta solo in parte, le quote delle prestazioni sociali o alberghiere che si integrano nel processo sociosanitario. All'interno dei Piani di Zona si individua la **quota a carico dell'utente o del Comune** per la componente sociale delle prestazioni integrate, in coerenza con gli impegni sottoscritti nell'accordo di programma che approva il Piano Sociale di Zona.

L'allegato 1.C del DPCM del 29.11.01, così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

#### **Assistenza Domiciliare:**

- *Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)* - Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona, intendendola rivolta a minori, anziani e disabili;

#### **Assistenza semiresidenziale:**

- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali*
  - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani* - Prestazioni

terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo;

**Assistenza residenziale:**

- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie* - Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali* - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali* - Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani* - Prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- *attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS* - Prestazioni di cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nelle fasi di lungoassistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

#### **4.3.2 Le modalità operative per l'integrazione sociosanitaria**

I raccordi operativi tra servizi sociali e servizi sanitari e socio-sanitari, secondo le linee precedentemente indicate, sono disciplinati nei Piani di Zona e nei Piani delle Attività Territoriali del Distretto sanitario come segue:

- a. i **raccordi operativi** sul progetto di intervento relativo al singolo cittadino-utente, si stabiliscono tra **l'assistente sociale** ed il **medico di medicina generale** e/o il **pediatra di libera scelta**, che coinvolgono, laddove richiesto (minori, disabili, anziani non autosufficienti, etc.) altri operatori per la valutazione del bisogno e la presa in carico multidimensionale;
- b. **l'Unità di Valutazione Multidimensionale**, è garanzia di una **progettualità condivisa** e dei processi di integrazione tra operatori, prestatori di cure familiari ed erogatori dei servizi. L'individuazione di un **operatore referente del caso**, garantisce la responsabilità progettuale e il sostegno all'assistito e al suo nucleo familiare. Il referente del caso (definito nel linguaggio anglosassone *case manager*), si raccorda con gli altri operatori e soggetti della rete per la elaborazione del piano assistenziale e per favorire verso l'utente, l'acquisto delle prestazioni più utili e meno costose per la soluzione e rimozione dei problemi;
- c. la attivazione di una **Porta Unica di accesso** al sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e sociosanitari per garantire a tutti i cittadini un accesso unico e una lettura integrata dei bisogni di cui è portatore, senza dovere duplicare le richieste ad AUSL e Comune, ogni qualvolta la rispettiva situazione di disagio e di difficoltà richieda una valutazione ed un intervento integrati; ferme restando le modalità organizzative che Comuni ed AUSL riterranno di adottare per i rispettivi Servizi Sociali comunali, Ufficio di Piano di ambito e Distretto sanitario di AUSL, è necessario che il momento dell'accesso venga percepito come unico dall'utente e sia a carico del sistema pubblico il raccordo tra i diversi attori responsabili della presa in carico e della elaborazione della risposta da fornire sempre in modo unico all'utente;

- d. le regole di appropriatezza e adeguatezza dei percorsi di cura e riabilitazione sono assicurate attraverso **protocolli di cura e assistenza** per le diverse patologie.

Tali rilievi implicano che gli attori della programmazione sociale di Zona debbano, in sede di concertazione per la stesura del Piano Sociale di Zona, definire il percorso della programmazione integrata, alla quale AUSL e Comuni partecipano con pari dignità e responsabilità, ma anche le modalità organizzative e procedurali, le risorse umane e finanziarie da dedicare alla integrazione sociosanitaria. In tal senso deve intendersi il contenuto dello stesso DPCM del 29.11.2001 sulla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA).

Sul piano operativo, laddove non sia raggiunto, nell'ambito della programmazione sociale dei Piani Sociali di Zona e della programmazione sociosanitaria dei PAT, un accordo tra i Comuni e l'AUSL per la realizzazione di una reale integrazione sociosanitaria sia sul piano organizzativo e procedurale, sia sul piano finanziario della compartecipazione al costo delle prestazioni, la Regione Puglia, ai sensi dell'art. 41 comma III della l.r. n. 17/2003 si sostituirà nella definizione del percorso di integrazione sociosanitaria, nelle more della definizione di un accordo mirato per ciascun distretto sociosanitario.

A tal fine sarà costituita una apposita **Commissione Regionale per l'integrazione sociosanitaria**, con rappresentanti del Settore Servizi Sociali e del Settore Sanità della Regione Puglia, entro sessanta giorni dalla approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali. Sarà una Commissione interna alla Regione, rivolta a garantire in primis l'assunzione di decisioni condivise tra i diversi settori interessati. La Commissione sarà costituita con provvedimento della Giunta Regionale, ed avrà le seguenti competenze:

- elaborazione di proposte per l'esercizio dei poteri sostitutivi nei confronti di AUSL e Comuni per la definizione dei termini operativi per l'integrazione sociosanitaria;
- definizione delle linee guida per l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), così come definite nelle pagine seguenti;
- elaborazione di proposte per le azioni di monitoraggio sullo stato di attuazione dell'integrazione sociosanitaria;
- formulazione di proposte sugli assetti organizzativi e sui protocolli operativi per l'erogazione di servizi integrati sociosanitari.

Il percorso di integrazione sociosanitaria sarà tanto più sostenibile per i Comuni, pur implicando la riserva di risorse dedicate ai costi aggiuntivi delle prestazioni sociosanitarie, quanto più gli stessi Enti si adopereranno per avere un ruolo attivo nella programmazione delle politiche sociosanitarie che devono trovare la medesima attenzione sia nel Piano Sociale di Zona che nel Programma Attuativo Locale (PAT) del distretto sociosanitario, assumendo pertanto un significato molto più forte sia la sottoscrizione da parte dell'AUSL dell'accordo di programma per l'approvazione del Piano di Zona, sia la approvazione da parte della conferenza dei Sindaci del Distretto del PAT.

L'attuazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) deve quindi essere considerata non più e non solo come la ricerca di un accordo di natura prevalentemente economico-finanziaria tra Comuni e AUSL per la compartecipazione del costo delle relative prestazioni, ma soprattutto come la ricerca di un percorso integrato per la organizzazione di servizi sociosanitari il cui accesso va garantito a tutti i cittadini, in particolari condizioni di bisogno psicofisico e sociale. Tale percorso deve avere avvio



nella fase di programmazione e deve proseguire con la istituzione di una Porta Unica di accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari di un distretto, nonché con la istituzione di una Unità di Valutazione Multidimensionale quale luogo di applicazione operativa dei protocolli per ciascuna delle prestazioni LEA, rispetto al contenuto sociale e sanitario delle prestazioni, ai criteri per la valutazione del caso, per la definizione del progetto personalizzato, per la valutazione dell'appropriatezza della prestazione ed alla definizione delle modalità di compartecipazione al costo.

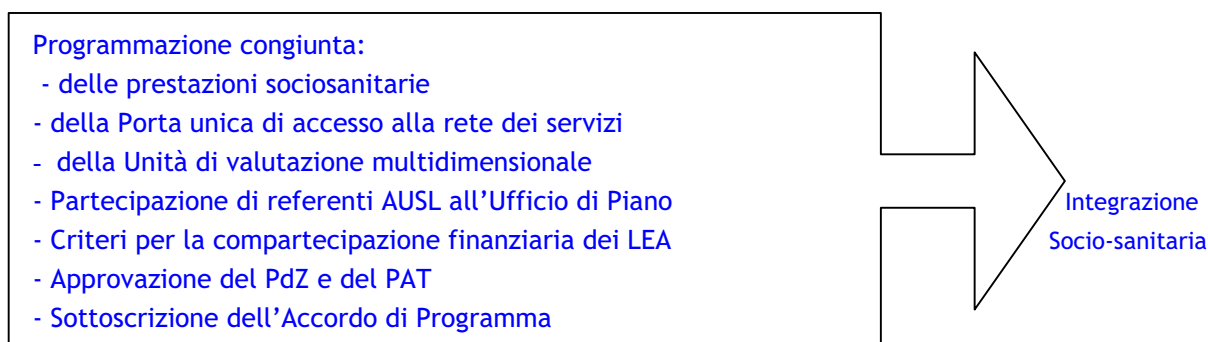
In sede di sottoscrizione dell'Accordo di Programma da parte dei Comuni e dell'AUSL, per l'approvazione del Piano Sociale di Zona, devono essere assunti impegni puntuali in merito alla costituzione ed attivazione della Porta Unica di Accesso, della Unità di Valutazione Multidimensionale, della adozione di modulistica e protocolli operativi condivisi.

Assume, peraltro, un significato particolare anche la possibilità che, in fase di attivazione del distretto sociosanitario ed in fase di costruzione dell'assetto organizzativo dell'ambito territoriale sociale, le AUSL ed i Comuni individuino risorse umane dedicate alla integrazione sociosanitaria, con la espressione del Coordinatore sociosanitario del distretto e con la individuazione all'interno dell'Ufficio di Piano di una risorsa umana referente per le questioni relative alla integrazione sociosanitaria.

La programmazione unitaria ha per oggetto tutte le attività sociosanitarie, ma data l'opportunità di graduare il percorso innovativo nel tempo per renderlo sostenibile sul piano organizzativo ed economico-finanziario, la Regione Puglia con il Piano Regionale per le Politiche Sociali richiama l'attenzione dei Comuni e delle AUSL sulla necessità di avviare nel primo triennio il percorso di integrazione sociosanitaria a partire, prioritariamente, dalle prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed AUSL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01).

**Fig. 1**

**Il contesto operativo dell'integrazione sociosanitaria a livello distrettuale**



La Regione Puglia, su proposta della Commissione Regionale per l'integrazione sociosanitaria, definirà apposite **Linee Guida per la realizzazione di ciascuno dei Livelli Essenziali di Assistenza** previsti nel DPCM del novembre 2001, nelle quali siano esplicitate:

- le caratteristiche delle prestazioni sociali e sociosanitarie dei Livelli Essenziali di assistenza;
- gli apporti professionali per garantire gli standard di prestazioni definiti;

- il percorso per la valutazione multidimensionale del caso e per la presa in carico integrata del caso;
- i criteri per l'accesso alle prestazioni da parte degli utenti, per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni stesse;
- i termini della compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni da parte dell'AUSL, del Comune e dei cittadini-utenti.

E' necessario che la programmazione, ma anche la conseguente gestione economico-finanziaria dei PAT e dei PdZ, sia rivolta al riequilibrio del sistema di offerta distrettuale, nella progressiva trasformazione del contenuto specifico dei servizi, nella effettiva riqualificazione e integrazione delle prestazioni sociosanitarie, nella conseguente piena compartecipazione ai costi di AUSL e Comuni.

Al fine di definire i contenuti del piano finanziario del Piano Sociale di Zona e gli apporti anche economici della AUSL per l'attuazione del Piano Sociale, si sottolinea l'importanza che nel triennio 2004-2006 venga garantita, con l'indispensabile gradualità, l'offerta di tutte le prestazioni sociosanitarie di cui al DPCM del novembre 2001.

In particolare tale gradualità deve essere ricercata a partire dal 2004, avendo cura che nella prima annualità gli sforzi dell'AUSL e dei Comuni siano rivolti, attraverso impegni precisi sottoscritti nell'Accordo di Programma, almeno alla attuazione del primo livello essenziale di assistenza previsto nello stesso Decreto, cioè **l'assistenza domiciliare integrata** per le persone che presentino situazioni di disagio psico-fisico e sociale tali da poter ricevere cura adeguata nel contesto familiare, garantendo le necessarie prestazioni di supporto, nel rispetto del principio richiamato dal legislatore regionale di privilegio della domiciliarità per consentire il graduale superamento delle istituzioni chiuse.

#### ***4.3.3 Integrazione sociosanitaria e sviluppi sul territorio pugliese***

Possibili indirizzi d'intesa per l'integrazione sociosanitaria devono riguardare certamente tutte le condizioni che alterano l'equilibrio di salute psico-fisico tali da compromettere, in vario grado, il diritto stesso di cittadinanza.

La gestione dei problemi della famiglia passa spesso attraverso un comune denominatore quale è il medico di famiglia.

Le problematiche della dipendenza patologica devono avere risposte quanto mai larghe e coinvolgenti e rappresentare un'unica risposta al problema dell'alcolismo, della tossicodipendenza da droga, del fumo, ma anche altre forme di dipendenza che appaiono di minore rilevanza sanitaria, ma che sono ormai da tempo dall'OMS considerate patologie quali il gioco d'azzardo, specie in età giovanile, ed altre ancora.

La molteplicità delle condizioni dell'handicap deve portare ad una diversità di approccio specie differenziando gli interventi nell'ambito dell'età evolutiva da quelli dell'età anziana.

Importante è l'approccio unitario per l'inserimento nell'ambiente lavorativo dei giovani adulti affetti da handicap al termine di un ininterrotto processo riabilitativo sviluppato in concorso con il privato, con cooperative sociali che svolgano un ruolo di formazione e di avviamento al lavoro, con il contributo determinante della famiglia, a cui va riconosciuto sempre il principio di titolarità del compito riabilitativo.

Il principio della domiciliarità è la condizione che può legare età distanti, ma, senza voler ricostituire un ruolo di famiglia patriarcale, deve essere possibile ricostruire un tessuto sociale in cui il ruolo della famiglia sia primario .

Il concorso dei nuclei familiari non deve necessariamente corrispondere ad un apporto economico complementare, ma può essere e deve anche essere, laddove possibile, un concorso diretto di opera, gestione e custodia attiva per le persone anziane.

La soluzione istituzionale deve essere un punto di arrivo per limitate condizioni e situazioni di particolare complessità assistenziali, e tali che possano evitare il ricorso a prestazioni sanitarie inappropriate quando manchi ogni possibilità operativa.

L'invecchiamento della popolazione è sempre un evento, pur nella sua complessità, da tenere in accorta attenzione e per questo un particolare impulso alla procreazione responsabile deve essere svolto dai consultori familiari.

E' necessario sviluppare l'incontro tra familiarità intesa come equilibrio di benessere domestico e familiarità sociale.

L'insieme dei servizi possibili deve trovare uno strumento di garanzia nell'equilibrio dei servizi coscientemente utilizzati.

Si individuano di seguito alcuni dei servizi più meritevoli di approfondimento nell'ambito di una programmazione regionale per cui si deve identificare una particolare attenzione, a fronte di una disarmonia di risposte efficaci. Si tratta di servizi per i quali occorre valorizzare il rilievo sociale che possono avere o per i quali occorre riequilibrare il contenuto di prestazioni, per far emergere anche i contenuti sociali delle stesse al fine di accrescerne l'efficacia e chiarire le responsabilità che AUSL e Comuni devono condividere per garantire le risposte necessarie a fronte di un sistema di bisogni.

#### IL MEDICO DI FAMIGLIA ED IL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Il primo momento di incontro delle problematiche sociali con l'integrazione sanitaria è rappresentato dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta.

L'importanza del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta nelle possibili problematiche sociali passa attraverso l'intuibile ruolo che tali figure professionali hanno all'interno delle dinamiche familiari. Anche il ruolo della prevenzione allargata è importante e predittiva. Si deve quindi individuare un meccanismo di coinvolgimento attivo che passi anche, laddove possibile, attraverso specifici accordi decentrati contrattuali. Il ruolo del medico può, fatta salva ogni condizione di privacy, essere attivo nella proposta di invio dei singoli o gruppo familiare per problematiche sociali ai servizi di rete, ed essere ricettivo nella raccolta di dati essenziali, ma più generali, e relativi alle dinamiche sociali.

Deve, quindi, essere valorizzato anche nell'ambito dei Piani Sociali di Zona il ruolo della rete costituita dai medici di famiglia, quali vere e proprie antenne sociali sul territorio, necessarie per una lettura più capillare dei bisogni delle famiglie e degli individui e per dare rilievo a quella domanda inespressa che pure grande attenzione deve ricevere in un sistema di protezione sociale e di inclusione che vuole essere universalistico.

## CONSULTORIO FAMILIARE

Sviluppa attività ad indirizzo sanitario e sociale nell'ambito delle quali è opportuno puntualizzare una serie di indicazioni tipo già previste in normativa ed a cui bisogna dare piena attuazione operativa. E' importante ricordare e valorizzare il ruolo fondamentale del Consultorio familiare per gli interventi a tutela della salute mentale, per la promozione della maternità e paternità responsabile, per la prevenzione del disagio nei soggetti in età evolutiva, per l'adeguamento e ammodernamento dell'organizzazione, delle funzioni e dei sistemi operativi del servizio consultoriale.

## SERVIZI PER LA TOSSICODIPENDENZA

La diffusione territoriale dei SER.T. nella Regione Puglia appare allo stato attuale non equilibrata: esistono Comuni ad elevata densità di popolazione che ne sono sprovvisti e certamente il riferimento alla normativa esistente dovrà tenere in conto l'opportunità di una eventuale ricollocazione dei SER.T..

Una particolare notazione che deve essere fatta sul territorio regionale è che l'età media del tossicodipendente è cresciuta e gli aspetti attinenti l'attività lavorativa e la convivenza familiare hanno assunto ancor maggiore rilevanza.

L'attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei SER.T. deve opportunamente approfondire gli aspetti della socialità che sono fondamentali proprio per il completo raggiungimento degli obiettivi primari.

E' necessario impostare in modo sistematico l'attivazione di **Unità di strada** che siano a ridotto tenore di medicalizzazione e che siano presenti in ciascun distretto di riferimento, per svolgere una funzione di raccolta, consulenza e monitoraggio sociale del territorio.

La prevenzione sociale primaria è attualmente diretta principalmente alla scuola, ma va estesa a luoghi di divertimento, associazioni, parrocchie ed oratori, centri sportivi, ritrovi estivi.

L'attività di recupero scolastico-formativo va realizzata con modello in rete così come l'inserimento e il reinserimento lavorativo.

E' necessario rispondere alle esigenze di tutela dei minori ed alla qualità della loro vita in presenza di uno o ambedue genitori tossicodipendenti.

Va riconsiderata l'assistenza domiciliare per i tossicodipendenti che hanno già patologie invalidanti o AIDS e per i quali va integrata l'assistenza socio-sanitaria dei SER.T.

## L'ATTIVITA' DI RIABILITAZIONE E L'ETA EVOLUTIVA

La normativa ha ripetutamente fissato gli ambiti rispettivi sanitari e sociali, ma ha anche indicato l'essenzialità dell'integrazione tra attività di riabilitazione sanitaria e attività di riabilitazione sociale.

Il progetto riabilitativo è quindi un processo destinato ad un unico percorso e certamente globale. La globalità dell'attività rende tale riabilitazione un'azione personale per ogni singolo soggetto bisognoso.

La serie di singoli progetti tendono ad intersecarsi e certamente vanno visti nelle particolari criticità operative che si presentano abbastanza costanti nell'intero territorio regionale.

La integrazione a livello distrettuale è più che mai importante così come la rispondenza all'intero sistema di rete, alla attività di formazione e di avviamento al

lavoro. C'è la necessità di distinguere nettamente il sistema dedicato all'età evolutiva dal sistema destinato ad altre condizioni di età adulta e anziana.

La globalità del trattamento riabilitativo deve necessariamente trovare nell'ambito del distretto socio-sanitario l'adeguata risposta a tutte le necessità, dall'invio ai trattamenti riabilitativi sanitari alla formazione, fino all'inserimento lavorativo.

#### ASSISTENZA INTEGRATA ALL'ANZIANO

Il complesso di fenomeni legati ai mutamenti demografici e sociali richiede una forte innovazione e diversificazione nell'offerta di servizi e interventi nonché la creazione di sinergie e collaborazioni tra servizi, reti familiari, associazioni di auto e mutuo aiuto, volontariato.

Promuovere il mantenimento e il recupero dell'autosufficienza nell'anziano, adottare politiche di supporto alle famiglie con anziani bisognosi di assistenza a domicilio, promuovere l'assistenza continuativa e integrata (intra ed extra ospedaliera), attuare l'integrazione interna al sistema sanitario e fra questo e l'assistenza sociale, propongono in maniera cogente la necessità di realizzare una gamma di unità di offerta, graduate nella loro intensità, specificità assistenziale e integrazione socio-sanitaria che, concepite secondo il modello di rete, soddisfino i bisogni sanitari e assistenziali rilevati nella popolazione anziana, coniugandoli con i principi dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi, dell'efficienza produttiva e dell'equità.

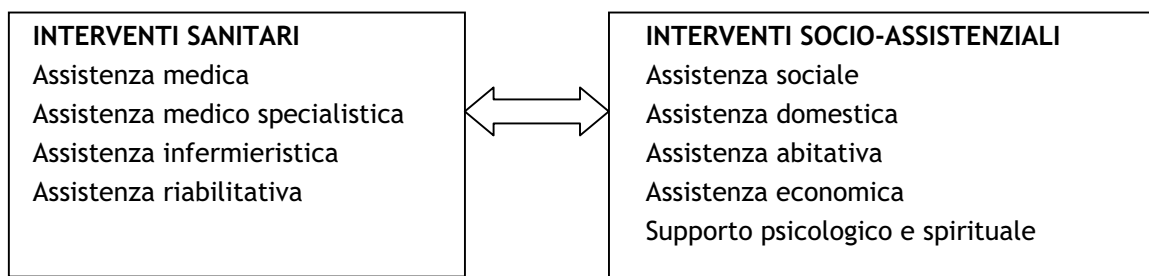
#### ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'ADI è caratterizzata dall'azione integrata e coordinata di operatori sanitari e sociali, al fine di contenere le disabilità, migliorare lo stato di benessere, ridurre i ricoveri ospedalieri e rendere possibile una più rapida dimissione dall'ospedale.

Rappresenta il servizio socio-sanitario di base incaricato di rispondere a livello di domicilio, attraverso un complesso sistema di prestazioni, a stati di bisogno multipli di soggetti che vivono, in via temporanea o permanente, una situazione di non autonomia.

La dimensione funzionale ed operativa dell'integrazione socio-sanitaria è conseguita attraverso forme di concertazione tra Comuni e Aziende Sanitarie, sulla base dei contenuti del Piano di Zona.

Il Distretto rappresenta l'ambito intorno al quale organizzare e coordinare il servizio ADI. Il servizio deve assicurare i seguenti interventi:



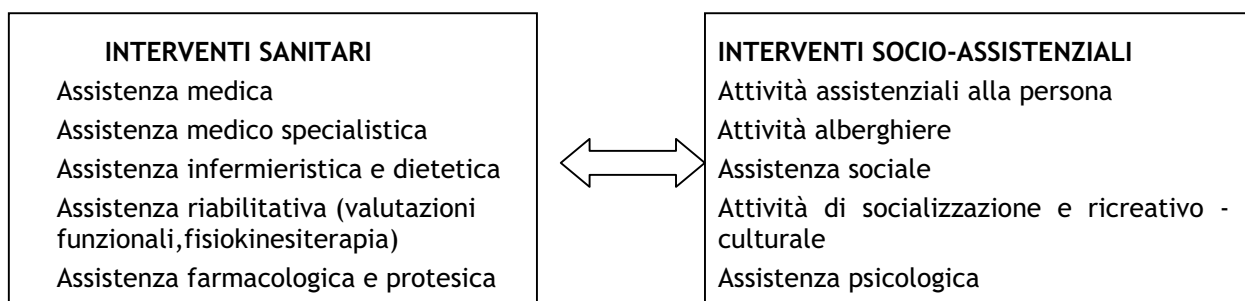
Le Linee guida per l'Assistenza domiciliare integrata, così come quelle relative alle altre prestazioni classificate come LEA dalla più recente normativa, dovranno definire i contenuti di dettaglio del servizio da erogare, le caratteristiche delle prestazioni, i profili professionali da impiegare per garantire servizi di qualità, i criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni, le modalità di accesso alle prestazioni, i

protocolli operativi per la valutazione dei casi da parte della Unità di Valutazione Multidimensionale.

### STRUTTURE PROTETTE

In Puglia le strutture protette devono essere intese come strutture a carattere residenziale volte ad assicurare trattamenti socio-assistenziali e sanitari di base, tesi al riequilibrio di condizioni deteriorate, destinate ad anziani parzialmente autosufficienti, non bisognosi di cure sanitarie continue e non altrimenti assistibili nel proprio ambito familiare, ed a quelli non autosufficienti per i quali l'Unità di Valutazione Geriatrica non ritenga necessario l'inserimento in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

La funzione prevalente della struttura è quella di garantire il massimo grado di autonomia possibile in un ambiente controllato e protetto. La durata del ricovero potrà essere permanente o temporanea e qualora l'ospite perda del tutto o in parte la residua autosufficienza è garantita la continuità assistenziale



### RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Le Residenze Sanitarie Assistenziali sono strutture sanitarie residenziali extraospedaliere, rappresentano la collocazione residenziale dell'anziano non autosufficiente, non assistibile a domicilio, e di tutti gli altri soggetti le cui limitazioni fisiche e/o psichiche non consentono di condurre una vita autonoma e le cui patologie non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Nell'ambito delle RSA possono essere organizzati anche i servizi semiresidenziali diretti ad anziani parzialmente autosufficienti o non autosufficienti,

Le RSA possono essere distinte, sulla base di modelli assistenziali differenziati per diversi gradi di non autosufficienza e di requisiti minimi determinati, in Residenze Sanitarie Assistenziali di Media Intensità per soggetti non autosufficienti e Residenze Sanitarie Assistenziali di Base per soggetti parzialmente non autosufficienti, oppure non autosufficienti per i quali l'Unità Valutativa Geriatrica non ritenga necessario l'inserimento in RSA di Media Intensità

Presso le RSA vengono erogate le seguenti prestazioni:

#### ASSISTENZA SANITARIA :

assistenza medica, assistenza infermieristica, assistenza riabilitativa, assistenza e consulenza specialistica, assistenza farmaceutica e protesica;

#### ASSISTENZA SOCIALE A RILIEVO SANITARIO:

animazione, socializzazione e assistenza psicologica (attività ricreativa/culturale e creativa, attività motoria), funzioni assistenziali (igiene personale e necessità fisiologiche, aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane, cura della persona e del suo aspetto);

#### ASSISTENZA ALBERGHIERA E GENERALE:

Funzioni alberghiere (ristorazione, lavanderia e guardaroba, pulizia ambienti) e funzioni generali (attività di coordinamento e di amministrazione/gestione, valutazione della qualità dell'assistenza, spese generali).

E' già vigente un regolamento per le RSA emanato dal Settore Sanità della Regione Puglia. Sulla scorta della normativa vigente sarà necessario avviare un tavolo di confronto paritario tra AUSL e Comuni per verificare criteri di accesso, contenuti delle prestazioni e regole di compartecipazione finanziaria per le RSA già presenti sul territorio.

#### **4.4 L'integrazione con le politiche regionali per l'istruzione, la formazione professionale, il lavoro, l'immigrazione**

Politiche integrate sono le politiche che mirano a produrre, in parte per via attiva e in parte per impatti diretti, effetti di integrazione sulle materie trattate.

L'integrazione delle politiche è ormai considerato un imperativo anche a livello comunitario, perché solo politiche integrate possono consentire di raggiungere obiettivi complessi, specialmente nel campo del welfare inteso come benessere sociale e come inclusione sociale. L'integrazione delle politiche implica il superamento della logica di intervento per macro settori: la scuola, la sanità, l'assistenza, la formazione, il lavoro, la cultura, la casa; ed implica anche il ribaltamento delle logiche di lavoro più spesso presenti nelle amministrazioni pubbliche, che pongono al centro le attività ed i procedimenti, piuttosto che gli utenti ed i destinatari finali delle stesse attività.

Utenti e destinatari che sono sempre portatori di un sistema di bisogni, che condividono spesso con il nucleo familiare nel quale vivono: per questo le politiche sociali devono necessariamente svilupparsi in modo integrato con le politiche abitative, quelle lavorative, ecc...

Ma è vero anche il contrario. Perseguire l'obiettivo di ridurre la disoccupazione femminile e lavorare in termini di pari opportunità per l'accesso al mercato del lavoro richiede la definizione di politiche forti di supporto al nucleo familiare che abbia al suo interno uno o più soggetti fragili (minori, anziani, disabili), il cui carico in termini di lavoro di cura domiciliare ricade sulle figure femminili.

Nel Cap. III si è già fatto riferimento alla necessità di perseguire l'integrazione delle politiche in particolare per una delle due direttrici principali intorno a cui si sviluppano le priorità di questo Piano Regionale: la direttrice dell'inclusione sociale e dei diritti di cittadinanza, che si esplica in particolare con le politiche di prevenzione e di lotta al disagio e con le politiche di contrasto alla povertà.

Si richiama come necessaria l'integrazione in ciascun contesto locale tra i piani di intervento in campo sociale e le strategie adottate a livello regionale e provinciale con il Piano Pluriennale per l'Occupazione (ex art. 4 della l.r. n. 19/1999), così come con i piani per l'offerta formativa mediante il pieno coinvolgimento delle istituzioni scolastiche nel percorso di programmazione partecipata a livello locale.

Di seguito vengono richiamate, pur senza la pretesa dell'eshaustività, politiche di intervento nel contesto urbano per la gestione del territorio e delle risorse in esso presenti, politiche per le pari opportunità e per la occupabilità degli individui, da intendersi in modo trasversale rispetto ad ogni piano di azione contro la povertà, l'esclusione sociale e lo sviluppo locale integrato e sostenibile.

Vengono inoltre citate a titolo esemplificativo alcune attività che i Comuni e gli operatori sociali pubblici e privati dovranno sempre più realizzare in modo integrato,

anche attivando specifiche azioni sia con le risorse del Piano Sociale di Zona sia attingendo ad altre risorse nazionali e comunitarie disponibili per gli scopi indicati.

### ***Politiche migratorie***

L'assenza di una riserva di risorse per l'immigrazione non riduce l'importanza che questo Piano Regionale delle Politiche Sociali attribuisce alle politiche per l'immigrazione, da intendersi come politiche trasversali rispetto alle singole aree prioritarie di intervento individuate nel Cap. III.

Le Politiche migratorie devono tendere all'accoglienza ed all'inserimento lavorativo e sociale dei soggetti immigrati (stranieri regolarmente soggiornanti) attraverso un sistema integrato e coordinato di interventi, che riesca a garantire in modo equilibrato sull'intero territorio regionale: supporto alla sistemazione in alloggi pensando ad una accoglienza che vada al di là della prima accoglienza caratterizzata dalla temporaneità e dalla flessibilità, per guardare in particolare a quei nuclei familiari che hanno un lavoro e cercano integrazione; sostegno legale, linguistico e amministrativo per la regolarizzazione delle posizioni e per l'esigibilità dei diritti che anche gli immigrati maturano sul nostro territorio; sostegno all'inserimento lavorativo con azioni informative ma anche con azioni formative e di accompagnamento all'emersione del lavoro nero; promozione della interculturalità nei diversi contesti di aggregazione sociale.

### ***Politiche dell'istruzione***

Il mondo della scuola è ormai riconosciuto come terreno fertile per azioni di analisi dei bisogni sociali, di primo accompagnamento ai minori in condizioni di disagio inespresso e di primo sostegno alla genitorialità in presenza di nuclei disagiati. La programmazione integrata da sviluppare con il Piano Sociale di Zona deve offrire occasioni proficue perché a livello territoriale si sviluppino opportunità di partnership tra le istituzioni scolastiche, gli enti locali ed i soggetti del Terzo Settore, per realizzare progetti di intervento rivolti non solo a ridurre la dispersione scolastica, supportare il percorso scolastico e di integrazione sociale di bambini e ragazzi disabili, ma anche per integrare percorsi di assistenza socio-psico-educativi di minori multiproblematici, per garantire sul territorio nuove ed importanti "antenne sociali" rispetto alla lettura dei bisogni sociali e di disagio evolutivo, per favorire le sinergie più ampie a livello locale nella organizzazione delle attività ludico-ricreative per minori.

### ***Politiche per la sicurezza urbana***

Il tema della sicurezza urbana rappresenta un impegno regionale per garantire una migliore qualità della vita nelle città, che è trasversale rispetto alle politiche urbanistiche e di riqualificazione urbana ma anche delle politiche sociali. La riqualificazione degli spazi pubblici rivolta a rafforzare il senso di appartenenza alla comunità e le occasioni di aggregazione sociale e di partecipazione dei cittadini, le azioni informative sui temi della sicurezza, le azioni di prevenzione della criminalità e della micro-criminalità, con particolare attenzione al crescente coinvolgimento di minori in azioni delittuose di forte allarme sociale che pone la regione Puglia tra le prime massimamente colpite dal fenomeno, ma anche le iniziative finalizzate a facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi, le iniziative per contrastare il racket e l'usura, il sostegno psicologico legale e materiale alle vittime di azioni violente e criminose, costituiscono un mix di interventi di natura molto diversa che concorrono ad accrescere la sicurezza urbana.

Le politiche per la sicurezza urbana possono esse stesse coinvolgere attivamente le risorse di una comunità locale ed essere occasione di aggregazione, di partecipazione, di solidarietà: l'istituzione del servizio civico degli anziani, di gruppi territoriali per la



sicurezza e la solidarietà, di servizi di teleassistenza, l'attivazione di gruppi di operatori di strada rappresentano azioni complementari che hanno un impatto molto positivo in termini di inclusione sociale e di qualità della vita di relazione di molti soggetti.

#### ***Politiche per l'emersione del sommerso nel lavoro di cura***

I percorsi di emersione del sommerso nel lavoro di cura assumono carattere prioritario sia con riferimento alle posizioni lavorative dei lavoratori (e spesso delle lavoratrici) che a nero svolgono lavori di assistenza materiale, di compagnia e perfino di assistenza infermieristica a soggetti fragili nel contesto domiciliare, sia con riferimento alla qualità dei servizi sociali che la famiglia "acquista". Il percorso qualità del servizio - qualità del lavoro rappresenta una sfida per i soggetti pubblici, regolatori di un mercato nel quale in prospettiva non garantiranno più l'offerta diretta di molti dei servizi ma regoleranno la domanda e l'offerta garantendo la qualità delle prestazioni e l'accessibilità dei servizi a condizioni vantaggiose. Rappresenta altresì una sfida anche per le organizzazioni sindacali ed in generale per l'intero sistema di regole che interessano i trattamenti pensionistici, il regime fiscale dei redditi "emersi", l'erogazione di assegni di cura per incentivare l'emersione anche dal lato della domanda, l'inquadramento contrattuale delle posizioni lavorative emerse.

#### ***Politiche per le pari opportunità tra i sessi nell'accesso al mercato del lavoro***

Gli sforzi compiuti nell'ultimo decennio in tema di imprenditorialità femminile e di sostegno alle donne per l'accesso al mercato del lavoro trova nel campo dei servizi sociali un alleato fondamentale: da un lato l'offerta di servizi sociali sul territorio rappresenta una *conditio sine qua non* per la donna che intende accedere al mercato del lavoro; dall'altro lato i servizi sociali rappresentano un importantissimo nuovo bacino occupazionale a cui guardare sia per le nuove opportunità di impiego (in cooperative sociale, imprese private, fondazioni, aziende pubbliche di servizi alla persona, ecc..) che per le opportunità di fare autoimpresa, cioè di avviare attività imprenditoriali in campo sociale anche a partire dai bisogni più legati al proprio contesto familiare, di condominio, di quartiere.

Solo politiche sociali efficaci possono consentire di dare attuazione diffusa anche alle più recenti normative a sostegno della genitorialità, e quindi della natalità, miranti proprio a conciliare l'impegno lavorativo con l'impegno di cura di figli molto piccoli.

Sia le politiche per l'emersione del sommerso che le politiche per l'autoimprenditorialità femminile richiedono non solo l'accompagnamento fino alla fase di start-up delle imprese ma in primis un efficace investimento in termini di formazione, che privilegi in particolare le nuove figure professionali richieste in relazione ai nuovi servizi sociali.

I Comuni, gli enti di formazione, i soggetti pubblici e privati erogatori di servizi alla persona, potranno attivare tavoli permanenti di concertazione e di progettazione partecipata al fine di sviluppare progettualità aggiuntive rispetto al piano degli interventi e dei servizi finanziato con le risorse regionali e del FNPS, da realizzare mediante l'accesso ai fondi strutturali del POR Puglia 2000-2006.

### **4.5 Le azioni di assistenza formativa a supporto dei Comuni per la redazione e l'attuazione dei Piani Sociali di Zona**

La Regione Puglia, contestualmente alla stesura del Piano Sociale delle Politiche Sociali, ha inteso avviare azioni di assistenza formativa rivolta ai Comuni del territorio

regionale perché essi possano ricevere adeguato supporto tecnico e usufruire delle opportunità di informazione, formazione e scambio di esperienze necessarie per favorire una adeguata accumulazione di nuove conoscenze di base per tutti gli operatori sociali e di competenze specialistiche per coloro che saranno investiti delle responsabilità di attivare e coordinare i percorsi di programmazione sociale e di attuazione dei Piani Sociali di Zona.

A tal fine è stata siglata nel settembre 2003 una convenzione tra la Regione Puglia ed il Formez per lo svolgimento di un percorso di assistenza formativa e tecnica che sarà rivolta sia agli Uffici Regionali che ai Comuni ed agli uffici di Piano di ambito territoriale.

In particolare le azioni che saranno specificamente rivolte ai Comuni sono le seguenti:

- predisposizione delle linee guida per la stesura dei Piani di Zona e di tutta la modulistica necessaria per rendere omogenei i formati dei Piani di Zona che saranno elaborati;
- attivazione di un luogo virtuale con pagine web dedicate alla Puglia nel canale tematico Welfare del Formez (<http://www.welfare.formez.it>) e con il potenziamento del sito [www.servizisocialipuglia.it](http://www.servizisocialipuglia.it) per supportare anche a distanza gli operatori con la diffusione di materiali, il servizio “esperto risponde”, la pubblicazione di forum e FAQ, la pubblicazione dei materiali didattici e di approfondimento di volta in volta selezionati;
- sviluppo di **azioni di formazione di base** rivolta ai funzionari ed agli operatori sociali della Regione, delle Province, dei Comuni e delle AUSL che saranno direttamente impegnati nel coordinamento e nella attuazione della programmazione sociale regionale e locale, per diffondere le conoscenze di base e avviare percorsi di approfondimento mirati sui principi cardine della riforma del welfare locale e sulla impostazione del percorso di recepimento di tale riforma in Puglia;
- **accompagnamento mirato a tutti gli ambiti territoriali**, mediante la costituzione di un Gruppo di Assistenza alla Programmazione Sociale di ambito (GAPS), composta da esperti esterni in programmazione delle politiche sociali e gestione di interventi e servizi sociali, selezionati con procedure di evidenza pubblica sulla base di criteri da definire in modo concordato con l'Amministrazione Regionale, e da funzionari regionali ed eventualmente provinciali, per sostenere l'avvio dei gruppi di lavoro locali (Uffici di Piano o Segreterie Tecniche di ambito territoriale), che saranno impegnati nella stesura dei Piani di Zona e nella prima organizzazione delle attività di attuazione del Piano in ciascun ambito territoriale. L'azione di affiancamento consulenziale nella fase di elaborazione del Piano Sociale di Zona non potrà in alcun modo essere rivolta alla elaborazione diretta dei Piani Sociali di Zona, competenza lasciata esclusivamente agli Uffici di Piano; così come non potrà essere sostitutiva dell'azione dell'Ufficio di Piano nella fase di gestione degli interventi sociali.
- Nil GAPS lavorerà per (vive)
- **percorsi formativi e project works** per l'approfondimento dei temi prioritari individuati dalla Regione per la definizione della nuova architettura dei sistemi integrati locali dei servizi alla persona e alla comunità; ad esempio potranno essere considerati prioritari in fase di avvio i seguenti temi: forme di gestione dei servizi, modalità associative tra enti locali, strumenti e metodi per la coprogettazione e l'affidamento dei servizi ai soggetti terzi o l'acquisto di servizi, organizzazione del welfare d'accesso, assetti organizzativi degli Uffici di Piano o

segreterie tecniche di ambito territoriale, costruzione della qualità sociale del sistema di offerta, percorsi per la individuazione dei livelli essenziali di assistenza in campo sociale e socioassistenziale, disciplina delle modalità di accesso alle prestazioni e di compartecipazione finanziaria da parte degli utenti, percorsi di emersione del sommerso nel lavoro di cura e sperimentazione per l'introduzione di assegni servizi, politiche innovative per l'inclusione sociale e sperimentazioni regionali per l'utilizzo dello strumento del Reddito Minimo di Inserimento per il riordino dell'assistenza economica, percorsi di autorizzazione delle strutture e accreditamento dei soggetti erogatori di servizi sul territorio regionale;

- **istruttoria dei Piani Sociali di Zona** ai fini della successiva approvazione da parte dell'Assessorato Regionale ai Servizi Sociali e accompagnamento;
- **accompagnamento mirato a tutti gli ambiti territoriali**, per la prima applicazione e la messa a regime del sistema di monitoraggio regionale, delle attività, delle risorse, dei risultati e dell'impatto delle politiche attivate sul territorio, nonché degli strumenti per l'analisi del bisogno e della domanda sociale e per l'analisi del sistema di offerta regionale.

Una volta avviato il percorso di programmazione sociale negli ambiti territoriali, con il presente Piano Regionale delle Politiche Sociali, la Regione Puglia, così come previsto dall'art. 15 comma 2 lettera q), si attiverà anche per la predisposizione di veri e propri piani per la formazione, la riqualificazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali, affiancando alle iniziative della prima annualità sopra descritte, e promosse direttamente dal Settore Servizi Sociali, altre attività formative che potranno essere affidate alle Province, per il coordinamento e la realizzazione, ed agli stessi Comuni capofila degli ambiti territoriali.

Queste attività formative saranno promosse a beneficio dell'intero territorio regionale a valere sulle risorse di cui all'art. 45 comma 3, con l'eventuale apporto di ulteriori risorse da parte degli enti interessati.

Al fine di raccogliere informazioni dettagliate sul fabbisogno formativo presente in tutti gli ambiti territoriali, sarà richiesta la compilazione di una specifica scheda nell'ambito della progettazione di dettaglio del Piano Sociale di Zona (II Parte), come sarà meglio precisato nelle ulteriori direttive regionali.

## **Capitolo V**

### ***Gli attori della rete integrata dei servizi***

#### **5.1 Ruolo e funzioni dei soggetti pubblici**

I soggetti istituzionali che attuano le politiche sociali sono ben tracciati dalla l. n. 328/2000 e dalla l.r. n. 17/2003: a ciascuno di essi, all'interno della sussidiarietà verticale e orizzontale voluta dalle modifiche costituzionali del Titolo V, spettano compiti e funzioni da assolvere per la realizzazione della rete integrata di interventi e servizi sociali.

La **Regione** provvede, con il presente Piano, al compito di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali, ad indirizzare i Piani Sociali di Zona, nonché a definire le modalità di integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario individuando il duplice ruolo (sociale e socio-sanitario) degli organismi rappresentativi dei Comuni (Conferenze dei Sindaci in seno alle ASL e Coordinamento Istituzionale in seno all'ambito territoriale sociale o distretto) per tutelare il cittadino anche nelle politiche per la salute.

E' compito della Regione individuare anche le connessioni tra le politiche sociali e le politiche sanitarie, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, delle politiche del lavoro, dell'ambiente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni.

I **Comuni**, nelle forme singole o associate dei Piani di Zona, provvedono alla pianificazione locale e alla realizzazione della rete integrata dei servizi ed interventi sociali, sono titolari delle funzioni amministrative in materia di servizi sociali ed a loro è affidata la regia della rete di protezione sociale, attraverso la regolazione dei rapporti con la cooperazione e con il Terzo Settore che realizzano gran parte delle prestazioni sociali. I Comuni, sulla base degli indirizzi regionali, provvedono anche alle attività di autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei soggetti erogatori dell'offerta sociale.

Ai Comuni è affidata la garanzia dei diritti di cittadinanza e dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS), secondo un'ottica di sussidiarietà orizzontale con le organizzazioni dei cittadini, le famiglie e tutti gli attori sociali presenti nel territorio di competenza.

Le **Province** concorrono alla programmazione del sistema integrato dei servizi sociali, supportando i Comuni nei percorsi di avvio della programmazione rivolta alla stesura dei Piani Sociali di Zona: in questa fase l'apporto delle Province è particolarmente importante al fianco dei piccoli Comuni, ma anche per la progettazione di servizi sociali aventi rilevanza sovra-ambito, per i quali potrebbe essere considerata prioritariamente la scala Provinciale come scala ottimale per l'organizzazione dei servizi.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali, infatti, intende promuovere, nella logica della gestione associata di servizi, la ricerca, da parte degli Enti titolari delle funzioni di gestione, della dimensione ottimale per la organizzazione dei servizi, sia per raccogliere il vantaggio delle cosiddette economie di scala per il costo di erogazione di determinati servizi, sia per mettere a frutto l'esperienza già maturata dalle Province e non facilmente trasferibile.

Tra i servizi per i quali sarà considerato il ruolo di coordinamento delle Province in fase di programmazione, e potrà essere individuato un soggetto unico sovra-ambito per

lo svolgimento delle funzioni amministrative connesse alla gestione - a fronte del corrispondente trasferimento delle risorse necessarie dal quadro finanziario di ciascun Piano di Zona, previa stipula di convenzione successiva all'approvazione dei Piani stessi - vengono individuati i seguenti:

- a) i servizi di sostegno all'affido familiare e alle adozioni;
- b) i servizi per la mediazione familiare civile e penale;
- c) i servizi per audiolesi e videolesi, nonché quei servizi di cui all'art. 8 comma 5 della l. n. 328/2000, per i quali la Regione Puglia finalizzerà risorse dedicate da considerare quale concorso al finanziamento per l'esercizio di funzioni che risultano già attribuite alle Province;
- d) gli interventi per l'integrazione scolastica, sociale e lavorativa di ciechi pluriminorati, di cui all'art. 3 comma 1 della l. n. 284/97, con particolare riferimento alle iniziative sperimentali per la gestione di centri diurni per l'educazione e la riabilitazione visiva;
- e) le strutture di accoglienza per i casi di abuso e maltrattamento ai danni di minori e di donne;
- f) le strutture residenziali per disabili gravi senza il necessario supporto familiare ("Dopo di noi"), anche valorizzando l'apporto degli enti del Terzo Settore per l'attivazione di tali strutture.

E' importante sottolineare che la scala dimensionale sovra-ambito può riguardare solo multipli di ambiti territoriali e non solo parti di alcuni ambiti o distretti.

Con particolare riferimento ai servizi di cui all'elenco precedente, laddove ciascun ambito territoriale individui la Provincia come soggetto gestore, sarà definito il concorso di tutti gli enti interessati alla copertura dei costi, ivi compresa la partecipazione finanziaria delle stesse Province e delle ASL, anche in coerenza con quanto previsto dalla l. n. 328/2000 (combinato disposto dell'art. 1 comma 3, dell'art. 4 comma 1, dell'art. 22 comma 2), in merito alla aggiuntività delle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali rispetto alle risorse già destinate alle politiche sociali dagli Enti precedentemente titolari delle funzioni.

Le Province, inoltre, come già richiamato all'art. 11 della l. r. n. 17/2003, concorrono alla costruzione del Sistema Informativo Regionale dei Servizi Sociali, affiancando in ciò la Regione, mediante la costituzione di Osservatori Sociali Provinciali, come meglio specificato nel Capitolo VII.

Ancora, le Province provvedono a rendere efficace il collegamento tra politiche sociali, politiche attive del lavoro e sviluppo locale e formazione professionale, coadiuvando i Comuni e gli Ambiti nei programmi di reintegrazione sociale e lavorativa dei soggetti fragili e degli espulsi dal mercato del lavoro.

Alle **Aziende Sanitarie Locali** spetta la tutela della salute dei cittadini, integrando le loro prestazioni con le Aziende Ospedaliere. Un ruolo fondamentale è quello di potenziare le attività extraospedaliere a favore di tutti i cittadini, ed in particolare dei cittadini con fragilità, sia per consolidare la recente riorganizzazione ospedaliera, che per promuovere l'integrazione con i servizi sociali gestiti dai Comuni. I Piani delle Attività Territoriali (PAT) del Distretto Sanitario sono gli strumenti per misurare la solidità dell'integrazione sociosanitaria e per stipulare con i Comuni un *patto di azione territoriale* che risponda alle priorità del Piano Regionale delle Politiche Sociali: sostegno alle famiglie e inclusione sociale delle fasce fragili.

Sul piano delle risorse istituzionali assume grande importanza per lo sviluppo locale, anche attraverso le politiche sociali, la progettazione dell'**Unione Europea** che, nel

Programma Operativo Regionale 2000-2006, individua misure di intervento comunitarie a sostegno delle politiche che favoriscono lo sviluppo dei servizi alla persona.

### 5.1.1 Il Coordinamento Istituzionale

Nella definizione della programmazione di ambito o distretto sociosanitario la prima questione che ci si trova di fronte, prima ancora della soluzione di particolari esigenze o problemi di una determinata comunità locale, riguarda i presupposti che occorre promuovere affinché il processo possa rendere possibile il conseguimento stesso delle soluzioni per quei determinati problemi.

La Regione per applicare i principi di *governance* e *sussidiarietà verticale* deve regolare gli Organismi di rappresentanza dei Comuni soprattutto nel rapporto con il sistema sanitario, per garantire un'efficace integrazione tra le diverse pianificazioni locali.

In proposito, per coordinare l'attività regionale con quella degli Enti locali e condividere obiettivi prioritari, equità di spesa anche per il settore sanitario e rafforzare il ruolo territoriale anche secondo gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale 2002/2004, per i soggetti deboli (minori, anziani, disabili, persone dipendenti, ecc.), la Regione garantirà la partecipazione interistituzionale attraverso la **Conferenza Regione - Autonomie Locali**, in conformità alle disposizioni di cui alla l.r. n. 22/2000<sup>9</sup>.

A livello *politico-istituzionale* occorre che tutti i Comuni e gli altri soggetti pubblici interessati alla promozione di programmazione sociale si impegnino a definire quali attori sociali coinvolgere e come renderli corresponsabili in una logica che incoraggi le connessioni tra gli snodi della rete dei servizi. A partire da tale individuazione occorre favorire i processi comunicativi per determinare poi i diversi livelli di coordinamento che si debbono attuare durante il processo di interazione.

Occorre, dunque, da parte dei Comuni individuare e regolamentare gli elementi sia politico/istituzionali (Coordinamento Istituzionale, Tavolo della Concertazione), che tecnici (Ufficio di Piano), in grado di garantire al percorso una "cabina di regia" e il necessario supporto tecnico per il suo funzionamento. Occorre, inoltre, individuare tutti quei gruppi, organizzazioni e singoli individui che, a livello di Ambito, interagiscono con la programmazione sociale.

Pertanto spetta al **Coordinamento Istituzionale** (costituito dai Sindaci o loro delegati di tutti i Comuni che aderiscono all'ambito territoriale sociale) di definire l'indirizzo politico delle scelte, coordinando l'attività di programmazione e facilitando i processi di integrazione.

Al Coordinamento Istituzionale, che è titolare della funzione d'indirizzo generale dell'attività dell'Ufficio di Piano, spetta in particolare:

- disciplinare il funzionamento del Tavolo della concertazione;
- definire i termini della programmazione di ambito;
- stabilire le modalità istituzionali e le forme organizzative gestionali più adatte all'organizzazione dell'ambito territoriale e della rete dei servizi sociali;

---

<sup>9</sup> La Conferenza Regione - Autonomie Locali deve essere intesa quale organo di concertazione, cooperazione e coordinamento tra Regione, Comuni, Comunità montane, Province e altri Enti locali. La Conferenza permanente Regione - Autonomie locali: esprime pareri obbligatori e formula proposte, di norma in via preventiva, sulle iniziative legislative a carattere generale relative al conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli Enti locali e, su espressa richiesta della competente Commissione Consiliare, esprime pareri sulle proposte di legge e sugli atti amministrativi di competenza del Consiglio Regionale aventi riflessi sul sistema delle Autonomie locali.

- approvare l'Accordo di Programma a conclusione della stesura del Piano Sociale di Zona;
- consentire di realizzare un sistema di sicurezza sociale condiviso attraverso strumenti di partecipazione, pratiche concertative e percorsi di coprogettazione e di co-valutazione;
- istituire l'Ufficio di Piano come tecno-struttura snella a supporto della programmazione di ambito;
- dare attuazione alle forme di collaborazione e di integrazione fra i Comuni e l'Azienda Sanitaria di riferimento, per i servizi e le prestazioni dell'area sociosanitaria;
- stabilire i contenuti degli Accordi di Programma e le eventuali forme di collaborazione interambito.

Il Coordinamento Istituzionale assume le caratteristiche del soggetto politico territoriale per le macro scelte di politica sociale e di integrazione con le politiche sanitarie. Al Coordinamento Istituzionale partecipa il Direttore Generale dell'ASL al fine di definire l'Accordo di Programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona, con specifico riferimento alle scelte connesse alla integrazione sociosanitaria, e possono partecipare, su invito da parte dei Comuni, anche altri soggetti ove interessati alla realizzazione della rete dei servizi.

La tabella di seguito illustrata elenca in sintesi i luoghi istituzionali istituiti per il confronto e la cooperazione tra i diversi organi di governo regionale e locale per le competenze di programmazione sociale e sociosanitaria:

ORGANI DI GOVERNO	FUNZIONI PROGRAMMATORIE	INDIRIZZI PER IL RACCORDO SOCIO-SANITARIO
<b>CONFERENZA REGIONE AUTONOMIE LOCALI</b> (per la composizione si veda l'art. 7 della l.r. n. 22/2000)	Esprime pareri obbligatori e formula proposte, di norma in via preventiva, sulle iniziative legislative a carattere generale relative al conferimento di funzioni e compiti amministrativi agli Enti locali; inoltre, su espressa richiesta della competente Commissione consiliare, esprime pareri sulle proposte di legge e sugli atti amministrativi di competenza del Consiglio Regionale aventi riflessi sul sistema delle Autonomie locali.	Elaborazione di proposte per l'emanazione di atti funzionali all'integrazione socio-sanitaria, nonché alla integrazione con le altre politiche.
<b>CONFERENZA DEI SINDACI</b> (Composta da tutti i Sindaci dei Comuni che costituiscono il territorio delle ASL)	Fornisce indirizzi per il Piano di salute dell'ASL e per la programmazione di Zona, limitatamente ai servizi socio-sanitari sovra-ambito. Fornisce indirizzi per la programmazione degli interventi e servizi sociali di valenza sovra-ambito. E' dotata di supporto tecnico, per coadiuvare la pianificazione integrata.	Individuazione di ruoli che possono supportare il raccordo tra la Pianificazione della Conferenza dei Sindaci e quella della Direzione dell'Azienda Sanitaria.
<b>COORDINAMENTO ISTITUZIONALE</b> (coincide con il Comitato dei Sindaci dell'ambito territoriale sociale)	Formula gli indirizzi per i Piani sociali di Zona individuando le priorità assistenziali, fissa la partecipazione economica dei Comuni associati e l'allocazione delle risorse finanziarie ripartite dalla Regione. Formula indirizzi per la programmazione dei servizi socio-sanitari a livello di ambito territoriale. Fornisce indicazioni per la parte sociosanitaria al Distretto sanitario per il Piano delle Attività Territoriali (PAT). La zona sociale è dotata di un supporto tecnico, individuato nell'Ufficio di Piano.	Va individuata una struttura snella (Ufficio di Piano di Zona) che colloquia con il Distretto sanitario per il raccordo tra i Piani di Zona ed i Piani delle Attività Territoriali (PAT). Può essere previsto all'interno dell'UdP un componente ASL quale il coordinatore sociosanitario.

## 5.2 Ruolo e funzioni dei soggetti privati e del privato sociale

La l.n. 328/2000, ridisegnando il complesso delle politiche sociali, individua gli attori di tale sistema, prevede che, accanto ai soggetti istituzionali (Stato, Regioni ed Enti locali), siano chiamati anche «gli organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati»<sup>10</sup>. Tali soggetti, ognuno nell'ambito delle rispettive competenze, concorrono alla definizione della programmazione di territorio attraverso il coordinamento e l'integrazione istituzionale e con accordi di cooperazione partenariale tra pubblico e privato. La legge dunque individua i soggetti, e indica anche le forme attraverso le quali operare il coinvolgimento degli stessi. Un coinvolgimento che non deve essere di facciata, ma sostanziale, aprendo un vero e proprio processo di programmazione condivisa sia a livello regionale che locale.

Un cambiamento non da poco, che nel nostro ordinamento si sostanzia anche attraverso l'uso di una nuova terminologia. Infatti, negli atti di programmazione, non si coniuga più il termine di *government*, ma quello di *governance*, intendendo con ciò l'avvio di un complesso sistema di responsabilità condivise tra attori pubblici ed attori privati, che entrano con un ruolo paritario in quella stessa programmazione.

Sul piano più prettamente organizzativo la rete locale può diventare lo strumento attraverso il quale decidere strategie e interventi in maniera partecipata.

Riconoscendo alle organizzazioni no profit un'importanza fondamentale per il sistema che si intende realizzare, si viene a coniugare il principio di sussidiarietà orizzontale fra pubblico e privato. All'Ente locale, sempre di più sganciato da compiti meramente gestionali, si affida una responsabilità di regia e di governo, nel cui esercizio viene affiancato da altri soggetti privati.

In questo senso si tratta di realizzare un sistema di *governance* dove una serie di organizzazioni formano «reti semiautonome ed autoregolate» per la definizione di un sistema a responsabilità condivisa.

Questo approccio risponde anche all'esigenza di aumentare l'efficacia e l'efficienza delle programmazioni in campo sociale. Infatti, coinvolgere il Terzo Settore nella programmazione significa far tesoro di un'esperienza, che negli ultimi venti anni ha assunto un ruolo ed una funzione crescente nella produzione dei servizi ai cittadini.

Ma tutto ciò significa anche e, soprattutto, rendere tutti gli attori sociali più responsabili, sviluppare sistemi comunicativi nuovi e modalità relazionali significative e durature, praticare spazi di negoziazione e condividere aspettative ed obiettivi.

Pertanto, oggi si pone con forza la necessità di coordinare l'azione del privato sociale con quella pubblica, al fine di realizzare un sistema regionale omogeneo che risponda cioè a tutti i cittadini, offrendo le stesse possibilità di accesso e di intervento.

In tale ottica il Piano di Zona può diventare il dispositivo per la programmazione partecipata se è pensato e realizzato come lo strumento locale per favorire il riordino, il potenziamento, la messa in rete di interventi e servizi, programmati e realizzati secondo un'ottica condivisa.

---

<sup>10</sup> Art. 1, comma 5, l.n. 328/2000. Cfr. anche l'art. 16, comma 1, della l. r. 25 agosto 2003, n. 17 della Regione Puglia, dove facendo propria l'impostazione della l.n. 328/2000, si recita che «La Regione e gli Enti locali riconoscono il ruolo e la rilevanza sociale ed economica dei soggetti del Terzo Settore e valorizzano l'apporto delle organizzazioni del volontariato, delle cooperative sociali e delle associazioni di promozione sociale ...»



La Regione Puglia riconosce un ruolo ed una rilevanza al Terzo Settore finalizzata alla creazione di un sistema-rete radicato nel territorio. In tal senso assume, come scelta strategica, quella di giungere a definire un «*welfare* plurale» inteso come sistema allargato di governo, dove tanto i soggetti pubblici quanto quelli privati, concorrono a definire il complesso delle politiche sociali, sulla base di un sistema di tipo partenariale e non gerarchico.

Il sistema verso cui tendere non è, dunque, derivato dalla semplice somma di diverse componenti, ma è una nuova soggettività frutto di un processo. Attraverso il concorso delle organizzazioni private e quelle del Terzo Settore, la pratica della concertazione non si configura come semplice trasferimento di risorse, quanto piuttosto come immissione di possibilità e competenze nella definizione della rete dei servizi che si intende realizzare in ogni singolo territorio.

La Regione, pertanto, nel riconoscere la necessità di giungere alla definizione di un *welfare* condiviso, intende promuovere un processo di costruzione della programmazione territoriale che sia incardinato nei seguenti principi:

La promozione della cultura della cittadinanza sociale. In una logica di servizi che intendono muoversi non più nella dicotomia incluso/escluso, ma in quella relazionale/non-relazionale, è fondamentale il ricorso a pratiche di partecipazione e di promozione della cittadinanza attiva. Infatti, le pratiche partecipative sono, tra le varie condizioni, quelle che ci consentono di intervenire sulla linea di confine tra gli emarginati ed i cittadini;

Lo sviluppo del sistema-rete basato sulle relazioni e sulla capacità dei diversi attori di strutturare connessioni e rapporti significativi e duraturi;

La partecipazione dei soggetti privati sia del no profit che del for profit nell'ideazione, progettazione e realizzazione della rete dei servizi che devono assicurare su ogni territorio l'uniformità ed i livelli di prestazioni essenziali;

La partecipazione alle fasi di valutazione e monitoraggio degli stessi prevedendo anche il coinvolgimento dei cittadini come fruitori dei servizi, il tutto finalizzato al controllo ed al miglioramento della loro qualità e funzionalità<sup>11</sup>;

Il sostegno del Terzo Settore attraverso la promozione delle organizzazioni no profit, riconoscendo i ruoli e le diverse soggettività che, intorno allo scenario delle politiche sociali, tali soggetti esprimono.

La Regione Puglia "*riconosce la funzione sociale degli oratori*". Sulla base di questa legittimazione, la Regione ne *sostiene le attività specificando che queste dovranno rientrare nel sistema integrato degli interventi e servizi sociali programmato dal Piano Regionale socio-assistenziale (art. 1, 3° comma)*.

Il riconoscimento del ruolo degli oratori fa riferimento alle loro funzioni, quale luogo di aggregazione sociale, di ascolto e di rilevazione dei bisogni delle comunità locali, sia in fase di programmazione delle priorità di inclusione sociale nell'ambito della stesura del Piano Sociale di Zona e dei tavoli di concertazione e di progettazione partecipata da attivare, sia in fase di attuazione, mediante la stipula di convenzioni per lo svolgimento delle attività più tipiche nella vita degli oratori, quali l'informazione e l'ascolto, la lettura dei bisogni, le azioni di sensibilizzazione, le attività ricreative e di aggregazione sociale, di sostegno scolastico e di sostegno al ruolo educativo delle famiglie. Con dette convenzioni i Comuni potranno riconoscere le spese per lo svolgimento delle attività funzionali al Piano Sociale di Zona.

<sup>11</sup> Art. 16, comma 2 e comma 3, della l. r. 25 agosto 2003, n. 17 della Regione Puglia.

### **5.3 Percorsi di concertazione e di progettazione partecipata. La cittadinanza sociale**

Partendo da una prospettiva in cui prevale il processo negoziale e di co-progettazione, dove interagiscono i diversi punti di vista, il criterio decisionale, all'interno del percorso di costruzione dei Piani di Zona, assume un'evoluzione secondo un processo dal basso verso l'alto. Inoltre, proprio perchè costruito a partire dagli interessi del territorio, è un processo che tende a tutelare tanto i soggetti pubblici, ai quali viene riconosciuto un ruolo preminente di regia e di controllo, quanto i soggetti del privato sociale che a quel processo prendono comunque parte.

Pertanto, lo schema che si propone è dentro un metodo dove più soggetti finiscono per prendere parte al sistema delle responsabilità condivise, che è anche in grado di assolvere ad una «funzione educativa» di promozione delle capacità e delle competenze del territorio.

Utilizzare lo strumento della concertazione per la costruzione dei Piani di Zona vuol dire definire e sperimentare strumenti nuovi nella ricerca di ipotesi di interventi integrati. A partire da questa sperimentazione è fondamentale l'adozione ed il perfezionamento di strumenti tecnici per la costruzione di piani e progetti.

Il problema, infatti, non è solo la costituzione di tavoli o gruppi di lavoro integrati, ma attiene anche all'utilizzo di strumenti in grado di garantire la stessa pratica della progettazione in partenariato. In sostanza la programmazione di ambito si intende dentro un'ottica comunicativa e dialogica, dove si definiscono le connotazioni di gruppi integrati di lavoro (Tavolo della Concertazione, gruppi di coprogettazione), le modalità operative volte a definire i termini delle questioni prioritarie e gli elementi che motivano i diversi attori a sedersi intorno al tavolo.

Gi obiettivi prioritari del Piano, al fine di realizzare un sistema partecipativo-concertativo, sono:

- 1. Creazione di un sistema a responsabilità condivise: ruolo e funzioni dei soggetti privati e del privato sociale;**
- 2. La regolazione del sistema-rete: luoghi e strumenti per la concertazione;**
- 3. Lo sviluppo di un sistema-rete di qualità sociale: la promozione della cittadinanza sociale.**

#### **5.3.1 Creazione di un sistema a responsabilità condivise: ruolo e funzioni dei soggetti privati e del privato sociale.**

La costruzione di un sistema di protezione e di promozione sociale sul territorio parte da ciò che le attuali reti territoriali esprimono in termini di cooperazione e di solidarietà, ponendosi nell'ottica dello sviluppo del capitale sociale, inteso come patrimonio di cultura, saperi e relazioni, attraverso le forme della programmazione negoziata<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> La legge 23 dicembre 1996 n. 662 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (Art. 2 «misure in materia di servizi di pubblica utilità e per il sostegno dell'occupazione e dello sviluppo» comma 203 lett. a.). definisce la programmazione negoziata come «la regolamentazione concordata tra soggetti pubblici o tra il soggetto pubblico competente e la parte o le parti pubbliche o private per l'attuazione di interventi diversi, riferiti ad un'unica finalità di sviluppo, che richiedono una valutazione complessiva delle attività di competenza» .

Così come i contratti d'area o i patti territoriali lo sono stati per lo sviluppo economico, la programmazione negoziata, in campo sociale, viene ad essere lo strumento attraverso il quale cercare il coinvolgimento delle risorse territoriali.

Il coordinamento delle azioni e anche delle relazioni, tra i vari soggetti che siedono ai tavoli di concertazione, nel rispetto del principio della sussidiarietà di tipo orizzontale e della costruzione di partenariati locali, stravolge completamente una modalità di programmazione dall'alto, e assegna piena dignità al territorio, non solo come spazio dove attivare servizi ed interventi, ma come entità sociale dalla quale provengono risorse e competenze.

I Piani di Zona, pertanto, potranno configurarsi come strumenti attraverso i quali si avvia il processo di cambiamento che coinvolge i diversi soggetti, si individuano ruoli e competenze nel processo concertativo e si definiscono le modalità di relazione tra le parti.

In questo percorso di costruzione di partnership locali, il Terzo Settore ed il privato for profit entrano a pieno titolo e vengono coinvolti al fianco di coloro che elaborano le politiche di intervento per la definizione delle strategie programmatiche di ambito.

Metodo della concertazione nelle scelte e partenariato nelle assunzioni di responsabilità: ecco le due dimensioni su cui si forma e cammina il patto territoriale della pianificazione di zona.

Un sistema delle relazioni incentrato sui processi concertativi, dove l'ordinamento di tipo gerarchico lascia il posto a forme stabili di partenariato e dove il processo della programmazione viene costruito dal basso verso l'alto, anziché essere definito da un centro ed imposto ad un sistema periferico a cui vengono, di fatto, affidati solo compiti meramente gestionali.

Il modello di tipo cooperativo e di solidarietà prefigurato coinvolge, dunque, attori diversi affidando a ciascuno ruoli e funzioni ben precisi:

L'aggregazione di più Comuni a cui è affidato il compito di coordinamento e di regia del processo di costruzione delle politiche territoriali di tipo concertato;

Gli altri soggetti istituzionali (Regioni, Province ed Aziende Sanitarie Locali, le istituzioni scolastiche) che concorrono a definire la programmazione territoriale, ed in particolar modo gli aspetti inerenti l'integrazione delle politiche sociali con quelle sanitarie, della formazione, del lavoro, nonché quelle abitative;

I Centri di Giustizia Minorile ed i Tribunali per i Minorenni;

Il Terzo Settore che viene chiamato, non più solo nella gestione del sistema dei servizi ma nella programmazione degli stessi;

Le forme di rappresentanza e di auto-organizzazione dei cittadini, le famiglie, i singoli individui che assumono un ruolo fondamentale nella definizione di un sistema di servizi di qualità;

Le Organizzazioni Sindacali e le associazioni di tutela dei consumatori chiamati a partecipare sia nella fase di definizione degli obiettivi e delle priorità, che in quella della valutazione.

### 5.3.2 La regolazione del sistema rete (luoghi e strumenti per la concertazione)

La costruzione partecipata dei Piani di Zona non può prescindere dalla definizione dei “luoghi” e degli “strumenti” della concertazione<sup>13</sup>.

I Piani di Zona debbono prevedere una serie di strumentazioni per l'avvio e la messa a regime di questo nuovo modo di programmazione, definendo un formale sistema di *governance*, gli strumenti di tale sistema e le azioni strategiche necessarie alla definizione di un approccio di tipo concertativo. Occorre, cioè, definire azioni di “pianificazione strategica condivisa” e percorsi di coprogettazione al fine di giungere ad una regolazione complessiva del sistema.

In questo senso *la regolazione si intende come quel complesso di azioni che vengono messe in campo per regolare, coordinare e negoziare le attività, le relazioni, le diverse posizioni ed anche i conflitti che possono emergere tra interessi diversi e a volte contrapposti.*

I diversi ruoli e funzioni che gli attori della concertazione vengono ad assumere vanno individuati ed articolati su quattro livelli diversi, che sono:

- Il livello politico-istituzionale, descritto nel paragrafo precedente;
- Il livello partecipativo-concertativo;
- Il livello tecnico-progettuale;

Sul piano **partecipativo-concertativo** il Tavolo della Concertazione è la struttura organizzativa che coinvolge gli attori locali e ne definisce i diversi compiti.

Tale organismo può rappresentare il momento fondamentale del processo di costruzione partecipata di un Piano di Zona se, e in quanto, non si trasformi in un mero strumento di rappresentanza delle diverse istanze. Piuttosto è il momento di incontro tra le varie realtà territoriali, al quale viene assegnato una funzione di direzione del processo pianificatorio, ed in particolar modo nella lettura dei bisogni e delle opportunità (in termini di risorse di cui si dispone), nella individuazione delle priorità su cui intervenire e nelle proposte in merito a tali interventi. Sul versante più prettamente operativo ciò significa che il Tavolo della Concertazione ha il compito di favorire l'integrazione tra i diversi soggetti nella definizione delle idee progettuali.

Il tratto saliente è, pertanto, quello proprio di un percorso che si avvia da situazioni rappresentate con dati oggettivi, e si muove individuando i punti di criticità, analizzando i processi organizzativi in atto, per giungere a proporre, se necessario, un piano di riorganizzazione dei servizi che tenga conto della mappatura delle realtà attive e dei bisogni sociali espressi o ancora sommersi.

---

<sup>13</sup> Se si vuole garantire un sistema integrato di interventi e di servizi sociali, che risponda in maniera efficace alla domanda espressa e rilevata, occorre definire modalità condivise di lettura di quella stessa domanda, così come occorrerà sperimentare modalità relazionali e comunicative tra i diversi attori. Tutto ciò conduce alla necessità che gli strumenti di pianificazione territoriale siano orientati tanto agli obiettivi quanto al processo di realizzazione degli stessi.

La logica incrementale che sottostà ad un tale approccio, ci guida verso un sistema dove la *conoscenza* (di chi “vive e pratica” il territorio), *l'osservazione* (di chi usufruisce di servizi ed interventi) e *la riflessione* (di chi, invece, è chiamato a verificare la correttezza dell'agire rispetto al problema aperto) diventano parti fondamentali del processo di costruzione delle politiche e dei programmi di intervento in campo sociale.

In altre parole le modalità partecipative che si ripetono nel corso della pianificazione (a livello di individuazione dei bisogni, di definizione di priorità e di obiettivi generali e di approvazione della definitiva stesura del piano) finiscono per essere non solo strumenti di partecipazione ma anche una possibilità di crescita comune e di rafforzamento delle capacità della comunità, in un processo di *consolidamento e potenziamento* reale.

Dentro tale iter il lavoro del gruppo di coordinamento può prevedere momenti di restituzione e incontri di partecipazione e rappresenta, pertanto, la fase che è un po' il cuore di tutta la pianificazione territoriale di ambito: quella più propriamente concertativa dove si definiscono ipotesi, si dà modo alle diverse modalità di lettura e di interpretazione delle problematiche di potersi esprimere fino in fondo e si negozia tra differenti interessi.

Del Tavolo della Concertazione fanno parte i rappresentanti dei Comuni dell'ambito territoriale, della Provincia, dell' AUSL, i rappresentanti delle istituzioni scolastiche e dei Centri di Giustizia Minorile, nonché i soggetti richiamati dall'art. 1 e dall'art. 16 della l. r. n. 17/2003. Al Tavolo sono chiamate a partecipare anche le organizzazioni sindacali e le organizzazioni di categoria. La composizione del Tavolo della Concertazione locale e le modalità di funzionamento saranno stabilite con apposito accordo tra i Comuni di ciascun ambito territoriale.

Le competenze, attribuite al Tavolo della Concertazione, sono:

- *l'analisi dei bisogni territoriali al fine di determinare una loro gerarchizzazione;*
- *l'individuazione delle priorità e dei settori innovativi;*
- *la qualificazione della spesa, attraverso la riduzione delle aree di sprechi e di duplicazione degli interventi;*
- *l'attivazione di tutte le risorse che l'Ambito è in grado di mettere in campo.*

Il Tavolo, come spazio di mediazione, è dunque un luogo dove si costruiscono e si praticano delle relazioni e dove i diversi attori rappresentano non solo coloro che sono i destinatari, diretti o indiretti, delle scelte programmatiche, ma anche quelli che possono essere coinvolti nel processo di realizzazione degli stessi interventi.

Sul piano **tecnico-progettuale** la costruzione dei Piani di Zona si snoda attraverso la composizione di ipotesi progettuali sulla base non solo delle risorse istituzionali (comunali, regionali, nazionali ed europee) ma anche di quelle che ogni singolo soggetto, chiamato a concertare, è in grado di mettere a disposizione. Tale approccio diventa fondamentale anche per definire il grado di coinvolgimento e soprattutto il livello di integrazione che si intende praticare. Non una mera divisione di ciò che compete o meno ad ogni soggetto, ma il migliore utilizzo di tutte le risorse disponibili.

Definito così il quadro, è possibile tracciare un'ipotesi di pianificazione a partire dall'individuazione delle problematiche presenti e della loro gerarchizzazione, che ne permette, poi, una migliore collocazione dentro uno schema progettuale di definizione di obiettivi, risultati ed attività.

In sostanza si tratta della possibilità di istituire, presso ogni singolo ambito territoriale, tavoli di coprogettazione sulla base delle scelte strategiche prioritarie che il processo concertativo ha indicato.

Definire tavoli di coprogettazione serve a costruire progetti che siano in grado di riqualificare il sistema della rete di protezione e di inclusione sociale su scala di distretto sociosanitario.

A partire dalla struttura esistente, questi gruppi di lavoro hanno la possibilità di integrare ciò che a livello istituzionale è, troppo spesso, separato e possono portare ad interazione i diversi soggetti al fine di avere influenzamento reciproco, un fare comune, ed un agire contingente.

Tale approccio, oltre che essere innovativo di per sé, può dar modo di saggiare anche possibilità di costituire équipe integrate al fine di realizzare servizi innovativi su scala di ambito.

Dei tavoli/gruppi di coprogettazione sono chiamati a far parte i tecnici, sia pubblici che del privato sociale, che hanno competenza ed esperienze riferite allo specifico per il quale si è attivata la coprogettazione.

A tale livello è demandato il compito di definire una “progettazione di massima”, mentre quella più propriamente esecutiva, che tra le altre cose comporta anche le modalità di affidamento dei servizi, viene demandata all’**Ufficio di Piano**, istituito in seno all’ambito territoriale, come luogo di coordinamento tecnico tra tutti i soggetti titolari delle funzioni di programmazione e attuazione dei servizi sociali a rete.

L’Ufficio di Piano, in quanto tecno-struttura a supporto della programmazione di Ambito, viene costituito dal Coordinamento Istituzionale. A tale Ufficio spettano in particolare le seguenti funzioni:

- facilitare i processi di integrazione;
- promuovere connessioni tra i Comuni dell’Ambito coinvolti nel Piano di Zona;
- facilitare i rapporti con le altre Amministrazioni Pubbliche;
- elaborare la proposta del Piano di Zona in base alle linee espresse dal Coordinamento Istituzionale ed emerse dal processo di concertazione;
- definire e perfezionare la progettazione esecutiva di Ambito;
- supportare le procedure di gestione delle risorse.

Questo impianto programmatico, articolato sui quattro livelli descritti (politico-istituzionale, partecipativo-concertativo, tecnico-progettuale e tecnico-strutturale), è dunque un sistema di regolazione volto alla realizzazione di servizi ed interventi che siano interdisciplinari ed intersettoriali e che si snoda attraverso momenti predefiniti.

Un percorso di coinvolgimento di tutti i portatori di interessi specifici, all’interno di un «ciclo della pianificazione», articolato in momenti precisi e predeterminati che sono:

- Una fase preliminare di macroprogrammazione, dove si ha l’individuazione della tecnostruttura di supporto, dei portatori di interessi e delle strumentazioni, necessaria alla regolazione del sistema;
- La pianificazione concertata attraverso cui si ha la definizione degli obiettivi e l’individuazione delle strategie di azione, in coerenza con le priorità disegnate nel Piano Regionale delle Politiche Sociali;
- La fase della coprogettazione dove vengono definite le singole progettazioni di massima attraverso la metodologia del lavoro di gruppo e della progettazione in partenariato;
- Il momento della predisposizione e realizzazione delle attività in cui vengono definiti e formalizzati gli strumenti (progettazione esecutiva, affidamento dei servizi, protocolli operativi) per poi attivare interventi e servizi;
- La fase della valutazione dove si definiscono e si applicano strumenti propri del monitoraggio e della valutazione stessa, su quelli che sono gli obiettivi della programmazione di ambito. Tale momento non interrompe il ciclo programmatico, ma consente allo stesso di autoriprodursi nel tempo, fornendo al processo gli elementi essenziali per avviare di nuovo la successiva pianificazione.

### **5.3.3 Lo sviluppo di un sistema-rete di qualità sociale: la promozione della cittadinanza sociale**

La funzione educativa di sviluppo delle capacità e delle conoscenze di un territorio ci porta a ri-orientare i servizi verso la comunità locale. La promozione della cittadinanza sociale può essere, dunque, pensata come il risultato di un processo di *community building* e di rafforzamento della comunità stessa.

In un tale contesto la programmazione territoriale focalizza il proprio interesse verso l'attivazione di progetti per la valorizzazione delle competenze e delle capacità locali e promuove la costruzione di spazi pubblici della società come luoghi di formazione delle decisioni sul futuro.

In buona sostanza ciò significa che la rete dei servizi, in primo luogo quelli del *welfare di accesso*, non deve limitare le proprie attività ad azioni di marketing sociale (dove vi sono degli utenti consumatori che esprimono una domanda da soddisfare), quanto piuttosto, sviluppare un approccio di tipo comunitario, dove i cittadini rappresentano i committenti stessi della rete dei servizi, contribuendo a definirne priorità, strategie di intervento e le necessarie verifiche.

Se si considera il sistema regionale come una rete densa e diffusa di servizi, si deve parimenti pensare alle condizioni essenziali per rendere possibile l'avvio di un processo che sia teso al pieno coinvolgimento dei cittadini e che possa creare, tra questi, una serie di connessioni favorendone l'assunzione delle reciproche responsabilità.

Occorre, dunque, che all'interno della pianificazione di ambito si organizzino interventi e progetti di comunità mirati, in primo luogo, verso la coesione che è il legame che sta alla base del senso di appartenenza, della condivisione e del confronto e, secondariamente, indirizzati all'interdipendenza ed alla maturazione della consapevolezza che ogni singolo individuo ha di dipendere l'uno dagli altri. Tale lavoro è il solo che può condurci verso l'integrazione vera tra uguaglianze e differenze e verso l'equilibrio tra la soddisfazione dei bisogni individuali ed i bisogni della collettività.

Attraverso un approccio di tipo comunitario, si ha la possibilità di ripensare complessivamente l'intervento sociale, con un lavoro che ha a che fare soprattutto con i gruppi, con famiglie e con le organizzazioni, più o meno complesse, che su base territoriale si confrontano e si scontrano quotidianamente con le loro diversità e le loro particolarità.

Queste differenze diventano l'oggetto dell'intervento al fine di sviluppare "forme di convivenza efficaci" ed affinché un territorio assuma competenze per la comprensione delle diversità e la gestione dei conflitti.

Pertanto un intervento di comunità consente di agire non sul singolo bisogno ma, sull'intera collettività, che porta esigenze individuali, e anche sui vari sottosistemi (famiglia, scuola, lavoro ecc). Un approccio olistico che assume la valenza di essere trasversale ed integrato, dove la rete dei servizi:

- attiva e sostiene il processo di coinvolgimento e di partecipazione dei cittadini;
- fornisce consulenza;
- incrementa le competenze della comunità attraverso la formazione;
- fornisce risorse professionali specifiche per interventi mirati;
- accresce il senso di comunità;
- sviluppa le reti sociali.

#### 5.4 La gestione associata delle funzioni sociali negli ambiti territoriali

Sin dalle prime discipline organiche di attribuzione, il trasferimento di competenze agli Enti locali è stato sempre “accompagnato” dalla indicazione di ricercare forme di svolgimento dei servizi locali adeguate per efficacia, efficienza, ed economicità.

E' introdotto, in tal senso, il principio di adeguatezza organizzativa prima a livello europeo con apposita direttiva approvata nel 1985, a Strasburgo, dai Paesi aderenti all'Unione Europea, recepita dall'Italia con la legge 30 dicembre 1989, n. 439, che disciplina la “Carta europea delle autonomie locali”.

Lo stesso principio è stato successivamente disciplinato dalla legislazione nazionale con la legge 15 marzo 1997, n 59, sul “federalismo amministrativo”, e dal successivo D. Lgs. n. 112/1998.

Entrambe le normative citate ripartiscono, sulla base del principio di sussidiarietà, le funzioni e le competenze amministrative, con l'attribuzione delle responsabilità pubbliche alle autorità più vicine ai cittadini. In esse accanto al principio di sussidiarietà viene introdotto il principio di adeguatezza organizzativa inteso come relazione tra l'idoneità organizzativa del soggetto pubblico e l'esercizio in forma associata delle funzioni conferite.

In altri termini, è presente nei principi di riferimento della legislazione che fa assumere agli Enti locali ed in particolare ai Comuni, il ruolo di “motore di comunità”, la necessità di correlare qualità dei servizi ed economicità su scala territoriale adeguata per l'esercizio delle funzioni.

Tale concetto è stato delineato per la prima volta dal decreto legislativo emanato con D.P.R. n. 616/77, primo testo organico di attribuzione di competenze tra Stato, Regioni ed Enti locali. Esso prevede che la Regione determini gli ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari, promuovendo forme di cooperazione tra gli Enti locali territoriali e di associazione tra essi, se necessario anche in forma obbligatoria. Gli ambiti territoriali determinati concernono la contestuale gestione dei servizi sociali e sanitari.

La definizione degli ambiti territoriali adeguati ha sempre trovato conferma nella legislazione di settore, ed è prevista anche dalla legge quadro sui servizi sociali che mantiene in capo alla Regione tale forma di programmazione territoriale per la gestione unitaria dei servizi sociali a rete. La legge nazionale stabilisce, ancora, che le Regioni devono prevedere incentivi per l'esercizio associato di funzioni sociali in ambiti territoriali, di norma coincidenti con i distretti già operanti per le prestazioni sanitarie. La Regione mantiene la facoltà di operare per zone più piccole nella definizione di ambiti territoriali in relazione alle caratteristiche geomorfologiche, di sviluppo economico e sociale, ecc.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali della Puglia dà attuazione ai principi della gestione associata contenuti nella l.r. n. 17/2003, agli artt. 4, 5,6.

I Comuni di uno stesso ambito territoriale, di norma coincidente con il distretto socio-sanitario, gestiscono in forma associata i servizi socioassistenziali dei quali congiuntamente elaborano una programmazione triennale con i Piani Sociali di Zona.

Per quanto attiene alla forma di gestione gli ambiti territoriali decidono autonomamente le forme di gestione da adottare, tenuto conto di quanto previsto dal D. Lgs. n. 267/2000 (Testo Unico degli Enti locali) e della possibilità di coinvolgimento delle Aziende Pubbliche di servizi alla persona (ex IPAB che abbiano intrapreso il percorso di trasformazione ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. n. 207/2001) che abbiano sede nell'ambito territoriale di competenza.



Per gli ambiti territoriali composti in larga parte da Comuni di minore dimensione demografica la gestione associata è obbligatoria, è sostenuta dagli incentivi regionali, e può guardare prioritariamente alla attribuzione delle funzioni di gestione dei servizi socioassistenziali ad una Azienda Pubblica di servizi alla persona avente sede legale sul territorio dell'ambito, ovvero ad una istituzione dotata di autonomia gestionale ai sensi dell'art. 114 del D.Lgs. n. 267/2000.

Devono intendersi **Comuni di minore dimensione demografica** tutti i Comuni con una popolazione residente pari o inferiore a 10.000 abitanti; gli ambiti territoriali interessati dall'applicazione del comma 3 dell'art. 5 della l.r. n. 17/2003 sono tutti gli ambiti in cui il numero di piccoli Comuni sia pari o superiore al 50% del numero complessivo di Comuni che compongono l'ambito territoriale.

Sulla base dei dati ISTAT (Censimento 2001) sulla popolazione residente, vengono elencati di seguito gli ambiti territoriali composti prevalentemente da Comuni di minore dimensione demografica<sup>14</sup>:

1. San Severo	Prov. di Foggia
2. Vico del Gargano	Prov. di Foggia
3. Cerignola	Prov. di Foggia
4. Lucera	Prov. di Foggia
5. Troia	Prov. di Foggia
6. Martano	Prov. di Lecce
7. Galatina	Prov. di Lecce
8. Gallipoli	Prov. di Lecce
9. Lecce	Prov. di Lecce
10. Maglie	Prov. di Lecce
11. Nardò	Prov. di Lecce
12. Poggiardo	Prov. di Lecce
13. Casarano	Prov. di Lecce
14. Gagliano del Capo	Prov. di Lecce
15. Grottaglie	Prov. di Taranto
16. Manduria	Prov. di Taranto.

Per tutti gli altri ambiti territoriali la gestione associata sarà promossa anche con un meccanismo premiale rivolto a far convergere gli orientamenti di tutti i Comuni verso la gestione associata, per favorire la dimensione ottimale nella organizzazione e gestione dei servizi sociali.

#### **5.4.1 Le forme dell'associazionismo intercomunale**

Le forme associative intercomunali sono disciplinate dagli articoli 30, 31, 32, 33 e 34, del testo unico D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267. L'oggetto e le finalità dell'associazione definiscono meglio anche le modalità associative da adottare: *convenzione, consorzi, unione di comuni, esercizio associato di funzioni e servizi, accordi di programma.*

L' **Accordo di Programma** è lo strumento con il quale i Comuni del distretto approvano il Piano Sociale di Zona e si obbligano a sostenere degli impegni precisi, in

<sup>14</sup> Si veda in proposito la tavola presentata in Appendice del Capitolo I.

termini di sforzi organizzativi, compartecipazione finanziaria, responsabilità di gestione e di rendicontazione. L'articolo 34 del TUEL qualifica, in particolare, l'Accordo di Programma quale strumento che offre la possibilità di aggregare sul medesimo obiettivo numerosi soggetti, oltre le istituzioni pubbliche, e presenta apprezzabili elementi di flessibilità nella definizione degli obiettivi da perseguire, delle risorse da mettere in campo, delle modalità organizzative.

L'accordo di programma, cogliendo lo spirito della l. n. 328/2000 e della l.r. n. 17/2003 deve precedere l'adozione di strumenti giuridici che regolano la gestione associata e danno attuazione agli obblighi reciproci tra i soggetti sottoscrittori dell'Accordo stesso; ciò al fine di non svilire il valore dell'accordo programmatico, prima che gestionale, tra tutti i soggetti interessati che hanno in questa fase uguale potere decisionale ed uguali responsabilità nel contribuire al sistema delle scelte per la costruzione della rete dei servizi sociali.

Per lo svolgimento della materia sociale, la Convenzione è, tra le forme giuridiche, lo strumento più idoneo per dare avvio all'esperienza della gestione associata, nelle more di una eventuale evoluzione dello stesso assetto.

I principi e le funzioni da prendere in considerazione negli atti per l'esercizio delle funzioni associate sono così riassumibili:

1. Finalità e ambito di applicazione dell'intesa;
2. Territorio di competenza e sedi di erogazione dei servizi;
3. Organi, funzioni e compiti dell'associazione intercomunale;
4. Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sociali, definizione delle prestazioni da erogare in forma associata;
5. Atti per consentire l'operatività comune: intese, convenzioni, ecc;
6. Definizione della struttura professionale e sua localizzazione per l'Ufficio di Piano e per i servizi di accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari del distretto;
7. Modalità di accesso alle prestazioni;
8. Modalità di applicazione del concorso alla spesa da parte degli utenti (con le deroghe);
9. Modalità di elaborazione del Piano Sociale di Zona e delle fasi di progettazione esecutiva e di riprogrammazione eventuale;
10. Modalità di coordinamento tra servizi sociali e sanitari con particolare riferimento ai medici di medicina generale e alle unità operative socio-sanitarie dell'AUSL.

I Comuni sono tenuti alla sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona del rispettivo ambito territoriale e per la definizione delle modalità di gestione associata delle funzioni relative alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui alla l. r. n. 17/2003, entro il **termine** di 60 giorni dalla approvazione del presente Piano Regionale delle Politiche Sociali. Le modalità di presentazione degli Accordi di Programma e degli elaborati di Piano Sociale di Zona saranno ulteriormente precisati nel Capitolo VI sulla Programmazione finanziaria e nel Capitolo VIII sulla costruzione dei Piani Sociali di Zona.

Decorso inutilmente tale termine, in base a quanto previsto all'art. 5, comma 5, della legge regionale, la Regione esercita il **potere sostitutivo** nei confronti dei Comuni inadempienti, intervenendo - sentita la Conferenza Regione-Enti locali - con l'adozione di un apposito regolamento che definisca la forma associativa e disciplini la gestione dei servizi per tutti gli ambiti territoriali inadempienti.

### **5.4.2 Le forme giuridiche per l'associazionismo tra Comuni**

La scelta di favorire forme associative degli Enti locali nella gestione dei servizi sociali, pur nella libertà del modello, è promossa dalla Regione Puglia mediante incentivazioni economiche e costituisce una grande opportunità per l'esercizio, su scale economiche appropriate, delle funzioni e per l'integrazione sociosanitaria.

I modelli di gestione con i quali si esprimono forme di associazione degli Enti locali possono sintetizzarsi nelle seguenti formule:

in modo coordinato stabilendo, a mezzo di apposita **Convenzione**, le materie oggetto di coordinamento, la durata, i reciproci obblighi. Le Convenzioni possono prevedere la costituzione di Uffici Comuni presso i quali può essere distaccato personale dipendente cui affidare l'esercizio delle funzioni degli enti che sottoscrivono l'accordo. Gli enti che sottoscrivono la Convenzione possono delegare l'esercizio delle funzioni ad uno solo di essi, ovvero possono concordare la distribuzione delle funzioni di gestione tra i diversi enti sottoscrittori la Convenzione. In questo secondo caso, al Comune capofila può essere riconosciuto il ruolo di coordinamento e di raccordo per le funzioni di rendicontazione e a tutti i Comuni uguali responsabilità nella gestione di servizi specifici e diversi, laddove le capacità professionali ed organizzative di tutti gli enti siano tali da non ritenere auspicabile il trasferimento delle funzioni ad uno solo degli enti sottoscrittori. Tra i soggetti a cui può essere delegato l'esercizio delle funzioni figurano anche le Aziende Pubbliche di servizi alla persona;

in modo associato attraverso la costituzione di un **Consorzio** cui possono partecipare anche altri enti pubblici (ad esempio Aziende pubbliche di Servizi alla persona, AUSL, ecc.). Gli Enti locali approvano apposita Convenzione che disciplina lo statuto, le funzioni, l'organizzazione e la nomina degli organi del Consorzio;

a mezzo di **Unioni di Comuni** che prevedano l'esercizio congiunto di funzioni di loro competenza. I Comuni che aderiscono all'unione approvano lo statuto il quale individua le funzioni svolte, gli organi dell'unione, le modalità organizzative per l'esercizio delle materie conferite. Tale forma di gestione associata è particolarmente adatta quando tutti i Comuni interessati abbiano dimensioni demografiche molto piccole e quando vi è l'orientamento degli stessi Comuni alla gestione associata di altri servizi oltre quelli socioassistenziali.

Nell'esercizio delle loro funzioni, gli Enti locali anche in forma associata, individuano gli standard di qualità e determinano le modalità di vigilanza e controllo delle aziende esercenti i servizi pubblici, in un quadro di tutela prioritaria dei cittadini e degli utenti. La l.r. n. 17/2003 richiama espressamente forme di tutela che si sostanziano con il controllo della qualità dei servizi e della loro rispondenza agli standard dichiarati nelle Carte dei servizi.

Si analizzano di seguito le principali caratteristiche delle forme di gestione associata fin qui considerate.

#### **Le Convenzioni**

Le Convenzioni, finalizzate a svolgere un servizio "in modo coordinato" e non già a prevederne "la gestione associata", sono accordi di diritto pubblico che non possono disporre il generico svolgimento di servizi di interesse locale, ma devono specificamente individuare il particolare oggetto della convenzione, stabilire i fini, la durata, le forme

di consultazione degli enti contraenti, i loro rapporti finanziari ed i reciproci obblighi e garanzie.

Tramite Convenzione è possibile, inoltre, prevedere la costituzione di uffici comuni che operano con personale distaccato dagli enti partecipanti, ai quali affidare l'esercizio delle funzioni pubbliche in luogo degli enti partecipanti all'accordo, ovvero la delega di funzioni da parte degli enti partecipanti all'accordo a favore di uno di essi, che opera in luogo e per conto degli enti deleganti.

Le Convenzioni rappresentano lo strumento tuttora maggiormente diffuso nelle esperienze locali che hanno avvertito l'esigenza di esercitare funzioni o erogare servizi migliorandone anche il livello qualitativo e senza dubbio rappresentano il modello più semplice per la definizione della gestione associata tra più enti permettendo di realizzare un'organizzazione territoriale dei servizi più snella e "leggera" rispetto alla costituzione di un ente terzo.

Inoltre, la temporaneità del rapporto convenzionale e la possibilità di limitarne l'oggetto solo ad alcuni servizi, rende questa forma particolarmente adatta ad una prima fase sperimentale di gestione associata.

La Convenzione, approvata dall'organo consiliare di ciascuna amministrazione, può risultare non particolarmente adatta a contesti più avanzati e complessi, nei quali i soggetti che partecipano sono numerosi e diversi e dove possono sorgere difficoltà nell'accordo.

### **Il Consorzio**

Ai sensi dell'art 31 del D.Lgs. 267/2000, gli Enti locali possono costituire un Consorzio "per la gestione associata di uno o più servizi e l'esercizio associato di funzioni".

Il Consorzio è organo strumentale dell'Ente locale, dotato di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

Al Consorzio possono partecipare altri enti pubblici, quando siano a ciò autorizzati. Notevoli opportunità di integrazione dei servizi si ottengono quando al Consorzio partecipa anche l'azienda sanitaria e l'azienda di servizi alla persona eventualmente presente sul territorio. A tal fine i rispettivi Consigli approvano a maggioranza assoluta dei componenti una convenzione unitamente allo statuto del Consorzio. In particolare la Convenzione deve disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili e prevedere la trasmissione, agli enti aderenti, degli atti fondamentali del Consorzio.

Sono organi del consorzio l'Assemblea dei Comuni consorziati, come organo di indirizzo e controllo, il Comitato di gestione, come organo esecutivo e di gestione, e il Direttore.

Lo Statuto del Consorzio disciplina l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili, determina le quote di partecipazione degli enti aderenti e prevede gli atti fondamentali del Consiglio di Amministrazione soggetti all'approvazione dell'Assemblea.

Il Consorzio si configura come un modello più avanzato di gestione associata, una forma che, per la definizione dei ruoli e delle funzioni, dei tempi di attivazione e per i costi di gestione si presenta molto strutturata e che può essere allargata anche ad altri soggetti e per più servizi.

Le criticità possono essere rappresentate dai tempi piuttosto lunghi del procedimento di costituzione (stesura dello statuto e successiva approvazione in sede consiliare da parte degli Enti locali; definizione dello schema di convenzione tra amministrazione comunale e organo consortile) e dalla definizione della struttura

politica in cui il Consiglio di Amministrazione determina l'indirizzo gestionale senza dover consultare necessariamente gli enti che partecipano al Consorzio che pur mantengono funzioni di indirizzo, controllo e vigilanza.

### **Le Unioni di Comuni**

Le Unioni di Comuni, ai sensi dell'art 32 del D.Lgs. n. 267/2000, sono enti locali volontariamente costituiti da due o più Comuni di norma contermini, allo scopo di esercitare congiuntamente una pluralità di funzioni di loro competenza.

L'atto costitutivo e lo statuto dell'Unione sono approvati dai Consigli dei Comuni partecipanti, con le procedure e la maggioranza richieste per le modifiche statutarie.

Lo statuto individua gli organi dell'Unione, le modalità per la loro costituzione nonché le funzioni svolte dall'Unione e le corrispondenti risorse.

Lo statuto deve prevedere il Presidente dell'Unione scelto tra i Sindaci dei Comuni interessati e deve prevedere che altri organi siano formati da componenti delle Giunte e dei Consigli dei Comuni associati, garantendo la rappresentanza delle minoranze.

L'Unione ha potestà regolamentare per la disciplina della propria organizzazione, per lo svolgimento delle funzioni ad essa affidate e per i rapporti anche finanziari con i Comuni.

Alle Unioni di Comuni si applicano, in quanto compatibili, i principi previsti per l'ordinamento dei Comuni.

Alle Unioni competono gli introiti derivanti dalle tasse, dalle tariffe e dai contributi sui servizi ad esse affidati.

I presupposti per scelta dello strumento associativo dell'Unione sono sicuramente una forte volontà politica che crede nella collaborazione intercomunale. Prima di giungere ad una scelta gestionale di questo tipo sarebbe necessaria un'ampia riflessione sulle opportunità e sui vincoli, gestionali ed economici, di questa forma associativa, nonché preferibile farla precedere da una fase sperimentale dell'esercizio in forma associata di alcuni servizi.

Da sottolineare che la scelta di questa forma associata non vincola in alcun modo la successiva adozione della forma gestionale che può rimanere in capo all'Unione o essere affidata ad enti terzi.

### ***5.4.3 I contenuti della gestione unitaria dei servizi sociali tra Enti locali***

L'attivazione di una qualsiasi forma di gestione associata di funzioni e servizi implica la costruzione di un vero e proprio progetto che, partendo dall'analisi dei bisogni del territorio, dei servizi attualmente erogati e delle compatibilità economiche, in particolar modo deve definire:

- 1) le finalità e l'ambito di applicazione dell'intesa;
- 2) il territorio di competenza e le sedi di organizzazione dei servizi;
- 3) gli organi, le funzioni e i compiti dell'associazione intercomunale;
- 4) il Regolamento per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi, la definizione delle prestazioni da erogare in forma associata;
- 5) gli atti per consentire l'operatività comune: intese, convenzioni, ecc.;
- 6) la struttura professionale e la sua localizzazione per l'Ufficio di Piano e per i servizi di accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari del distretto;

- 7) le modalità di costituzione di un Fondo Unico di ambito per la gestione dei servizi sociali previsti nel Piano di Zona e le modalità di compartecipazione al fondo con risorse proprie.

Al processo di individuazione della forma di gestione i rappresentanti del Terzo Settore ed i sindacati devono essere chiamati a dare il proprio contributo per la definizione del bisogno espresso e di quello potenziale, nonché delle potenzialità di offerta di ogni territorio.

Nella scelta della forma di gestione gli elementi di qualità nella offerta di servizi dovranno assumere uguale peso rispetto agli elementi di valutazione economica.

All'interno di uno stesso ambito territoriale i Comuni dovranno individuare una sola forma per la gestione associata, che potrà trovare attuazione con diverse modalità di distribuzione delle funzioni di gestione dei servizi tra i Comuni stessi. Inoltre i Comuni di più ambiti territoriali potranno prevedere una forma di gestione diversa per quei servizi ai quali si riconosce un bacino di utenza potenziale di dimensione superiore all'ambito territoriale: nel caso di servizi con valenza sovra-ambito il territorio di competenza dovrà essere composto da multipli di ambiti territoriali interi e non da una aggregazione di alcuni Comuni provenienti da distretti sociosanitari diversi.

## 5.5 Le modalità di gestione dei servizi

In base all'art. 112 del D. Lgs. n. 267/2000 gli Enti locali provvedono alla gestione dei servizi pubblici che abbiano per oggetto produzione di beni ed attività rivolte a realizzare fini sociali e a promuovere lo sviluppo economico e civile delle comunità locali.

Circa le modalità di gestione di tali servizi la legge consente di utilizzare diverse soluzioni.

In particolare l'art. 14 del D. Lgs. n. 269/2003 "*Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici*", che ha recentemente innovato gli articoli dedicati dal TU alle modalità di gestione dei servizi pubblici (già modificati dalla Legge 448/2001) introducendo la nuova distinzione tra servizi "a rilevanza economica" e servizi privi di tale rilevanza (in luogo della precedente distinzione tra servizi "a rilevanza industriale" e servizi "privi di rilevanza industriale"), prevede che l'Ente locale, nel rispetto della normativa di settore, provveda all'erogazione dei servizi non a rilevanza economica, mediante le seguenti forme:

- a) in economia, quando per le modeste dimensioni o per le caratteristiche del servizio non sia opportuno procedere diversamente;
- b) gestione diretta mediante affidamento a soggetti terzi, del settore privato o del privato sociale; a tale modalità di gestione dei servizi la l.r. n. 17/2003 assegna un forte rilievo con l'art. 34, pur non potendola considerare scelta esclusiva dell'Ente;
- c) a mezzo di Istituzione;
- d) a mezzo di Azienda Speciale, anche consortile;
- e) delega dei Comuni all'AUSL della gestione di alcuni servizi;
- f) affidamento a società a capitale interamente pubblico a condizione che l'ente o gli enti pubblici titolari del capitale sociale esercitino sulla società un controllo analogo a quello esercitato sui propri servizi e che la società realizzi la parte più importante della propria attività con l'ente o gli enti pubblici che la controllano.

Va ricordato, infine, che la l.r. n. 17/2003 assegna un ruolo di rilievo alle Aziende Pubbliche di servizi alla persona per la gestione dei servizi previsti nei Piani Sociali di Zona, con riferimento ai territori su cui le stesse hanno sede. In relazione a ciò è opportuno che le stesse Aziende partecipino sin dalle fasi iniziali alla elaborazione del Piano di Zona, al fine di consentire una completa verifica delle risorse effettivamente disponibili sul territorio, delle capacità di gestione e delle capacità di organizzazione dei servizi a livello di ambito territoriale, necessarie per dare un assetto definitivo alla gestione associata dei servizi.

### **5.5.1 Le forme di gestione: potenzialità e criticità**

#### **La gestione diretta “in economia”**

E' il modello tradizionale di gestione del servizio, sempre più spesso abbandonato a favore della esternalizzazione dei servizi, affidati ad organizzazioni del privato sociale.

##### Potenzialità positive

Maggiore semplicità nei sistemi di controllo della qualità del servizio erogato.

Maggiore possibilità di risposta a nuovi bisogni o a nuove esigenze organizzative.

Maggiori garanzie di coerenza tra indirizzi programmatori e offerta di servizi.

##### Aree di criticità

Possibili diseconomie di scala.

Possibili disfunzioni a livello decisionale.

Gestione poco flessibile del personale.

Rinuncia ai vantaggi derivanti da una separazione tra la funzione di programmazione e la funzione gestionale.

#### **La gestione diretta tramite affidamento a soggetti terzi**

Si tratta della modalità di erogazione dei servizi socio-assistenziali maggiormente praticata. Il no profit è ormai un soggetto chiave in ambito socioassistenziale e sociosanitario.

##### Potenzialità positive

Possibile realizzazione di economie di scala.

Tendenziale diminuzione del costo dei servizi.

Particolare vicinanza del no profit ai bisogni collettivi.

Maggiore flessibilità organizzativa e gestionale.

Risorse progettuali più articolate.

##### Aree di criticità

Possibilità di comportamenti opportunistici.

Difficoltà ad intervenire se la gestione esternalizzata non funziona.

Minore controllo sulla gestione.

#### **L'Istituzione**

Il Consiglio Comunale per l'esercizio di servizi sociali che necessitano di particolare autonomia gestionale, costituisce Istituzioni, mediante apposito atto contenente il relativo regolamento di disciplina dell'organizzazione e dell'attività e previa redazione di apposito piano tecnico-finanziario, dal quale risultino: i costi dei servizi, le forme di finanziamento e le dotazioni di beni mobili e immobili compresi i fondi liquidi. Il Consiglio Comunale determina, altresì, la dotazione organica di personale e l'assetto organizzativo dell' Istituzione, le modalità di esercizio dell'autonomia gestionale,

l'ordinamento finanziario e contabile, le forme di vigilanza e di verifica dei risultati gestionali. Il regolamento può prevedere il ricorso a personale assunto con rapporto di diritto privato, nonché, collaborazioni ad alto contenuto di professionalità. Gli indirizzi da osservare sono approvati dal Consiglio Comunale al momento della costituzione ed aggiornati in sede di esame del bilancio preventivo e del rendiconto consuntivo dell'Istituzione.

Gli organi dell' Istituzione sono il Consiglio di Amministrazione, il Presidente ed il Direttore.

Il Consiglio di Amministrazione ed il Presidente sono nominati dal Sindaco, sulla base degli indirizzi stabiliti dal Consiglio, tra soggetti estranei a tale organo, purché, in possesso delle condizioni di eleggibilità al Consiglio Comunale. Il regolamento disciplina il numero, gli eventuali ulteriori requisiti specifici richiesti ai componenti, la posizione giuridica e lo status dei componenti il Consiglio di Amministrazione, nonché le modalità di funzionamento dell'organo. Il Consiglio di Amministrazione provvede all'adozione di tutti gli atti di gestione a carattere generale previsti dal regolamento. Il Presidente rappresenta l'Istituzione e presiede il Consiglio di Amministrazione, vigila sull'esecuzione degli atti del consiglio ed adotta, in caso di necessità ed urgenza, provvedimenti di competenza del Consiglio, da sottoporre a ratifica nella prima seduta. Il Direttore dell'Istituzione è nominato dal Sindaco con le modalità previste dal regolamento.

Il Direttore è il responsabile del personale, garantisce la funzionalità dei servizi, adotta i provvedimenti necessari ad assicurare l'attuazione degli indirizzi e delle decisioni degli altri organi dell'Istituzione.

#### Potenzialità positive

Il potere di indirizzo e di direzione rimane all'Ente locale.

Separazione tra attività gestionale, di programmazione e di verifica (maggiore efficienza).

Flessibilità della struttura.

Trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Rapporti con il Terzo Settore maggiormente svincolati da logiche di schieramento

Possibilità di organizzazione dei servizi a rete.

Maggiori possibilità di introduzione di sistemi di controllo economico-finanziari.

#### Aree di criticità

Aumento delle difficoltà di coordinamento per l'esistenza di 4 soggetti: Istituzione, AUSL, Comune e No profit.

Rischio di tensioni tra Istituzione ed Ente locale per l'esistenza di assetti organizzativi troppo distanti.

Rischi derivanti dalla scarsa autonomia decisionale.

#### **L'Azienda Speciale**

Ente strumentale dell'Ente locale, con personalità giuridica e dotato di autonomia imprenditoriale. Può essere utilizzata per la gestione anche di servizi di rilevanza economica ed imprenditoriale. Ha un proprio statuto approvato dal Consiglio Comunale ed un proprio regolamento di funzionamento.

L'Ente locale dà gli indirizzi, svolge le verifiche sui risultati di gestione, vigila, approva gli atti fondamentali. L'ordinamento ed il funzionamento dell'Azienda Speciale sono disciplinati dal proprio statuto e da propri regolamenti. L'Azienda Speciale ha proprie forme di verifica di gestione; lo statuto prevede un apposito organo di revisione.

Gli atti fondamentali approvati dal Comune sono:



1. Piano-programma comprendente un contratto di servizio che disciplini i rapporti tra Azienda e Comune.
2. Bilanci economici di previsione annuale e pluriennale.
3. Conto consuntivo.
4. Bilancio di esercizio.

#### Potenzialità positive

- Maggiore trasparenza.
- Maggiore flessibilità della struttura.
- Immagine imprenditoriale.
- Separazione tra programmazione e gestione.
- Ampia possibilità di implementare propri strumenti di controllo e di valutazione.

#### Aree di criticità

- Maggiore complessità organizzativa.
- Possibili discrasie tra possibilità operative e la cultura preesistente.
- Rischio di utilizzo improprio (burocratizzazione in fase di definizione dello statuto).

**L'accreditamento** è una delle possibili modalità con cui i Comuni regolano i rapporti con i soggetti erogatori dei servizi sociali. La legge 328 lo tratta nell'art. 11 e nell'art. 17, in cui si affronta anche il tema dei buoni servizio e la l.r. n. 17/2003 introduce l'accreditamento all'art. 33, rinviando al Regolamento regionale, che individuerà le condizioni per l'accreditamento, i criteri generali per accreditare strutture e servizi, le procedure necessarie per l'accreditamento.

#### Potenzialità positive

- Responsabilizzazione del cittadino.
- Diminuzione del carico gestionale per l'Ente locale.
- Sviluppo della competizione sulla qualità.
- Maggiore attenzione del singolo alla qualità.

#### Aree di criticità

- Rischio che gli utenti multiproblema siano esclusi dal mercato.
- Necessità di strumenti di tutoraggio costosi.
- Scarsa possibilità di controllo del sistema.
- Criticità in fase di definizione degli standard.
- Mancanza di esplicitazione delle finalità del ricorso all'accreditamento.

### **5.5.2 Sussidiarietà orizzontale e rapporti tra Enti locali e Terzo Settore**

La l. r. n. 17/2003, dal combinato disposto dell'art. 1 e dell'art. 16, afferma l'importanza che nella costruzione dei sistemi di welfare locali hanno il Terzo Settore (associazioni ed enti di promozione sociale, **Organismi della Cooperazione**, organizzazioni di volontariato), le Fondazioni, gli Enti di patronato e gli oratori, sia pure con ruoli diversi.

Il ricorso al Terzo Settore, ed in particolare alla Cooperazione sociale, deve:

- a) favorire la pluralità di offerta dei servizi e delle prestazioni, nel rispetto dei principi di trasparenza e semplificazione amministrativa;
- b) promuovere il miglioramento della qualità dei servizi e degli interventi anche attraverso la definizione di specifici requisiti di qualità;
- c) favorire l'utilizzo di forme di aggiudicazione o negoziali che consentano la piena espressione della capacità progettuale ed organizzativa dei soggetti del Terzo Settore, valutando nelle procedure di affidamento anche la qualità

delle proposte progettuali presentate, insieme alle caratteristiche strutturali dei soggetti proponenti ed alla offerta economica.

I Comuni associati potranno ricorrere alla esternalizzazione dei servizi attraverso procedimento di evidenza pubblica nei termini e nei modi previsti dall'art. 34 della l. r. n. 17/2003. In sede di sottoscrizione dell'Accordo di Programma i Comuni potranno prevedere l'affidamento ad un unico ufficio - ad esempio l'Ufficio di Piano dell'Ambito territoriale, istituito presso il Comune Capofila o altro ente gestore per l'attuazione del Piano di Zona - della competenza per la predisposizione delle procedure di affidamento dei servizi esternalizzati, al fine di favorire il consolidarsi di adeguate competenze tecniche finalizzate e l'utilizzo di criteri oggettivi ed omogenei per la selezione dei soggetti erogatori.

I procedimenti di affidamento a terzi (affidamento diretto, con appalto concorso, con procedure ristrette) dovranno, comunque, avvenire attraverso procedure trasparenti in grado di evidenziare l'imparzialità dell'ente affidatario nella individuazione del soggetto erogatore.

La Regione, come previsto dall'art. 34 della legge regionale nel Regolamento provvederà a definire, i criteri generali per la selezione dei soggetti cui affidare l'erogazione dei servizi alla persona. Nelle more della definizione del regolamento regionale, si forniscono di seguito alcune indicazioni di carattere generale per l'orientamento dei Comuni.

Nel procedere ad affidamento dei servizi gli enti affidatari (i Comuni ed i soggetti gestori) dovranno ricorrere a tali modalità, pur potendole liberamente integrare per adattare le modalità di valutazione al tipo di servizio da esternalizzare.

Per selezionare i soggetti affidatari, i Comuni tengono conto, in particolare, dei seguenti elementi:

- profili professionali impiegati;
- applicazione di contratti collettivi di lavoro;
- congruenza della proposta economica rispetto alla proposta tecnica;
- indicatori di risultato coerenti con gli obiettivi fissati;
- caratteristiche dell'organizzazione dell'impresa e della struttura deputata alla erogazione del servizio;
- capacità di garantire flessibilità e risposta all'emergenza;
- grado di innovazione della proposta tecnica rispetto alle metodologie di intervento;
- le modalità adottate per il contenimento del turn over degli operatori;
- gli strumenti di qualificazione organizzativa del lavoro;
- la conoscenza degli specifici problemi sociali del territorio e delle risorse sociali della comunità.

E' in ogni caso esclusa la possibilità di ricorrere a gare al massimo ribasso. Viene, invece, indicato come metodo di riferimento quello della proposta economicamente più vantaggiosa, in cui il prezzo e la qualità ricevono uguale attenzione nella fase di valutazione.

Al fine di consentire una ragionevole remunerazione delle imprese sociali, nella procedura di gara gli enti affidatari dovranno definire una percentuale di ribasso oltre cui considerare non valide le offerte.

Nella procedura di valutazione delle proposte al criterio del prezzo non dovrà essere assegnato, ai sensi della l.r. n. 17/2003, art. 34 comma 2, un punteggio inferiore

al 50% del punteggio totale, ed ai fini del calcolo del punteggio da attribuire al prezzo si propone, solo a titolo esemplificativo, di adottare la seguente formula di calcolo:

$$\frac{\text{valore dell'offerta minima presentata}}{\text{valore dell'offerta considerata}} \times 0,51 \text{ (o altro peso da assegnare al prezzo > 0,50).}$$

## **Capitolo VI**

### **La programmazione finanziaria**

#### **6.1 Le risorse per la costruzione del sistema integrato dei servizi sociali**

Il sistema integrato dei servizi socioassistenziali in Puglia sarà costruito con tutte le risorse trasferite dal Governo nazionale alla Regione Puglia a valere sul Fondo Nazionale Politiche Sociali, con le risorse aggiuntive garantite dalla Regione Puglia e dai Comuni per le funzioni socioassistenziali, nonché con le risorse aggiuntive delle Province, delle ASL e di tutti gli altri soggetti che concorreranno alla promozione ed alla attuazione dei Piani Sociali di Zona.

La l.r. n. 17/2003 individua i due capitoli del bilancio regionale che dal 2004 in poi saranno il riferimento per la copertura finanziaria del Piano Regionale delle Politiche Sociali:

- il capitolo 784025 “Fondo Nazionale Politiche Sociali - l.r. n. 17/2003 Piano Regionale Socio assistenziale” area di intervento “Servizi alla persona”, UPB 9.2 “Servizi Sociali”;
- il capitolo 784010 “Fondo globale per i servizi socioassistenziali”, area di intervento “Servizi alla persona”, UPB 9.2 “Servizi Sociali”.

Nel capitolo 784025 confluiscono le risorse del FNPS non utilizzate per il triennio 2001-2003 e le risorse del FNPS che saranno attribuite alla Regione Puglia, a seguito di riparto tra tutte le Regioni da parte del Governo nazionale, per le annualità 2004 e successive.

Nel capitolo 784010 confluiscono tutte le risorse proprie del bilancio regionale destinate alla realizzazione dei servizi sociali, aggiuntive rispetto ai trasferimenti nazionali.

Solo per il primo triennio le risorse che saranno ripartite ai Comuni per l’attuazione del primo Piano Sociale di Zona saranno date dalla sommatoria delle disponibilità di competenza del triennio 2001-2003 e delle attribuzioni per gli anni 2004, 2005, 2006. In particolare, contestualmente alla approvazione dei Piani Sociali di Zona la Regione trasferirà ai Comuni le quote spettanti relative al triennio 2001-2003 e le risorse relative all’annualità 2004 acquisite al bilancio regionale, sulla base dei criteri di riparto approvati con il presente Piano Regionale delle Politiche Sociali (si veda par. 6.3), a cui seguiranno i trasferimenti per le annualità successive.

Il primo Piano Sociale di Zona vedrà l’avvio della attuazione dei servizi previsti nel Piano stesso in ciascun ambito territoriale a partire dal 1° gennaio 2005, visti i tempi presumibili per la definizione degli accordi programmatici, la presentazione, l’approvazione, il conseguente finanziamento dei Piani e la successiva costruzione degli assetti gestionali. Si profila, dunque, il seguente disallineamento temporale per le diverse fonti di finanziamento:

- le risorse FNPS di competenza del periodo 2004-2006 (a cui si aggiungono le risorse disponibili FNPS del periodo 2001-2003) saranno utilizzate per l’attuazione del Piano nel triennio 2005-2007;
- le risorse del Fondo Globale per i servizi socioassistenziali della Regione per il 2004, che vengono ripartite con il presente Piano Regionale, potranno essere

utilizzate nel corso del corrente anno (2004) dai Comuni per la realizzazione di servizi ed interventi in continuità con quanto avviato nelle annualità precedenti, purchè in coerenza con le priorità espresse nel presente Piano Regionale e purchè le risorse del Fondo Regionale siano considerate aggiuntive rispetto alle risorse proprie comunali impegnate per gli interventi sociali; per le annualità 2005 - 2006 -2007 i Comuni conosceranno in seguito il riparto delle risorse spettanti per il Fondo Globale per i servizi socioassistenziali, che dovranno finanziare i servizi previsti nel Piano Sociale di Zona per decisione di tutti i Comuni dell'ambito territoriale;

- le risorse proprie dei Comuni previste nei bilanci preventivi per il 2004 saranno utilizzate nel corso del corrente anno (2004) dai Comuni per la realizzazione di servizi ed interventi in continuità con quanto avviato nelle annualità precedenti, alle stesse condizioni precisate al punto precedente; le risorse proprie dei Comuni da finalizzare per le politiche sociali per gli anni 2005 - 2006 - 2007 dovranno finanziare i servizi previsti nel Piano Sociale di Zona con le modalità descritte al par. 6.1.1 del presente capitolo.

Fonti di finanziamento	Annualità dei servizi			
	2004	2005	2006	2007
FNPS 2001 - indistinte				
FNPS 2002 - indistinte				
FNPS 2003				
FNPS 2004				
FNPS 2005				
FNPS 2006				
FGSA 2004				
FGSA 2005				
FGSA 2006				
FGSA 2007				
Risorse proprie Comuni 2004				
Risorse proprie Comuni 2005				
Risorse proprie Comuni 2006				
Risorse proprie Comuni 2007				

L'indicazione, dunque, è quella di considerare le attività dei Comuni nel 2004 svolte per assicurare i servizi e gli interventi sociali preesistenti come una premessa - necessaria, visto l'obiettivo di garantire continuità e tutela ai bisogni di protezione sociale delle comunità locali - rispetto all'avvio del Piano Sociale di Zona, i cui servizi ed interventi saranno programmati e attuati con una logica di maggiore unitarietà, con una dotazione finanziaria complessiva più articolata ed adeguata rispetto alle tipologie di servizi da garantire sul territorio.

### 6.1.1 Le fonti di finanziamento

Si ricostruisce di seguito la disponibilità complessiva di risorse del FNPS per il triennio 2001-2003.

Si evidenzia che per le annualità 2001-2002 le risorse disponibili per il riparto tra i Comuni sono tutte le risorse non finalizzate o indistinte, come da trasferimento nazionale, oltre alle risorse finalizzate non utilizzate dalla Regione. Per l'annualità 2003 l'intero FNPS è stato trasferito alle Regioni come Fondo Unico senza finalizzazioni

ulteriori, fatta eccezione per il 10% delle risorse che viene accantonato per gli interventi a favore della famiglia, ed in particolare per l'acquisto della prima casa per le giovani coppie e per il sostegno alla natalità, e la quota finalizzata alle misure di sostegno alla povertà già utilizzate.

#### Risorse per le politiche sociali in Puglia (annualità 2001)

RISORSE ANNO 2001	RISORSE STANZIATE	RISORSE NON DISPONIBILI	RISORSE DISPONIBILI
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali - Risorse indistinte	€ 31.953.182,37	€ -	€ 31.953.182,37
CONTINUITA' INTERVENTI PER IL SOSTEGNO DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE (ART. 39, COMMA 2, LETT. L BIS E TER L. N. 104/92)	€ 422.375,21	€ 422.375,21	€ -
Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza	€ 8.899.168,87	€ 8.899.168,87	€ -
Interventi in favore delle famiglie con anziani costretti a letto e bisognosi di assistenza continuativa di cui la famiglia si fa carico non autosufficienti ex.L.388/2000 art.80 c.14	€ 94.273,88	€ -	€ 94.273,88
interventi per la lotta allo sfruttamento e all'abuso sessuale dei minori ex L.269/1998 art 17- comma 2.	€ 1.437.248,59	€ -	€ 1.437.248,59
Cofinanziamento di iniziative sperimentali di informazione per le famiglie - art. 80 c. 14 L. 388/2000	€ 731.572,02	€ 731.572,02	
Fondo per la lotta alla droga	€ 7.434.954,00	€ 7.434.954,00	€ -
Interventi per persone in condizione di povertà estrema e senza fissa dimora	€ 632.156,48	€ 632.156,48	€ -
Interventi di sostegno a persone con handicap grave art. 3 - comma 1 - legge n. 162/98	€ 2.083.484,24	€ 2.083.484,24	€ -
Trasferimenti ai Comuni per il funzionamento delle Case di Riposo ex ONPI di Bari e di San Vito dei Normanni e del Centro Educativo di Gallipoli	€ 2.117.473,29	€ 2.117.473,29	€ -
trasferimenti al Comune di Bari per interventi a favore dei profughi	€ 516.456,90	€ 516.456,90	€ -
fondo globale regionale per i servizi socio-assistenziali	€ 15.493.706,97	€ 15.493.706,97	€ -
trasferimenti alle AUSL per il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di trapianto l.r. n. 25/96	€ 774.685,35	€ 774.685,35	€ -
trasferimenti alle AUSL per l'assistenza economica ai pazienti psichiatrici l.r. n. 26/87	€ 3.356.969,84	€ 3.356.969,84	€ -
contribuiti alle Associazioni di tutela e rappresentanza degli invalidi l.r. n. 2/94	€ 387.342,67	€ 387.342,67	€ -
<b>Totale risorse</b>	<b>€ 76.335.050,68</b>	<b>€ 42.850.345,84</b>	<b>€ 33.484.704,84</b>

**Risorse per le politiche sociali in Puglia (annualità 2002)**

<b>RISORSE ANNO 2002</b>	<b>RISORSE STANZIATE</b>	<b>RISORSE NON DISPONIBILI</b>	<b>RISORSE DISPONIBILI</b>
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali - Risorse indistinte	€ 31.241.701,92	€ -	€ 31.241.701,92
CONTINUITA' INTERVENTI PER IL SOSTEGNO DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE (ART. 39, COMMA 2, LETT. L BIS E TER L. N. 104/92)	€ -	€ -	€ -
Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza	€ 8.899.168,87	€ -	€ 8.899.168,87
Interventi in favore delle famiglie con anziani costretti a letto e bisogni di assistenza continuativa di cui la famiglia si fa carico non autosufficienti ex.L.388/2000 art.80 c.14	€ -	€ -	€ -
interventi di assistenza ai soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari	€ 1.709.075,90	€ 1.709.075,90	€ -
Spese per il Centro regionale di documentazione - art. 4 - l.r. n. 10/99	€ 154.937,07	€ 154.937,07	€ -
interventi per la lotta allo sfruttamento e all'abuso sessuale dei minori ex L.269/1998 art 17- comma 2.	€ -	€ -	€ -
Cofinanziamento di iniziative sperimentali di informazione per le famiglie - art. 80 c. 14 L. 388/2000	€ -	€ -	€ -
Interventi di sostegno dei servizi di telefonia sociale rivolti alle persone anziane - legge 388/2000 - art. 80	€ 313.534,16	€ 313.534,16	€ -
Fondo per la lotta alla droga	€ 7.444.204,46	€ 7.444.204,46	€ -
Interventi per persone in condizione di povertà estrema e senza fissa dimora	€ 632.156,48	€ 632.156,48	€ -
Interventi di sostegno a persone con handicap grave art. 3 - comma 1 - legge n. 162/98	€ 2.083.484,24	€ 2.083.484,24	€ -
Trasferimenti ai Comuni per il funzionamento delle Case di Riposo ex ONPI di Bari e di San Vito dei Normanni e del Centro Educativo di Gallipoli	€ 1.291.142,00	€ 1.291.142,00	€ -
interventi in favore dei minori	€ 243.550,63	€ 243.550,63	€ -
trasferimenti al Comune di Bari per interventi a favore dei profughi	€ 516.459,00	€ 516.459,00	€ -
fondo globale regionale per i servizi socio-assistenziali	€ 15.493.778,00	€ 15.493.778,00	€ -
trasferimenti alle AUSL per il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di trapianto l.r. n. 25/96	€ 1.032.918,00	€ 1.032.918,00	€ -
trasferimenti alle AUSL per l'assistenza economica ai pazienti psichiatrici l.r. n. 26/87	€ -	€ -	€ -
contribuiti alle Associazioni di tutela e rappresentanza degli invalidi l.r. n. 2/94	€ 387.861,00	€ 387.861,00	€ -
<b>Totale risorse</b>	<b>€ 71.443.971,73</b>	<b>€ 31.303.100,94</b>	<b>€ 40.140.870,79</b>

**Risorse per le politiche sociali in Puglia (annualità 2003)**

<b>RISORSE ANNO 2003</b>	<b>RISORSE STANZIATE</b>	<b>RISORSE NON DISPONIBILI</b>	<b>RISORSE DISPONIBILI</b>
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali - Risorse indistinte	€ 48.850.672,60	€ -	€ 48.850.672,60
Interventi in favore della famiglia	€ 11.232.828,47	€ -	€ 11.232.828,47
Misure di sostegno alla povertà	€ 7.244.953,00	€ 7.244.953,00	€ -
CONTINUITA' INTERVENTI PER IL SOSTEGNO DELLE PERSONE CON HANDICAP GRAVE (ART. 39, COMMA 2, LETT. L BIS E TER L. N. 104/92)	€ 197.000,00	€ 20.372,27	€ -
Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza	€ -	€ -	€ -
Interventi in favore delle famiglie con anziani costretti a letto e bisognosi di assistenza continuativa di cui la famiglia si fa carico non autosufficienti ex.L.388/2000 art.80 c.14	€ -	€ -	€ -
trasferimenti ai Comuni del fondo statale per la costruzione e la gestione degli asili nido - art. 70 - legge 448/2001	€ 3.242.471,53	€ -	€ 3.242.471,53
interventi di assistenza ai soggetti con handicap grave privi dell'assistenza dei familiari	€ 2.619.037,48	€ 2.619.037,48	€ -
Spese per il Centro regionale di documentazione - art. 4 - l.r. n. 10/99	€ 154.937,07	€ 154.937,07	€ -
interventi per la lotta allo sfruttamento e all'abuso sessuale dei minori ex L.269/1998 art 17- comma 2.	€ -	€ -	€ -
Cofinanziamento di iniziative sperimentali di informazione per le famiglie - art. 80 c. 14 L. 388/2000	€ -	€ -	€ -
Interventi di sostegno dei servizi di telefonia sociale rivolti alle persone anziane - legge 388/2000 - art. 80	€ 297.979,49	€ 297.979,49	€ -
Fondo per la lotta alla droga	€ -	€ -	€ -
Interventi per persone in condizione di povertà estrema e senza fissa dimora	€ -	€ -	€ -
Interventi di sostegno a persone con handicap grave art. 3 - comma 1 - legge n. 162/98	€ 2.083.484,24	€ 2.083.484,24	€ -
Trasferimenti ai Comuni per il funzionamento delle Case di Riposo ex ONPI di Bari e di San Vito dei Normanni e del Centro Educativo di Gallipoli	€ 1.291.142,00	€ 1.291.142,00	€ -
interventi in favore dei minori	€ 140.000,00	€ 140.000,00	€ -
trasferimenti al Comune di Bari per interventi a favore dei profughi	€ 516.459,00	€ 516.459,00	€ -
fondo globale regionale per i servizi socio-assistenziali	€ 15.500.000,00	€ 15.500.000,00	€ -
trasferimenti alle AUSL per il rimborso delle spese sostenute per gli interventi di trapianto l.r. n. 25/96	€ 1.100.000,00	€ 1.100.000,00	€ -
trasferimenti alle AUSL per l'assistenza economica ai pazienti psichiatrici l.r. n. 26/87	€ 3.000.000,00	€ 3.000.000,00	€ -
prestazioni integrative in favore degli invalidi	€ 200.000,00	€ -	€ -
contribuiti alle Associazioni di tutela e rappresentanza degli invalidi l.r. n. 2/94	€ 403.000,00	€ 403.000,00	€ -
<b>Totale risorse</b>	<b>€ 98.073.964,88</b>	<b>€ 34.371.364,55</b>	<b>€ 63.325.972,60</b>

Dalla illustrazione delle risorse complessivamente disponibili per l'attuazione delle politiche sociali in Puglia per il triennio 2001-2003, si evince che le disponibilità di risorse da ripartire tra gli ambiti territoriali per il triennio considerato, pari ad Euro 125.718.719,76 - a cui dovranno aggiungersi le risorse 2004 del FNPS non ancora ripartite dal Governo nazionale - sono così articolate per annualità:



RISORSE	DISPONIBILITA' 2001	DISPONIBILITA' 2002	DISPONIBILITA' 2003	DISPONIBILITA' TOTALE
Fondo Nazionale per le Politiche Sociali - Risorse indistinte	€ 31.953.182,37	€ 31.241.701,92	€ 48.850.672,60	€ 112.045.556,89
Fondo Nazionale Infanzia e Adolescenza	€ -	€ 8.899.168,87	€ -	€ 8.899.168,87
Fondo per la gestione degli asili nido	€ -	€ -	€ 3.242.471,53	€ 3.242.471,53
Interventi in favore delle famiglie con anziani costretti a letto e bisognosi di assistenza continuativa di cui la famiglia si fa carico non autosufficienti ex.L.388/2000 art.80 c.14	€ 94.273,88	€ -	€ -	€ 94.273,88
interventi per la lotta allo sfruttamento e all'abuso sessuale dei minori ex L.269/1998 art 17- comma 2.	€ 1.437.248,59	€ -	€ -	€ 1.437.248,59
trasferimenti ai Comuni del fondo statale per la costruzione e la gestione degli asili nido - art. 70 - legge 448/2001	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>Totale risorse</b>	<b>€ 33.484.704,84</b>	<b>€ 40.140.870,79</b>	<b>€ 52.093.144,13</b>	<b>€ 125.718.719,76</b>

Al fine di pervenire alla composizione del Fondo Unico di Ambito, i Comuni di ciascun ambito territoriale dovranno, dunque, considerare le seguenti fonti di finanziamento:

- le risorse del FNPS, trasferite annualmente dal Governo nazionale alla Regione che le ripartisce ai Comuni, al netto di quanto utilizzato per specifiche finalizzazioni;
- le risorse del Fondo globale socioassistenziale regionale;
- le risorse proprie dei Comuni;
- le risorse dell'ASL per il cofinanziamento dei servizi sociosanitari inclusi nei Piani Sociali di Zona;
- le risorse del POR ed altre risorse pubbliche per eventuali progetti coerenti con le finalità del Piano e finanziati ad uno o più Comuni dell'ambito territoriale;
- altre risorse private apportate a cofinanziamento di specifiche azioni previste nel Piano Sociale di Zona ovvero derivanti dalla compartecipazione al costo dei servizi da parte degli utenti.

Per quanto attiene alle **risorse proprie dei Comuni** le stesse dovranno essere considerate aggiuntive rispetto alle risorse del FNPS e alle altre risorse regionali, per il cofinanziamento degli interventi e dei servizi previsti nel Piano Sociale di Zona: dunque le risorse del FNPS non possono essere considerate sostitutive rispetto alle spese sostenute dai Comuni negli anni precedenti con fondi propri (e dunque al netto dei trasferimenti da altri Enti o da altre fonti di finanziamento).

Per ciascuna delle annualità del Piano Sociale di Zona i Comuni dovranno destinare complessivamente risorse proprie dei bilanci comunali al netto dei trasferimenti ricevuti per l'esercizio delle funzioni socioassistenziali, non inferiori alla media della spesa sociale di ciascun Comune nel triennio 2001-2003, per la realizzazione:

- dell'insieme di interventi e servizi sociali previsti nel Piano Sociale di Zona secondo le decisioni assunte a livello di ambito territoriale,
- degli eventuali interventi che ciascun Comune dovesse decidere di mantenere a titolarità propria, al di fuori di quanto condiviso con il Piano Sociale di Zona (dovrebbe trattarsi di interventi residuali, peraltro finanziati con le sole risorse proprie comunali rimanenti dopo avere cofinanziato il Piano Sociale di Zona, nella logica di procedere gradualmente verso una programmazione sociale unica di ambito).

Al fine di promuovere il consolidamento dei sistemi di welfare locali, che si raggiunge solo in assenza di un disinvestimento netto da parte dei Comuni per le politiche sociali, pur in considerazione delle differenti situazioni finanziarie e di ricchezza economica dei Comuni, si pone come obiettivo da conseguire nel triennio 2004-2006 in ciascun ambito territoriale il raggiungimento da parte di ciascun Comune

della spesa sociale annua media pro capite più elevata tra i Comuni dell'ambito territoriale.

In particolare, ai fini della predisposizione del Quadro finanziario del Piano Sociale di Zona, per tutti gli interventi e servizi previsti nel Piano Sociale di Zona e finanziati anche con le risorse del FNPS, si richiede che le risorse proprie dei Comuni apportate a cofinanziamento siano pari:

- almeno al 20% della spesa FNPS per le stesse azioni, per quei Comuni che abbiano una spesa sociale media superiore al 20% del FNPS assegnato ad essi;
- alla totalità delle risorse proprie utilizzate nel triennio precedente, per quei Comuni che abbiano una spesa sociale media inferiore al 20% del FNPS assegnato ad essi.

Al fine di consentire a tutti i Comuni dell'ambito territoriale di avere un quadro complessivo di tutti gli interventi e servizi che saranno attivati sul territorio dell'ambito nel triennio di attuazione del primo Piano Sociale di Zona, anche nel caso di interventi e servizi attivati non in una logica di ambito ma con risorse proprie residuali dei singoli Comuni, gli stessi Comuni dovranno produrre all'interno del Piano Sociale di Zona un quadro riassuntivo per Ente (si veda Scheda C dell'Appendice al Cap. VIII) relativo a tutti gli interventi e servizi di titolarità propria che i Comuni realizzeranno senza le risorse del FNPS e del Fondo Regionale socioassistenziale, dichiarando tutte le risorse proprie dei bilanci comunali dedicate alla copertura della spesa di tali interventi, da considerare comunque sinergici rispetto al sistema di interventi e servizi sociali previsti per l'ambito territoriale con il Piano di Zona.

Al paragrafo 6.4 sono illustrati i prospetti per la dichiarazione della spesa socioassistenziale per annualità del triennio (2001-2003) e per l'analisi della composizione della spesa sociale (2003) che i Comuni dovranno allegare al Piano Sociale di Zona.

### **6.1.2 La premialità**

Al fine di sostenere i piccoli Comuni obbligatoriamente associati, ai sensi del combinato disposto di cui all'art. 5 - comma 3 - e art. 8 - comma 2, lett. f) - della l. r. n. 17/2003, nonché di promuovere la gestione associata tra i Comuni di uno stesso ambito territoriale per la costruzione dei sistemi integrati di interventi e servizi sociali è accantonato il 15 % delle risorse FNPS indistinte disponibili per il triennio 2001 - 2003 a favore della gestione associata come richiesto dall'art. 6 della medesima legge regionale.

L'ammontare complessivo di tali risorse è dunque pari ad **Euro 16.806.833,53**: queste saranno ripartite ai Comuni interamente, ma con le modalità proprie del fondo premiale, cioè subordinandole o al possesso di certi requisiti di base ovvero al conseguimento di determinati risultati.

In particolare le modalità di utilizzo delle risorse della premialità per la gestione associata sono le seguenti:

un quarto (25%) delle risorse disponibili, pari ad Euro 4.201.708,38 saranno riservate per il sostegno della gestione associata obbligatoria degli ambiti territoriali composti in modo prevalente da Comuni di minore dimensione demografica (popolazione uguale o inferiore a 10.000 abitanti), che sono indicati al precedente Capitolo V. Tali risorse saranno attribuite ai predetti ambiti territoriali all'atto della presentazione dell'accordo di programma da cui si evince la forma di gestione associata prescelta, contestualmente alla erogazione

delle altre risorse assegnate. Il riparto delle risorse tra gli ambiti territoriali interessati avverrà in base ai seguenti criteri:

- il 40% in base al numero di Comuni dell'ambito;
- il 60% in base alla popolazione residente in ciascun ambito;

i tre quarti (75%) delle risorse disponibili, pari ad Euro 12.605.125,15 saranno utilizzate come fondo per incentivare la gestione associata in tutti gli altri ambiti territoriali pugliesi, per i quali la gestione associata pur non essendo obbligatoria è fortemente auspicata. Tali risorse saranno attribuite agli ambiti territoriali sulla base del reale conseguimento di risultati significativi per la gestione realmente unitaria dell'ambito territoriale e degli interventi e servizi previsti nei Piani di Zona. La premialità ai Comuni di tutti gli ambiti territoriali non classificati come "ambiti composti da piccoli comuni" sarà attribuita in base ai criteri che sono di seguito enunciati, con l'indicazione degli atti necessari per attestare il conseguimento dei risultati richiesti, rinviando a successive direttive regionali per l'attribuzione dei punteggi:

- *sottoscrizione dell'accordo di programma da parte di tutti i Comuni dell'ambito;*  
ATTO: accordo di programma sottoscritto da tutti i Sindaci o loro delegati e Delibere di approvazione da parte di tutti i Comuni;
- *individuazione della forma di gestione associata nell'accordo di programma e impegno ad attivarla entro 180 giorni dall'approvazione dell'AdP;*  
ATTO: presenza nell'Accordo di Programma di un articolo che espliciti la forma di gestione associata delle funzioni socioassistenziali prescelta da tutti i Comuni sottoscrittori;
- *costituzione dell'Ufficio di Piano di ambito territoriale;*  
ATTO: verbale del Coordinamento istituzionale che istituisce l'Ufficio di Piano; atto di nomina da parte del Coordinamento Istituzionale del responsabile dell'Ufficio di Piano; ordini di servizio che assegnano all'Ufficio di Piano le risorse umane interne da parte dei Comuni interessati; regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano approvato dal Coordinamento Istituzionale;
- *impegno a realizzare la porta unica di accesso come Sportello di cittadinanza, secondo le modalità organizzative esplicitate nel Piano Sociale di Zona;*  
ATTO: presenza nell'Accordo di Programma di un articolo che espliciti tale impegno e verbale del Coordinamento Istituzionale che approva l'assetto organizzativo della porta unica di accesso;
- *adozione di un regolamento unico per lo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica per l'affidamento dei servizi, ovvero attribuzione ad un solo ente delle competenze di espletamento delle procedure di evidenza pubblica per tutti i Comuni;*  
ATTO: verbale del Coordinamento Istituzionale e regolamento approvato;
- *presenza di una chiara individuazione nel Piano Sociale di Zona della dimensione economica dei servizi e degli interventi previsti con valenza di ambito o sovracomunale (che deve essere superiore al 50% delle risorse FNPS*

*e al 50% del Fondo globale regionale) e specificazione dei relativi impegni reciproci nell'Accordo di Programma per la gestione associata degli stessi servizi*

ATTO: Scheda B (riportata in Appendice) del Piano di Zona debitamente compilata e articoli dell'Accordo di Programma sottoscritto che specifichino gli impegni dei Comuni per la gestione dei servizi.

Concorreranno all'attribuzione delle risorse del fondo per la premialità solo quei Comuni per i quali sia possibile verificare, a cura del Settore Servizi Sociali della Regione, il raggiungimento dei risultati richiesti, entro 180 giorni dalla pubblicazione del presente Piano Regionale delle Politiche Sociali, in base agli atti già indicati ed alle apposite direttive regionali che saranno successivamente emanate per il calcolo dei punteggi.

L'accantonamento di risorse per la premialità relativa alla gestione associata sarà effettuato con gli stessi meccanismi di calcolo anche per le annualità 2004 e successive, ma potrà essere vincolata al possesso di requisiti diversi, in relazione a quanto sarà determinato con successivi atti regionali.

## 6.2 Le risorse finalizzate e le quote vincolate con il Piano Regionale delle Politiche Sociali

Dalle risorse complessivamente disponibili del FNPS per il triennio 2001-2003 e per le annualità 2004 e successive dovranno essere accantonate, per un utilizzo con modalità diverse di attivazione e con diverse responsabilità di gestione, le seguenti risorse:

1. il fondo premiale per la gestione associata pari al 15% delle risorse FNPS indistinte da ripartire tra gli ambiti, di cui un quarto per gli ambiti territoriali a gestione associata obbligatoria (incentivo) e tre quarti per gli altri ambiti territoriali (premierità). L'ammontare per il triennio 2001-2003 è pari ad Euro 16.806.833,53;
2. una quota pari al 2% delle risorse del totale del FNPS 2001-2002, e pari al 3% delle risorse del totale del FNPS 2003, e delle annualità successive, per le esigenze di cui al comma 3 dell'art. 45 della l.r. n. 17/2003. L'ammontare per il triennio 2001-2003 è di seguito determinato:

Annualità	Totale FNPS	Quota	Accantonamento
2001	€ 53.688.415,84	2%	€ 1.073.768,32
2002	€ 52.478.263,10	2%	€ 1.049.565,26
2003	€ 67.328.454,07	3%	€ 2.019.853,62
<b>TOTALE</b>			<b>€ 4.143.187,76</b>

3. una quota pari all'1% delle risorse del FNPS 2001-2003, e delle annualità successive, per le esigenze di cui al comma 7 dell'art. 11 della l.r. n. 17/2003. L'ammontare per il triennio 2001-2003 è pari ad Euro 1.120.455,57;
4. una quota pari allo 0,5% delle risorse del FNPS 2001-2003, e delle annualità successive, per le anticipazioni ai Comuni degli oneri corrispondenti alle prestazioni sociali corrisposte ai cittadini temporaneamente presenti e ai cittadini stranieri, nonché per i provvedimenti di ricovero urgente di minori

abbandonati o maltrattati in strutture di accoglienza, dei Tribunali per i Minori (comma 7 dell'art. 36 della l.r. n. 17/2003). L'ammontare per il triennio 2001-2003 è pari ad Euro 560.227,78;

5. una quota pari all'1% per il finanziamento delle attività sperimentali di cui all'art. 15 - comma 2, lett. d) della l.r. n. 17/2003 nell'ambito delle quali sarà garantita la continuità dell'attività sperimentale di cui alla deliberazione della Giunta regionale 23 dicembre 1998, n. 4282 riguardante l'Ufficio di mediazione giudiziaria civile e penale. L'ammontare per il triennio 2001-2003 è pari ad Euro 1.120.455,57;
6. un fondo pari a Euro 2.400.000,00 quale concorso per il finanziamento degli interventi di cui all'art. 14 comma 2 della l.r. n. 17/2003 in materia di assistenza scolastica e istruzione ai sensi dell'articolo 5 del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67, in applicazione dell'articolo 8, comma 5, della l. n. 328/2000, e per il finanziamento degli interventi di cui all'art. 3 comma 1 della l. n. 284/1997, da trasferire alle Province nei termini e nelle modalità che saranno specificati in successive direttive regionali;
7. un fondo pari a Euro 4.000.000,00 quale concorso per il finanziamento degli interventi di cui all'art. 46 per le finalità di cui alla l.r. n. 16/1987, in materia di integrazione e sostegno per portatori di handicap, che saranno attribuiti ai Comuni in base alle successive direttive regionali;
8. le risorse dei trasferimenti ai Comuni del fondo statale per la costruzione e gestione degli asili nido, per l'annualità 2003 (art. 70 della l. n. 488/2001), pari ad Euro 3.242.471,53, che saranno accantonate e gestite in base alle Linee guida sugli asili nido.

Inoltre nell'ambito delle risorse del FNPS attribuite ai Comuni per l'attuazione dei Piani Sociali di Zona, al netto dei vincoli sopra elencati e solo per le disponibilità del 2001-2003, si rende opportuno e necessario favorire anche la attivazione di investimenti in conto capitale per accrescere la dotazione di infrastrutture sociali sul territorio pugliese, idonee a completare il sistema di offerta dei servizi, secondo quanto previsto dalla l.r. n. 17/2003.

In coerenza con quanto espresso all'art. 15 comma 2 della legge regionale, la Regione accantona il 20% delle risorse del FNPS e le altre risorse nazionali disponibili per il triennio 2001-2003 da ripartirsi agli ambiti territoriali, al netto delle risorse già accantonate ai punti precedenti, per costituire un fondo di riserva per il finanziamento di infrastrutture sociali e delle dotazioni logistiche connesse alla organizzazione dei servizi sociali, sulla base delle progettualità presentate da parte di tutti gli ambiti territoriali entro gli stessi termini di scadenza per la presentazione dei Piani Sociali di Zona. La disponibilità complessiva è pari ad Euro 18.465.017,71 per il triennio.

Le richieste di finanziamento delle iniziative saranno valutate e approvate separatamente rispetto ai Piani Sociali di Zona, sulla base dei seguenti criteri:

- progetti esclusivamente rivolti alla realizzazione di nuove infrastrutture sociali (e non sociosanitarie), ovvero per il recupero funzionale, la ristrutturazione e l'ammodernamento di strutture preesistenti, che abbiano valenza di ambito;
- progetti approvati da tutti i Comuni dell'ambito territoriale, come attestato da apposito verbale del Coordinamento Istituzionale;
- richiesta di finanziamento a valere sulle risorse del FNPS non superiore al 50% del valore dell'opera;

- le risorse richieste a cofinanziamento del valore dell'opera non devono superare il 30% dell'importo complessivo delle risorse del FNPS assegnate al Piano Sociale di Zona dell'ambito interessato;
- progettazione sviluppata a livello di progetti esecutivi e coerenti con i vincoli di destinazione d'uso e i vincoli diversi che gravano sull'area interessata;
- gli interventi non devono riguardare l'acquisizione di immobili da privati né il completamento di strutture realizzate da parte di privati;
- gli interventi devono essere coerenti con la mappa delle strutture residenziali e semiresidenziali a ciclo diurno presenti nel rispettivo ambito territoriale, ovvero sul territorio della Provincia, per i servizi la cui dimensione ottimale è stata individuata a livello sovra-ambito.

In considerazione delle priorità della programmazione regionale, già espresse nel Capitolo III, le richieste di cofinanziamento a valere sulle risorse del FNPS dovranno riguardare solo le seguenti tipologie di strutture:

- strutture per la pronta accoglienza di donne e minori abusati e maltrattati;
- strutture residenziali per disabili gravi senza il necessario sostegno familiare ("Dopo di Noi")<sup>15</sup>;
- riconversione di strutture chiuse per minori in comunità di tipo familiare, per il superamento di tutte le istituzioni chiuse;
- centri semiresidenziali e a ciclo diurno per anziani, disabili e minori.

L'erogazione del contributo per i progetti approvati sarà disposta con atto del Dirigente del Settore dei Servizi Sociali, previa acquisizione del progetto esecutivo da presentare secondo le modalità che saranno precisate nello stesso atto di approvazione del progetto.

Tenuto conto di tutte le riserve di risorse espresse nel presente paragrafo, così come sintetizzate nella tabella che segue, il totale delle risorse provenienti dal triennio 2001-2003 del Fondo Nazionale Politiche Sociali che potrà essere ripartito tra gli ambiti territoriali è pari ad Euro 73.860.070,86.

---

<sup>15</sup> Da considerare distinte rispetto alle strutture finanziate a soggetti del privato sociale ai sensi di quanto previsto dalla Del. G. R. del 9 luglio 2002, n.978, che ha definito criteri e modalità per la concessione dei finanziamenti regionali di cui al Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 13 dicembre 2001, n. 470. Con tale provvedimento il Ministero ha infatti disciplinato il riparto tra le regioni e le province autonome del finanziamento previsto dalla "finanziaria 2001" (l.n. 388/2000, art. 81) ad integrazione del Fondo nazionale delle politiche sociali al fine di sostenere uno specifico programma di interventi a favore dell'assistenza ai soggetti con handicap grave privi dell'assistenza familiare e ne ha definito criteri e modalità per la concessione ed erogazione, individuando nei soggetti del privato sociale con comprovata esperienza nel settore i soggetti abilitati a presentare richiesta di contributo.

Risorse accantonate da distribuire ai Comuni per specifiche finalizzazioni (gestione a regia regionale)	Risorse	Nota
<b>TOTALE RISORSE DISPONIBILI</b>	<b>€ 125.718.719,76</b>	
Fondo premiale per la gestione associata	€ 16.806.833,53	pari al 15% del totale FNPS indistinto del triennio 2001-2003
Comma 3 art. 45 (azioni di supporto all'avvio della riforma)	€ 4.143.187,20	pari al 2% per il 2001 e 2002, ed al 3% per il 2003 totale FNPS
Comma 7 art. 11 (SISR)	€ 1.120.455,57	pari all'1% del totale FNPS indistinto del triennio 2001-2003
Comma 7 art. 36 (ricoveri minori e utenti temporaneamente presenti)	€ 560.227,78	pari allo 0,5% del totale FNPS indistinto del triennio 2001-2003
Comma 2 art. 5 (iniziative sperimentali)	€ 1.120.455,57	pari all'1% del totale FNPS indistinto del triennio 2001-2003
Comma 2 art. 14 e art. 3 comma I della l. n. 284/1997	€ 2.400.000,00	da trasferire alle Province
Asili nido	€ 3.242.471,53	da trasferire in base alle direttive regionali
Art. 46	€ 4.000.000,00	da trasferire in base alle Linee Guida Reg.
<b>TOTALE RISORSE DA RIPARTIRE AGLI AMBITI (A)</b>	<b>€ 92.325.088,57</b>	
Fondo per le infrastrutture sociali (B)	€ 18.465.017,71	pari al 20% del totale (A)
<b>TOTALE RISORSE DA RIPARTIRE AGLI AMBITI AL NETTO DI (B)</b>	<b>€ 73.860.070,86</b>	

Le risorse che saranno ripartite tra gli ambiti territoriali saranno trasferite dalla Regione al Comune capofila dell'ambito, laddove i Comuni abbiano raggiunto e sottoscritto un accordo per la gestione associata delle funzioni socioassistenziali, e sarà successivamente compito del Comune capofila trasferire ai singoli Enti le risorse corrispondenti a quegli interventi e servizi, sia a valenza di ambito o sovracomunale che a valenza comunale, per cui risultano soggetti titolari.

Solo nel caso in cui i Comuni di un ambito territoriale non dovessero raggiungere un espresso accordo per la gestione associata delle funzioni, al di fuori dei casi in cui si applica il potere sostitutivo della Regione, le risorse assegnate saranno erogate ai singoli Comuni dell'ambito, in misura corrispondente a quanto indicato nelle tavole di riparto illustrate nell'Allegato D del presente Piano.

### 6.3 I criteri di riparto delle risorse tra Comuni ed ambiti territoriali

Le risorse del triennio 2001-2003 da ripartire tra i Comuni degli ambiti territoriali provengono, in larga parte, da risorse non finalizzate o indistinte in base al trasferimento effettuato dal Governo nazionale.

Tuttavia la Regione Puglia - in considerazione della peculiarità del primo triennio di avvio della riforma del welfare locale sul territorio regionale, per la necessità di dare attuazione alle scelte strategiche ed alle priorità espresse nel Capitolo 3, ed in considerazione della necessità di favorire omogeneità nei sistemi di offerta dei servizi per ambito territoriale, sia rispetto alle aree prioritarie di intervento che rispetto alle tipologie di servizi - ritiene opportuno esprimere alcune finalizzazioni delle risorse che saranno erogate agli ambiti territoriali, ferma restando l'autonomia dei Comuni, in sede di programmazione, di individuare le tipologie di interventi e di servizi più adeguate rispetto ai bisogni rilevati ed agli obiettivi di crescita del sistema di welfare che saranno stati condivisi da tutti gli attori locali.

In particolare si ritiene indispensabile che in ciascun Piano di Zona venga assicurata una dotazione di risorse per ciascuna delle aree prioritarie individuate nel presente

Piano Regionale delle Politiche Sociali. Vengono di seguito richiamate tali aree in corrispondenza delle quali vengono espresse le percentuali minime con cui dovranno essere rappresentate nei quadri finanziari di ciascun Piano di Zona.

I Comuni potranno utilizzare le disponibilità residue (20%) del FNPS loro assegnato per le stesse aree prioritarie, ovvero per affrontare altre priorità di intervento e per rafforzare l'assetto gestionale ed organizzativo degli ambiti territoriali, per promuovere politiche integrate di inclusione sociale, per promuovere una offerta strutturata di servizi del "welfare d'accesso" (sportelli unici di cittadinanza, segretariato sociale, ecc.).

Aree prioritarie di intervento	Quota minima di risorse del FNPS da dedicare nel Piano Sociale di Zona
Responsabilità familiari (sostegno e aiuto alla persona e alla famiglia)	8% (*)
Politiche per i minori. Lotta all'abuso e maltrattamento	22%
Persone anziane	20%
Persone con disabilità	15%
Dipendenze	5%
Salute mentale	5%
Contrasto alla povertà	5%

(\*) A tale quota si dovranno aggiungere le risorse - il 10% del FNPS del 2003 e delle annualità successive, ex art. 15 della l.r. n. 17/2003 - accantonate per interventi in favore della famiglia, coerenti con le priorità programmatiche espresse al Capitolo III, da utilizzare secondo quanto sarà stabilito nella apposita legge regionale.

Si sottolinea che le quote minime vincolate si riferiscono alle risorse del FNPS trasferite ai Comuni. Nel pieno rispetto dell'autonomia dei Comuni per la programmazione e la gestione dei sistemi integrati dei servizi sociali locali potranno essere applicate le stesse quote ovvero quote diverse alle altre risorse apportate al quadro finanziario complessivo del Piano Sociale di Zona, ed in particolare alle risorse proprie provenienti dai bilanci comunali e dalle risorse regionali del Fondo globale dei servizi socioassistenziali.

Le città riservatarie ai sensi della l. n. 285/97 (Bari, Brindisi, Taranto) ricevono separatamente il trasferimento delle relative risorse: queste, pertanto, non ricevono la quota del FNPS ripartita per le politiche per i minori, pur dovendo avere cura di prevedere nel quadro complessivo degli interventi e dei servizi del Piano Sociale di Zona interventi per la lotta all'abuso e al maltrattamento dei minori, per una quota minima del FNPS pari al 5%. Quindi negli ambiti territoriali in cui ricadano le città riservatarie non si cumuleranno alla dotazione complessiva del FNPS le risorse relative alla quota per l'infanzia e l'adolescenza per le stesse città.

I Comuni potranno finanziare le attività di avvio del Piano Sociale di Zona e di coordinamento e monitoraggio della gestione degli interventi e servizi in esso previsti, quindi tutte le attività dell'Ufficio di Piano dal momento della approvazione del Piano stesso. Tali risorse potranno essere destinate al "funzionamento dell'Ufficio di Piano" con i seguenti vincoli: non più del 2% delle risorse trasferite dalla Regione (FNPS e Fondo



regionale socioassistenziale) assegnate all'ambito ed non più del 5% delle risorse complessivamente disponibili nel quadro finanziario del Piano di Zona.

In considerazione delle priorità strategiche e dei vincoli di finalizzazione espressi nel presente Piano Regionale delle Politiche Sociali, nonché dei **criteri di riparto** delle risorse assunti dal Piano Sociale Nazionale 2001-2003, la Regione Puglia ripartisce le risorse ai Comuni in base ai seguenti criteri che vengono applicati per quote al totale delle risorse disponibili:

- il 35% delle risorse complessivamente disponibili sarà ripartito tra i Comuni sulla base di criteri dimensionali che tengano conto della complessità derivante dalla organizzazione dei servizi in territori con maggiore densità demografica ovvero in territori più estesi e morfologicamente non omogenei; in particolare saranno ripartite le risorse sulla base dei coefficienti proporzionali alla incidenza della:
  - o popolazione residente sul totale della popolazione regionale 20%
  - o superficie territoriale sul totale della superficie regionale 15%
- il 10% delle risorse sarà ripartito tra i Comuni sulla base dei coefficienti proporzionali alla incidenza del numero di nuclei familiari rispetto al totale dei nuclei familiari residenti sul territorio regionale;
- il 20% delle risorse sarà ripartito tra i Comuni sulla base del tasso di incidenza della popolazione minorile (0-17 anni) sul totale della popolazione residente in ciascun Comune;
- il 20% delle risorse sarà ripartito tra i Comuni sulla base del tasso di incidenza della popolazione anziana (65 anni e oltre) sul totale della popolazione residente in ciascun Comune;
- il 15% delle risorse sarà ripartito tra i Comuni sulla base del tasso di incidenza della popolazione compresa tra 0 e 64 anni sul totale della popolazione residente di ciascun Comune.

Dalla applicazione dei criteri di riparto sopra esplicitati si ricava il riparto delle risorse finanziarie del Fondo Nazionale Politiche Sociali assegnate alla Puglia per il 2001-2003 ed ancora disponibili, così come illustrate nell'**Allegato D** al Piano Regionale. Si sottolinea che il riparto riguarda solo le risorse che possono essere, sin dalla fase iniziale, ripartite agli ambiti territoriali ed ai Comuni, previa presentazione ed approvazione dei rispettivi Piani Sociali di Zona, nonché le risorse aggiuntive assegnate a titolo di incentivo per l'associazionismo intercomunale agli ambiti territoriali con un numero significativo di piccoli Comuni.

Sarà ripartita con provvedimento successivo la disponibilità di risorse accantonate per la premialità relativa alla gestione associata.

Con il presente Piano Regionale delle Politiche Sociali viene effettuato anche il riparto delle risorse del **Fondo globale per i servizi socioassistenziali** istituito ai sensi dell'art. 47 della l.r. n. 17/2003 e finanziato nell'esercizio finanziario 2004 con Euro 18.900.000,00, da cui vengono detratte le seguenti risorse:

- Euro 1.291.142,00 per la gestione delle case di riposo ex ONPI di Bari e S. Vito dei Normanni e del Centro educativo ex G.I. di Gallipoli (Cap. 781035);
- Euro 1.100.000,00 per il rimborso alle AUSL delle spese sostenute per interventi di trapianti (Cap. 781075);
- Euro 516.459,00 per la gestione della Casa di riposo per profughi di Bari (Cap. 782010).

Queste ultime risorse, da considerare non disponibili per il riparto ai Comuni, restano finalizzate anche per il triennio 2004-2006, e comunque fino all'entrata in vigore delle nuove normative regionali, al fine di garantire la continuità dei servizi avviati e preesistenti, e saranno trasferite ai predetti servizi in base alle normative vigenti.

Complessivamente quindi le risorse regionali del Fondo globale dei servizi socioassistenziali per il 2004 da ripartire ai Comuni ed agli ambiti territoriali ammontano ad Euro 15.992.399,00.

Tali risorse vengono ripartite agli ambiti territoriali ed ai Comuni in base ai seguenti criteri, anche in considerazione di quelli utilizzati fino alla annualità 2003 dalla Regione:

- il 30% delle risorse sarà ripartito in parti uguali tra tutti i Comuni,
- il 40% delle risorse sarà ripartito in base alla popolazione residente,
- il 10% delle risorse sarà ripartito in base alla popolazione minorile (tra 0 e 17 anni)
- il 10% delle risorse sarà ripartito in base alla popolazione anziana (65 anni e oltre)
- il 10% delle risorse sarà ripartito in base al numero di nuclei familiari residenti.

Si sottolinea, inoltre, quanto già esplicitato con riguardo al riconoscimento della premialità per la gestione associata: anche le risorse del Fondo globale per i servizi socioassistenziali della Regione concorrono al calcolo della quota complessiva delle risorse destinate a servizi gestiti in forma associata.

Nell'Allegato D al presente Piano sono riportati anche i prospetti di riparto di tali risorse per Comuni ed ambiti territoriali. Le risorse del Fondo Globale Socioassistenziale 2004 ripartite in allegato D, saranno erogate ai Comuni a seguito della pubblicazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali.

## **6.4 Gli strumenti per la programmazione finanziaria e per l'analisi della spesa sociale dei Comuni negli ambiti territoriali**

### **6.4.1 La programmazione finanziaria**

La programmazione del Piano Sociale di Zona prevede l'assunzione di impegni specifici da parte di tutti i Comuni dell'ambito territoriale e di tutti gli altri soggetti pubblici eventualmente sottoscrittori dell'Accordo di Programma che approva il Piano Sociale di Zona. Tra gli impegni reciproci da sottoscrivere un peso rilevante hanno gli impegni riguardanti l'apporto e l'utilizzo delle risorse finanziarie che sostengono il Piano Sociale di Zona.

Gli impegni reciproci riguardano in particolare:

- il finanziamento di tutte le aree prioritarie indicate nel presente Piano Regionale delle Politiche Sociali;
- il rispetto delle quote minime fissate dalla Regione per l'allocazione delle risorse del FNPS tra le diverse aree prioritarie di intervento;
- il rispetto del limite massimo fissato dalla Regione per l'accantonamento di risorse per il funzionamento dell'Ufficio di Piano;

- il cofinanziamento delle azioni previste nel Piano Sociale di Zona con risorse proprie dei bilanci comunali con un minimo del 20% rispetto al finanziamento FNPS delle stesse azioni;
- il cofinanziamento delle azioni di sistema individuate come rilevanti nel presente Piano Regionale delle Politiche Sociali (sistema informativo sociale, azioni formative, comunicazione sociale, servizi del welfare d'accesso, ecc.);
- il mantenimento della spesa sociale media dell'ultimo triennio sostenuta da ciascun Comune;
- l'adeguamento della spesa media comunale pro capite fino al raggiungimento della spesa media comunale pro capite più alta fra i Comuni dell'ambito;
- la definizione congiunta e concertata dei criteri per la compartecipazione al costo da parte degli utenti per alcune delle prestazioni sociali che saranno garantite a livello di ambito territoriale nel Piano Sociale di Zona;
- il cofinanziamento dei servizi afferenti all'area dell'integrazione sociosanitaria, avendo cura per la gradualità di attuazione di tali servizi nel triennio e per la priorità assegnata alla istituzione dell'Assistenza Domiciliare Integrata nelle aree e nei territori in cui essa risulti assente.

Il Piano Sociale di Zona dovrà essere completo, dunque, dei prospetti attestanti la composizione della dotazione finanziaria complessiva attribuita al Piano Sociale di Zona (per fonti di finanziamento) e l'allocazione di tali risorse per aree prioritarie di intervento, nonché la diversa allocazione delle risorse proprie dei Comuni che non cofinanziano il Piano Sociale di Zona.

Nel documento di Piano dovranno, inoltre, essere inserite le schede di progetto da compilare per ciascuna delle azioni che i Comuni avranno concordato di realizzare per il conseguimento degli obiettivi fissati per ciascuna area prioritaria di intervento; nelle schede di progetto dovrà essere indicato il costo complessivo della specifica azione.

Nella attività di istruttoria del Piano Sociale di Zona a cura del Settore Servizi Sociali della Regione Puglia saranno condotte tutte le verifiche necessarie per rilevare il rispetto degli impegni assunti, il rispetto dei vincoli di destinazione delle risorse e la congruenza tra il quadro finanziario complessivo del Piano di Zona e il totale delle risorse impegnate con le singole schede di progetto.

Si illustrano nell'appendice del presente Capitolo i prospetti forniti ai Comuni per la programmazione finanziaria di ambito (Scheda A, Scheda B, Scheda C).

Si evidenzia che la Scheda C ha uno scopo solo conoscitivo in una fase, considerata di transizione, in cui i singoli Comuni dell'ambito territoriale potrebbero manifestare l'esigenza di mantenere alcuni interventi e servizi a titolarità propria, fuori da quanto condiviso come strategia di insieme per il Piano Sociale di Zona.

#### **6.4.2 La spesa sociale dei Comuni**

Al fine di considerare la spesa sociale su base triennale di tutti i Comuni di un ambito territoriale, ciascun Comune dovrà compilare il prospetto illustrato in Appendice (Schede D1 e D2), quale autocertificazione del livello di spesa a partire dai dati desunti dal Conto del Bilancio.

Dovranno essere allegate al Piano Sociale di Zona tante schede quanti sono i Comuni dell'ambito territoriale, oltre al prospetto di sintesi come somma di tutti i Comuni, e le stesse dovranno essere firmate dal Responsabile dei Servizi di Ragioneria e dal Responsabile dei Servizi Sociali di ciascun Comune.

Una ulteriore scheda dovrà essere compilata per analizzare l'articolazione della spesa sociale di ciascun Comune per aree prioritarie di intervento e per macrotipologie di servizi garantiti sul territorio. Con l'ausilio dei dati raccolti la Regione Puglia potrà costituire una banca dati regionale sulla spesa sociale dei Comuni, che sarà il punto di avvio di un flusso informativo sulla spesa sociale che annualmente consentirà di monitorare l'andamento della spesa e di elaborare le direttive regionali eventualmente necessarie per determinare maggiore omogeneità ed equità orizzontale sul territorio regionale a favore di tutti i cittadini pugliesi.

Si evidenzia che, al fine del calcolo della spesa sociale media per il triennio 2001-2003 per i singoli Comuni, sarà utilizzato il prospetto D2, nel quale le spese sostenute sono articolate per aree prioritarie di intervento e per singola tipologia di servizio. Il livello di dettaglio dei dati richiesti in questo prospetto potrebbe portare alla necessità di stimare alcuni degli importi richiesti, vista anche la necessità di considerare esclusivamente la spesa per i singoli servizi ed interventi sociali, esclusi quelli a più diretta finalizzazione scolastica o di altra natura. Tale avvertenza va estesa anche alla stima della spesa per il personale e della spesa per i costi generali di gestione, da indicare nel valore complessivo della spesa di ciascun servizio.

Il prospetto D1 dovrà essere compilato poiché è l'unico che consente di considerare dati provenienti dal Certificato di Conto Consuntivo e, quindi, dati omogenei ed ufficiali per tutti i Comuni.

Per la compilazione dei prospetti D2 dovranno essere assunti i dati di spesa provenienti dai PEG del Settore Servizi Sociali.



Scheda B

**REGIONE PUGLIA - GIUNTA REGIONALE  
SETTORE SERVIZI SOCIALI**

**QUADRO FINANZIARIO DEL PIANO SOCIALE DI ZONA PER AREE PRIORITARIE E DETTAGLIO DI PROGETTI**

<i>Comune Capofila</i>	<i>Cod ISTAT</i>
<i>Distretto sociosanitario</i>	<i>Provincia</i>

Codice Area prioritaria	Num. progressivo progetto	Denominazione progetto	Territorio interessato	Soggetto titolare	RISORSE FNPS (2001-2003)	RISORSE FNPS (2004)	TOTALE FNPS	RISORSE PROPRIE DEI COMUNI (almeno 20% del totale)	RISORSE REGIONALI	RISORSE ASL	ALTRE RISORSE		TOTALE RISORSE
											Pubbliche	Private	
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
1							€ 0,00						€ 0,00
<b>TOTALE RISORSE DEL PDZ PER L'AREA PRIORITARIA 1</b>					€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00

(\*) I prospetti da compilare per la programmazione sono uno per ciascuna area prioritaria di intervento prevista nel Piano Regionale delle Politiche Sociali.

Scheda C

**REGIONE PUGLIA - GIUNTA REGIONALE  
SETTORE SERVIZI SOCIALI**

**QUADRO RISORSE PROPRIE DEI COMUNI PER INTERVENTI SOCIALI NON INSERITI NEL PIANO DI ZONA(\*)**

(\*) Risorse aggiuntive, destinate ad interventi sociali, oltre quelle già portate a cofinanziamento dei servizi previsti nel Piano Sociale di Zona dell'Ambito.

<u>Comune Capofila</u>	<u>Cod ISTAT</u>
<u>Distretto sociosanitario</u>	<u>Provincia</u>

Codice Area prioritaria	Area di intervento	Comune 1	Comune 2	Comune 3	Comune 4	....	TOTALE RISORSE PROPRIE DEI COMUNI (EXTRA PDZ)
1	Responsabilità Familiari						€ 0,00
2	Politiche per i Minori						€ 0,00
3	Persone Anziane						€ 0,00
4	Persone con disabilità						€ 0,00
5	Dipendenze						€ 0,00
6	Salute Mentale						€ 0,00
7	Abuso e maltrattamento						€ 0,00
8	Contrasto alla povertà						€ 0,00
9	Altre aree prioritarie						€ 0,00
10	Azioni di sistema						€ 0,00
11	Funzionamento dell'Ufficio di Piano						€ 0,00
<b>LE RISORSE FUORI DALPDZ</b>		<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>	<b>€ 0,00</b>

**NOTA:** allegare al presente prospetto una nota esplicativa delle fonti di finanziamento degli interventi previsti per i singoli Comuni, al di fuori del quadro di insieme del Piano Sociale di Zona, distinguendo le risorse proprie comunali dagli altri trasferimenti.

## Appendice al Capitolo VI - Schemi per la rilevazione della spesa sociale dei Comuni nel triennio 2001-2003

Scheda D/1 Comune

### REGIONE PUGLIA SETTORE SERVIZI SOCIALI

#### SPESA SOCIO ASSISTENZIALE DEI COMUNI (come da Bilancio Consuntivo)

<i>Comune</i>	<i>Cod ISTAT</i>
<i>Ambito Territoriale</i>	<i>Provincia</i>

#### Spese correnti dei Comuni in campo socio-assistenziale 2003

1001 Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	€	
1002 Servizi di prevenzione e di riabilitazione	€	
1003 Strutture residenziali e di ricovero per anziani	€	
1004 Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona (3)	€	
0405 Assistenza scolastica, trasporto, refezione ed altri servizi	€	
<b>1. Totale Spesa Socio-Assistenziale 2003</b>	€	-
<b>2. Totale Spesa Socio-Assistenziale 2002</b>	€	
<b>3. Totale Spesa Socio-Assistenziale 2001</b>	€	
<b>4. Spesa Socioassistenziale media 2001-2003</b>	€	-
<b>5. Totale Titolo I (spesa corrente) per il 2003</b>	€	
<b>6. Spesa socio-assistenziale su spesa totale titolo I, % dell'anno 2003</b>	€	#DIV/0!



Scheda D/1 Ambito

REGIONE PUGLIA  
SETTORE SERVIZI SOCIALI

**SPESA SOCIO ASSISTENZIALE DEI COMUNI (come da Bilancio Consuntivo)\***

<i>Ambito Territoriale</i> _____	<i>Provincia</i> _____
----------------------------------	------------------------

(\*) Prospetto dato dalla somma dei prospetti relativi a tutti i Comuni dell'Ambito territoriale

**Spese correnti dei Comuni in campo socio-assistenziale 2003**

1001 Asili nido, servizi per l'infanzia e per i minori	€	
1002 Servizi di prevenzione e di riabilitazione	€	
1003 Strutture residenziali e di ricovero per anziani	€	
1004 Assistenza, beneficenza pubblica e servizi diversi alla persona (3)	€	
0405 Assistenza scolastica, trasporto, refezione ed altri servizi	€	
<b>1. Totale Spesa Socio-Assistenziale 2003</b>	€	-
<b>2. Totale Spesa Socio-Assistenziale 2002</b>	€	
<b>3. Totale Spesa Socio-Assistenziale 2001</b>	€	
<b>4. Spesa Socioassistenziale media 2001-2003</b>	€	-
<b>5. Totale Titolo I (spesa corrente) per il 2003</b>	€	
<b>6. Spesa socio-assistenziale su spesa totale titolo I, % dell'anno 2003</b>	€	#DIV/0!

Comune _____	Cod ISTAT _____
Ambito Territoriale _____	Provincia _____

## 1. Spesa corrente per Obiettivi di Settore dei Servizi Sociali

(Fonte: Consuntivo PEG)

A	Responsabilità familiari	Spesa sostenuta nel 2003				Spesa sostenuta nel 2002				Spesa sostenuta nel 2001				Spesa sociale media 2001-2003 (risorse proprie comunali)
		TOTALE	di cui RISORSE PROPRIE COMUNALI	di cui risorse provenienti da TRASFERIMENTI	di cui ALTRE RISORSE	TOTALE	di cui RISORSE PROPRIE COMUNALI	di cui risorse provenienti da TRASFERIMENTI	di cui ALTRE RISORSE	TOTALE	di cui RISORSE PROPRIE COMUNALI	di cui risorse provenienti da TRASFER	di cui ALTRE RISORSE	
A1	Servizi e attività di consulenza familiare													€ -
A2	Servizi e attività di mediazione familiare													€ -
A3	Servizio per l'affido adulti													€ -
A4	Attività in casi di abuso													€ -
A5	Attività di sostegno alla genitorialità													€ -
A6	Sostegno economico													€ -
A6	Comunità alloggio/gruppo appartamento per madri con figli													€ -
A7	Casa rifugio per donne vittime di violenza													€ -
A8	Altri servizi o prestazioni residenziali													€ -
A9	Contributi economici per strutture semi-residenziali													€ -
A10	Contributi economici per strutture residenziali													€ -
A11	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare													€ -
A12	Contributi economici in forma indiretta													€ -
A13	Lsu - Lavori socialmente utili													€ -
A14	LPU - Lavori di Pubblica Utilità													€ -
A15	Borse Lavoro													€ -
A16	Orientamento													€ -
	<b>totale complessivo</b>	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -

**Nota:** sono disponibili i prospetti per ciascuna delle aree prioritarie di intervento.

	Spesa sostenuta nel 2003			Spesa sostenuta nel 2002			Spesa sostenuta nel 2001			Spesa sociale media 2001-2003 (risorse proprie comunali)			
	TOTALE	di cui RISORSE PROPRIE COMUNALI	di cui risorse provenienti da TRASFERIMENTI	di cui ALTRE RISORSE	TOTALE	di cui RISORSE PROPRIE COMUNALI	di cui risorse provenienti da TRASFERIMENTI	di cui ALTRE RISORSE	TOTALE		di cui RISORSE PROPRIE COMUNALI	di cui risorse provenienti da TRASFERIMENTI	di cui ALTRE RISORSE
J Azioni trasversali e di sistema													
J1 Servizio di segretario sociale													€ - -
J2 Servizio di pronto intervento sociale													€ - -
J3 Servizio Sociale professionale													€ - -
J4 Servizio di telefonata sociale (teleassistenza e teleassistenza)													€ - -
J5 Sostegno e promozione della partecipazione attiva													€ - -
J6 Formazione													€ - -
J7 Ricerca													€ - -
J8 Comunicazione													€ - -
J9 Progettazione, sviluppo e adegu. dei sist. informatico													€ - -
J10 Acquisto di beni durevoli													€ - -
J11 Attività di sensibilizz., promozione e prevenzione													€ - -
Consulenza legale													€ - -
<b>totale</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>	<b>€ - -</b>

Nota: Nel caso in cui le voci di spesa di dettaglio fossero di difficile reperibilità, si richiede di compilare almeno la voce totale per singolo obiettivo di settore. Sino a che per l'obiettivo "Diritto dei Minori" non devono essere considerati gli interventi educativi (spese sociali).

Nota: L'adempimento erogazione di un servizio da parte del Comune avviene con l'impiego di personale proprio o a contratto, posto direttamente alle dipendenze del Comune, le voci di spesa vanno considerate comprensive delle spese per il personale.

**Spesa per il personale**

<b>Tabella A</b>	<b>Num. Unità (*)</b>	<b>Spesa sostenuta</b>
<b>Spesa per dirigenti</b>		€ -
- di cui dipendente		
- di cui a contratto		
<b>Spesa per personale tecnico</b>		€ -
(sociologi, assistenti sociali...)		
- di cui dipendente		
- di cui a contratto		
<b>Spesa per personale amministrativo</b>		€ -
- di cui dipendente		
- di cui a contratto		
<b>Totale</b>		€ -

(\*) Il numero di unità di personale va espresso in termini di unità standard o anni/uomo, che possono non coincidere con le persone fisiche attualmente in organico, vista la presenza dei seguenti possibili casi:

- risorse umane impegnate al 100% del loro tempo di lavoro per i servizi sociali (una persona = 1 anno uomo)
- risorse umane impiegate part time (una persona = 0,5 anno uomo, ovvero un peso diverso in relazione al contratto part-time in essere)
- risorse umane impegnate al 70% (o % diversa) del loro tempo di lavoro per i servizi sociali (una persona = 0,7 anno uomo) potendo per il tempo di lavoro rimanente essere impegnate per altri Uffici (es. istruzione, sport, cultura, ecc..)

In tutti questi casi, se necessario, si prega di voler effettuare una stima del tempo di lavoro complessivamente dedicato ai servizi sociali

## **Capitolo VII**

### **Il Sistema Informativo Sociale Regionale: monitoraggio, valutazione e Osservatori**

#### **7.1 La costruzione del Sistema Informativo Sociale Regionale(SISR)**

Le trasformazioni intervenute nella creazione delle politiche sociali in Italia impongono un grosso passaggio culturale da politiche basate su modelli culturali a priori a politiche che partano dalla conoscenza della realtà, basate sull'evidenza dei fenomeni, dell'impatto degli interventi, della qualità dei servizi.

In alcune aree del territorio della Regione Puglia esistono a diversi livelli esperienze di analisi del territorio, monitoraggio e valutazione dei servizi nel settore delle politiche sociali: esperienze che dovranno essere valorizzate per non disperdere gli investimenti già fatti e per utilizzare al meglio le basi informative già costituite. Si tratta però di iniziative non estese a livello regionale, spesso non collegate tra loro, legate a singole azioni progettuali e quindi anche limitate nel tempo: in questo caso risulta impossibile accrescere il valore aggiunto dei dati e delle informazioni raccolte proprio perché le informazioni hanno caratteristiche diverse e non possono essere messe a sistema per un' unica lettura regionale e per sostenere analisi comparative nel tempo o per diversi ambiti territoriali.

Il superamento di una logica di frammentazione e settorializzazione nei servizi verso la creazione di un sistema integrato dei servizi, basato sulla programmazione delle politiche, rende improrogabile la creazione di un sistema informativo sociale regionale che supporti i decisori politici, nei diversi livelli istituzionali, nella definizione delle politiche di intervento e nella programmazione, gestione e valutazione degli interventi e dei servizi.

E' necessario in particolare realizzare un sistema informativo che parta dalla conoscenza reale dei fenomeni di esclusione sociale e disagio e dei bisogni dei cittadini pugliesi.

L'assenza di un sistema di produzione e diffusione dei dati nel settore delle politiche sociali ha finora generato inerzie non più accettabili e grandi difficoltà per lo svolgimento del ruolo di programmazione della Regione Puglia e degli altri enti locali del territorio Puglia, sia sul piano della conoscenza dei fenomeni sui quali si interviene, sia sulla conoscenza, monitoraggio e valutazione del sistema di offerta dei servizi.

Per superare le debolezze del sistema che ne derivano, la Regione Puglia con il suo primo Piano Sociale Regionale assegna alla creazione del Sistema Informativo Servizi Socio-assistenziali regionali importanza prioritaria.

Fermo restando quanto disposto dall'art. 11, comma 5 della l. r. n. 17/2003 sulla definizione con norme regolamentari del funzionamento del Centro regionale di documentazione e dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali, di seguito si segnalano, a titolo indicativo, gli obiettivi specifici del SISR:

1. Supportare i decisori politici a tutti i livelli (regionale, provinciale e comunale) nella definizione delle politiche attraverso il supporto fornito dalla conoscenza dei bisogni e dal monitoraggio e valutazione degli interventi, introducendo il circolo virtuoso del ciclo: conoscere programmare valutare, riprogrammare;
2. Creare un punto di riferimento strutturato, stabile nel tempo e capace di dare continuità al lavoro di ricerca sociale e produzione dei dati;

3. Potenziare la produzione statistica ufficiale come strumento di base per la conoscenza puntuale e strutturata del settore;
4. Favorire la circolazione, la diffusione e la fruibilità dei dati ed informazioni già raccolti dai vari enti ed uffici per finalità legate a bisogni interni;
5. Valorizzare, potenziare e stabilizzare nel tempo, inserendole in rete, le esperienze già esistenti evitando inutili duplicazioni. La continuità e la valorizzazione dell'esistente sono indispensabili per usare in maniera efficiente le risorse, facendo economia e ottenendo il massimo di risultati possibili;
6. Fornire la conoscenza dei bisogni sociali del territorio, dei fenomeni di esclusione ed emarginazione sociale che interessano il territorio pugliese, con particolare attenzione a fenomeni e situazioni di crisi legati a circostanze particolarmente gravi quali fenomeni criminosi, dismissioni industriali, ecc. ;
7. Monitorare il sistema di offerta dei servizi nelle sue parti fondamentali: gestione della spesa, attori del sistema, assetti organizzativi, personale, livelli essenziali, affluenza dell'utenza;
8. Valutare la qualità, la rispondenza alla domanda e la soddisfazione dell'utenza rispetto agli interventi ed ai servizi offerti;
9. Sostenere gli interventi di comunicazione sociale fornendo elementi di conoscenza sulla rete di servizi e risorse sociali su ogni territorio a disposizione del cittadino e dei suoi bisogni per favorirne l'accesso;
10. Rilevare le buone pratiche e diffonderne la conoscenza sul territorio;
11. Creare e diffondere sul territorio e tra tutti gli attori del sistema dei servizi la consapevolezza dell'importanza della ricerca sociale, come indispensabile supporto alla programmazione delle politiche, in quanto strumento di conoscenza dei fenomeni e dei bisogni, del sistema di offerta dei servizi, di monitoraggio e valutazione della qualità degli stessi, di efficacia ed efficienza del sistema integrato di offerta;
12. Dare riconoscibilità, dignità e sostegno al lavoro dedicato alla produzione e diffusione delle informazioni e dei dati realizzato negli enti e negli uffici considerandolo come parte integrante del lavoro complesso di creazione ed erogazione dei servizi sociali e non lavoro eccedente le funzioni dei servizi;
13. formare tutti i componenti della rete ed i soggetti coinvolti nella produzione, raccolta, gestione dei dati per garantirne la qualità. Un grande sforzo organizzativo e di risorse potrebbe infatti essere vanificato dall'assenza di competenze da parte di tutti gli attori del sistema di produzione del dato.

L'assenza di una sensibilità in questo senso e di una, pur importante, maggiore propensione all'operatività degli operatori infatti, rischia di diventare ostacolo insormontabile per l'implementazione del SISR.

#### *Le caratteristiche del SISR*

Per garantire la realizzazione di un Sistema informativo sociale regionale radicato sul territorio ed adeguato ai suoi bisogni informativi ed alle caratteristiche della rete territoriale sulla quale si articolerà (rete locale di supporto al funzionamento del SISR), è indispensabile che esso sia:

- fondato su una rete sociale costituita da tutti quegli enti pubblici, del privato sociale e del privato *for profit* che abbiano un ruolo nelle varie funzioni (programmazione, erogazione, gestione, controllo e valutazione) del Sistema integrato dei servizi;

- attento alla continua circolazione delle informazioni dal livello regionale a quello locale e viceversa;
- partecipato sia nella fase di progettazione che in quella di alimentazione dei flussi informativi, perché la partecipazione di chi produce e utilizza le informazioni è condizione indispensabile per la qualità del sistema;
- attento a promuovere il continuo raccordo tra la ricerca, la conoscenza e l'azione di erogazione dei servizi;
- flessibile ed attento alle specificità dei territori;
- snello e fruibile;
- dotato di una pluralità di metodi ed approcci capaci nel complesso di analizzare fenomeni molto diversi tra di loro;
- attento al bilancio informativo di ognuno dei soggetti coinvolti in modo che il bilancio tra informazioni acquisite ed informazioni fornite sia sempre positivo per ciascun livello: la motivazione dei soggetti coinvolti è garanzia della qualità dei dati;
- capace di comunicare con i vari attori del territorio e di valorizzare le potenzialità del privato sociale in termini di conoscenza del territorio;
- interattivo e circolare: dovrà fornire dati in base alle proprie esigenze e strutture, ma dovrà anche essere capace di rispondere alle domande che di volta in volta giungono dal territorio;
- innovativo ed aperto all'utilizzo di tutti i più moderni strumenti di ricerca quali ad es. la sociologia visuale, la ricerca partecipata, internet, le tecniche etnografiche, ecc.;
- in linea con le indicazioni fornite dal Piano Sociale Regionale su tutti i temi sui quali è chiamato a produrre informazioni;
- attento ad ottemperare ad esigenza di comparabilità nazionale dei dati.

In relazione agli obiettivi che il SISR dovrebbe perseguire, le sue *funzioni fondamentali* sono:

- osservazione ed analisi dei fenomeni sociali e di marginalità sociale attraverso gli strumenti della documentazione e della ricerca sociale
- monitoraggio e valutazione del sistema di offerta dei servizi
- definizione e gestione dei flussi informativi e del loro sistema di circolazione
- garanzia della fluidità dell'intero sistema di circolazione delle informazioni dal livello nazionale a quello regionale, provinciale e locale in entrambe le direzioni e tra i vari livelli.

Ciascuna di queste funzioni dovrà, poi, essere esplicitata nelle diverse aree tematiche del sistema e ai diversi livelli dell'articolazione territoriale

#### *I destinatari dei servizi del SISR*

I decisori politici ai seguenti livelli: regionale, provinciale, di ambito e comunale

Gli operatori degli uffici degli enti locali e tutti coloro che forniscono i dati

Le organizzazioni del privato sociale

Le organizzazioni sindacali

Gli enti gestori dei servizi

Gli istituti di ricerca

Gli organi di stampa

I singoli cittadini

## **7.2 Gli attori operativi del SISR**

### **7.2.1 Il Centro di documentazione regionale**

Così come indicato nella l.r. n. 17/2003 l'attuale Centro di Documentazione regionale sull'Infanzia e l'Adolescenza estende le sue funzioni alle Politiche Sociali.

Il Centro di Documentazione Regionale assume il ruolo e la funzione di luogo della riflessione e produzione di senso ed innovazione rispetto ai principali temi inerenti il sistema integrato dei servizi sociali sia per quanto attiene il suo funzionamento (programmazione, gestione, funzionamento ecc.) che i fenomeni su cui interviene e per i bisogni cui esso risponde.

Esso ha, dunque, la funzione di stimolare la riflessione, promuovere la conoscenza, la circolazione delle informazioni e di animare il dibattito tra tutti gli attori del sistema.

Nell'ambito di questa missione esso svolge alcune funzioni specifiche tra cui ad esempio quelle di:

- valorizzare, rendendo fruibile a tutti gli attori il patrimonio di dati, informazioni, analisi già prodotte ed esistenti;
- raccogliere, produrre e diffondere la documentazione sul Sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali;
- raccogliere e rendere fruibile per tutti coloro che ne abbiano bisogno materiali prodotti dai principali enti nazionali di ricerca e di intervento sociale e la documentazione grigia prodotta dal SISR: es. schede, rapporti di ricerca, disegni di ricerca, ecc.;
- censire, valorizzare e mettere in rete i Centri di documentazione di settore esistenti in Puglia;
- fornire dati ed informazioni a supporto della programmazione dello sviluppo locale e per favorire l'utilizzo dei fondi europei a livello regionale.

Esso si raccorda con la Mediateca Regionale per le attività di divulgazione ed informazione sui materiali raccolti e posseduti, anche rendendone consultabile su internet il catalogo e per la promozione della creazione di una sezione della Mediateca dedicata al settore sociale.

### **7.2.2 Gli Osservatori Sociali in Puglia**

Il modello organizzativo dell'Osservatorio per le Politiche Sociali (OPS) potrà essere costituito da un sistema di rete integrato che comprenda un Osservatorio di livello regionale e cinque Osservatori di livello provinciale. Essi dovranno operare in raccordo con gli Ambiti territoriali e con tutti quei soggetti, regionali e Provinciali, attori del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali e delle sue articolazioni.

Tutti i nodi della rete saranno contemporaneamente produttori, diffusori e fruitori delle informazioni nel complesso Sistema Informativo Sociale Regionale.

Tutti gli Osservatori, sia quello Regionale sia quelli Provinciali, avranno la funzione di raccogliere dati e organizzare informazioni strutturate che permettano di conoscere lo stato e le tendenze evolutive del sistema sociale regionale e di governare le politiche del settore, con specifica attenzione alle problematiche dell'integrazione con i sistemi della sanità, dell'istruzione, della formazione e del lavoro.

All'interno della rete degli Osservatori si individuano tre ruoli specifici:



1. L'Osservatorio Regionale sulle Politiche Sociali ha il compito di sostenere i processi decisionali e le attività di programmazione, coordinamento e controllo proprie dell'ente Regione attraverso le attività di ricerca sociale, reperimento e divulgazione delle informazioni sul settore; di assicurare i necessari raccordi tra il Sistema Informativo Sociale Regionale e quello nazionale; di trasferire dai flussi informativi regionali esistenti (di carattere gestionale, amministrativo, sanitario, statistico, ecc.) tutti i dati che possono alimentare l'Osservatorio; di tracciare le linee guida per l'attività degli Osservatori della rete regionale, attraverso un programma annuale delle attività.
2. gli Osservatori Provinciali hanno il compito di "rilevare dal basso" in collaborazione con gli Ambiti territoriali sociali e poi fornire loro tutti i dati necessari per agevolare i processi decisionali, programmatici e organizzativi, che vedono coinvolti gli enti e i soggetti che operano all'interno del territorio provinciale, con particolare riferimento agli Ambiti territoriali.  
Essi hanno il compito di sensibilizzare e fornire supporto agli uffici di Piano degli ambiti territoriali affinché organizzino il proprio lavoro in modo che le rilevazioni e la raccolta di dati diventi parte sistematica, funzionale all'efficacia ed alla razionalizzazione del proprio lavoro e non un inutile aggravio aggiuntivo.  
Essi si raccordano con L'Osservatorio regionale per la programmazione annuale delle attività.
3. Gli ambiti territoriali ed i loro uffici di Piano hanno il ruolo di nodo territoriale del SISR e pertanto seguono le indicazioni fornite dal Piano Regionale delle Politiche Sociali per le attività che essi contribuiscono a realizzare per il SISR, quali:
  - contribuire alla definizione dei bisogni informativi del sistema;
  - raccogliere e diffondere sul territorio le informazioni elaborate e prodotte dal sistema;
  - promuovere la realizzazione di ricerche ad hoc sul proprio territorio;
  - riservare all'interno delle loro attività e dei servizi erogati pianificati nel PdZ una parte alle attività di ricerca e di promozione della conoscenza;
  - organizzare ed articolare il proprio lavoro in modo da valorizzare il ruolo della raccolta delle informazioni effettuata per l'Osservatorio Provinciale ed integrare tale attività con quella di l'analisi dei bisogni e dell'offerta esistente realizzata a supporto della programmazione e redazione dei Piani di Zona;
  - svolgere un ruolo attivo nella promozione della circolazione delle informazioni e dei dati e della fluidità orizzontale del sistema nel ciclo conoscere, programmare, realizzare, valutare, riprogrammare, e di quella verticale nel continuo scambio tra il livello locale, provinciale, regionale e nazionale;
  - promuovere l'integrazione intersettoriale degli uffici dei comuni raccordando il lavoro di produzione dei dati degli uffici demografici, degli uffici di ragioneria, per la gestione della spesa e dei servizi sociali;
  - raccordarsi con i diversi attori del privato sociale presenti sul proprio territorio per implementare nel lavoro di gestione dei servizi e promozione delle iniziative le attività di analisi del territorio, di valutazione dei servizi;

L'Osservatorio regionale sulle Politiche sociali potrà essere organizzato in due principali articolazioni:

1. Coordinamento composto dal gruppo tecnico che realizza materialmente le attività dell'Osservatorio e dai coordinatori degli Osservatori Provinciali che avrà il compito di programmare e valutare il lavoro annuale degli Osservatori;
2. Gruppo tecnico composto da ricercatori ed esperti nel settore delle politiche sociali, che realizzeranno tutte le attività dell'Osservatorio regionale delle Politiche Sociali.

L'Osservatorio Politiche Sociali Regionale sarà articolato per aree di bisogno secondo l'articolazione individuata nel presente PSR al Capitolo 3.

L'attività dell'OPS viene definita attraverso programmi annuali, alla cui realizzazione concorrono tutti i soggetti coinvolti nella rete dell'Osservatorio.

Tutti i dati e le analisi prodotte dagli Osservatori oltre che essere utilizzati dagli enti pubblici preposti al governo delle politiche sociali, saranno resi disponibili per tutti i soggetti, pubblici e privati, interessati.

### **7.2.3 I contenuti delle attività dell'Osservatorio e modalità di lavoro**

Le attività di ricerca e di rilevazione degli Osservatori e la gestione dei flussi informativi del SISR verteranno sulle seguenti tre grandi aree di contenuto del sistema:

#### *a. I fenomeni, bisogni sociali e la domanda di servizi*

Situazione demografica e socio economica

Dinamiche del territorio

Fenomeni di esclusione ed emarginazione sociale

I bisogni sociali dei cittadini

Caratteristiche della domanda che arriva ai servizi e della domanda inevasa

#### *b. sistema di offerta pubblico - privato dei servizi*

Mappatura e monitoraggio dell'offerta dei servizi

Valutazione qualità dei servizi e della loro effettiva rispondenza ai bisogni da soddisfare, anche attraverso l'utilizzo di un insieme minimo di indicatori

Criteri per l'accesso e la compartecipazione al costo

#### *c. sistema integrato dei servizi*

Monitoraggio livelli essenziali

Monitoraggio spesa sociale

Monitoraggio forme di gestione e valutazione punti di forza e di debolezza di ogni esperienza

Valutazione del processo di implementazione e del livello di integrazione del sistema.

L'estrema diversificazione della natura dei fenomeni e degli oggetti di indagine delle tre aree di osservazione del sistema informativo oltre che la debolezza della conoscenza esistente sul territorio, le caratteristiche proprie dei fenomeni oggetto di analisi rendono opportuno ed indispensabile l'utilizzo di strumenti e metodi estremamente differenziati.

Per ognuna di queste aree di contenuto gli Osservatori realizzeranno indagini articolate su tre livelli di analisi: base, di approfondimento e sperimentale.

### Livello Base

Per ognuno degli oggetti sopraelencati il SISR realizzerà un primo modulo di attività di livello regionale da realizzare in modo omogeneo su tutto il territorio:

- a. rapporto annuale sui bisogni sociali e la domanda di servizi regionali a partire dall'analisi dei dati statistici socio demografici e da una indagine campionaria annuale, realizzata su tutto il territorio regionale ogni anno su un aspetto specifico della domanda;
- b. rapporto annuale sul monitoraggio base dell'offerta e valutazione della qualità dei servizi e della loro effettiva rispondenza ai bisogni da soddisfare, attraverso l'utilizzo di un set minimo di indicatori;
- c. raccolta dati per la rendicontazione finanziaria, raggiungimento livelli essenziali, forme di gestione scelte e loro funzionalità, monitoraggio Piani di Zona;
- d. attivazione di flussi informativi su dati elementari relativi alla gestione dei servizi sociali e dei risultati conseguiti.

### Livello di Approfondimento

Su ognuna delle aree di osservazione, inoltre, potranno essere realizzati specifici approfondimenti.

Le indagini di approfondimento saranno realizzate con ricerche territoriali ad hoc.

Su alcune tematiche l'Osservatorio potrà attivare ad esempio indagini specifiche con diverse tecniche: indagini campionarie, interviste in profondità o a testimoni privilegiati, focus group, ecc.

Si raccomanda inoltre di realizzare quanto più possibile in questo modulo, con la fattiva collaborazione dei Comuni, ricerche che si concilino con l'intervento stesso attraverso la ricerca-azione e la ricerca partecipata, in modo da non perdere mai l'importante legame tra ricerca conoscenza ed intervento.

Dovranno, inoltre, essere alimentati i flussi informativi anche attraverso la produzione e l'aggiornamento periodico di indicatori di sistema sulla domanda e sull'offerta dei servizi.

### Livello sperimentale

Ricerche sperimentali.

Il terzo modulo sarà dedicato a tutte quelle indagini sperimentali volte a cogliere sin dal nascere nuovi fenomeni di disagio legati a situazioni di particolare crisi economica o legati a fenomeni assai marginali, o alla recrudescenza di fenomeni criminosi che minacciano di avere una pesante ricaduta sociale. A volte infatti non è possibile cogliere questi fenomeni mediante le indagini censuarie o campionarie attraverso i tradizionali strumenti di analisi; è dunque necessario ricorrere a strumenti innovativi quali: ricerche di comunità, storie di vita, laboratori di ricerca, metodi etnografici ed altri ancora.

Per una buona qualità dei dati è necessario conciliare le esigenze di produrre e disporre di informazioni omogenee su base regionale con la possibilità di non perdere le specificità di ciascun territorio. Per rispettare entrambi i principi il Sistema informativo sarà organizzato secondo una rete territoriale.

La creazione di una rete territoriale risponde all'esigenza anche di una maggiore qualità dei dati grazie alla maggiore prossimità dell'ente responsabile con le unità di rilevazione interessate

La Regione gestirà l'Osservatorio con le risorse dell'Assessorato ai Servizi Sociali, anche avvalendosi di risorse esterne, quali enti di ricerca pubblici e privati che hanno particolare qualificazione nel campo delle politiche sociali.

Le Province gestiranno gli Osservatori Provinciali direttamente ovvero avvalendosi di risorse esterne specialistiche, e potranno promuovere forme di partecipazione da parte dei Comuni alla gestione dell'Osservatorio Provinciale.

Per una maggiore efficacia del lavoro del SISR esso dovrà dialogare e progettare azioni concertate con altri sistemi territoriali di osservazione del territorio e dei servizi in quanto è solo da una capacità di analisi complessiva dei fenomeni economici, sociali demografici del territorio che è possibile analizzare la domanda sociale dei cittadini.

Il SISR dovrà essere aperto al dialogo con gli altri soggetti della ricerca e conoscenza del territorio pugliese, anche di carattere privato, quali:

- Sistema statistico regionale;
- ARES sul sistema dei servizi sanitari;
- IPRES per le indagini socioeconomiche ;
- L'Osservatorio mercato del lavoro;
- Le Università degli Studi presenti nel territorio regionale con particolare attenzione ai dipartimenti interessati al sistema della domanda ed offerta dei servizi sociali;
- L'IRRE per le ricerche educative;
- altre fonti sul contesto socio economico regionale.

Il SISR dovrà creare un raccordo interistituzionale anche con gli enti territoriali dei Ministeri ed altri enti regionali che svolgano attività in qualche modo collegate con i servizi sociali (servizi educativi, formazione, giustizia) come ad esempio il CSSA, CGM, UTG ed ogni altro ente dello stesso tipo.

### *Risorse*

Nel primo triennio di attuazione le attività per la costruzione del Sistema Informativo Sociale Regionale assumono rilevanza prioritaria e per esse viene riservato un ammontare di risorse pari complessivamente all'1% delle risorse del FNPS disponibili per il triennio 2001-2003 e l'1% delle risorse del FNPS disponibili per le annualità successive.

## **7.3 Gli strumenti disponibili per il monitoraggio**

Questo Piano Regionale delle Politiche Sociali ha dovuto confrontarsi con l'assenza di un sistema informativo sociale implementato e con la scarsa disponibilità di elementi di conoscenza strutturati in merito al sistema di offerta dei servizi sociali ed al sistema dei bisogni della popolazione pugliese nelle sue articolazioni territoriali e si è ribadito sin dalle fasi iniziali che questo primo percorso di programmazione sociale intende selezionare scelte strategiche e priorità di intervento rispetto agli indirizzi nazionali e rispetto alle specifiche esigenze regionali che è stato possibile ricostruire sulla base delle conoscenze esistenti.

Questo Piano, peraltro, rappresenta il momento iniziale di un percorso di programmazione che ha carattere ciclico e che, raccolti i dati che saranno forniti dai Comuni in sede di elaborazione dei rispettivi Piani Sociali di Zona, potrà valutare l'adeguatezza delle previsioni programmatiche e rivedere il sistema degli obiettivi e delle priorità di azione per lo sviluppo del welfare regionale.

Riveste, pertanto, particolare rilievo lo sforzo che la Regione Puglia assume per la produzione di strumenti omogenei per l'intero territorio regionale per la realizzazione delle seguenti attività:

- rilevazione delle caratteristiche strutturali della popolazione in relazione alla formazione dei principali bisogni sociali;
- rilevazione dell'offerta di servizi sociali sul territorio e della presenza di tutte le risorse che possono essere attivate per la costruzione dei sistemi locali di welfare;
- monitoraggio sullo stato di attuazione dei Piani di Zona e sull'utilizzo delle risorse finanziarie.

A questi devono, poi, aggiungersi i flussi informativi per tutte le principali tipologie di servizi che il sistema di welfare pugliese garantirà ai suoi cittadini, che saranno progettati ed implementati con il coordinamento dell'Osservatorio regionale per le Politiche Sociali.

Gli strumenti di seguito elencati, sono allegati al presente Piano Regionale delle Politiche Sociali, affinché tutti i Comuni possano avvalersene nella fase di elaborazione dei rispettivi Piani Sociali di Zona. La Regione, inoltre, garantirà, nell'ambito delle attività di cui al par. 4.5 le attività di assistenza formativa e tecnica necessarie a supporto della prima implementazione di questi nuovi strumenti di lavoro:

- a. la scheda di rilevazione della spesa sociale dei Comuni sulla base dei dati di bilancio consuntivo e sulle risorse umane disponibili per i Servizi Sociali dei Comuni (prospetti D1 e D2 allegati al Cap. VI);
- b. la scheda di rilevazione delle caratteristiche strutturali della popolazione, sulla base dei dati anagrafici comunali più aggiornati e dei dati certificati dai diversi Servizi comunali di competenza;
- c. la scheda di rilevazione dell'offerta di servizi disponibile per ciascun territorio comunale, con il dettaglio relativo a numero utenti, posti disponibili, prestazioni erogate, risorse umane e finanziarie utilizzate;
- d. la scheda per il monitoraggio dell'attuazione dei Piani di Zona, rispetto alla realizzazione e all'utilizzo delle risorse di ciascuna azione o Progetto di intervento previsto nel Piano di Zona presentato, con indicatori sullo stato di utilizzo delle risorse, sul numero utenti, sull'articolazione territoriale dei servizi.

Le schede dalla a) alla c) saranno compilate dai Comuni ed allegate ai Piani Sociali di Zona, costituendone parte integrante, oltre che documentazione fondante rispetto alle scelte di programmazione da sviluppare nei Piani stessi.

Tali schede saranno utilizzate per costruire un database che sarà reso consultabile anche on line per tutti i soggetti interessati; inoltre sarà garantita una adeguata restituzione di tutti i dati analizzati, sia mediante la elaborazione di un rapporto regionale che di rapporti Provinciali di analisi.

La scheda d) potrà, invece, essere assunta sin dalle fasi iniziali di elaborazione degli obiettivi programmatici e delle priorità di azione da parte dei Comuni per esplicitare i risultati attesi anche in termini quantitativi stimati in modo coerente con gli indicatori di misurazione del risultato che saranno utilizzati per il monitoraggio dei Piani di Zona.

Si evidenzia che è volontà della Regione recepire nella costruzione degli strumenti di monitoraggio della offerta dei servizi e dell'attuazione dei Piani di Zona (schede c - d) gli strumenti di rilevazione già elaborati a livello nazionale dal tavolo tecnico delle Regioni con l'ausilio dell'ISTAT, al fine di garantire lo stretto raccordo tra le elaborazioni raccolte a livello regionale e quelle che saranno elaborate a livello nazionale, evitando in questo modo, per quanto possibile, sul territorio pugliese una eventuale controproducente e costosa produzione di dati disomogenei da parte degli stessi Comuni.

---

Saranno fornite in apposite note tecniche per l'analisi dell'offerta dei servizi e della spesa sociale dei Comuni, elaborate dalla Regione Puglia contestualmente al presente Piano Regionale delle Politiche Sociali, ulteriori indicazioni operative per la compilazione delle schede di cui ai precedenti punti b) c) d), che vengono illustrate nell'Allegato B del presente Piano.

## **Appendice al Capitolo VII - Indicazioni per il Piano di implementazione del SISR**

L'assenza di un'esperienza e dunque di un patrimonio pregresso regionale e la coincidenza temporale nell'implementazione del Sistema integrato dei servizi e del suo sistema informativo richiederanno di certo l'impiego dell'intero primo triennio per la messa a regime del sistema informativo e per l'assunzione da parte dello stesso delle caratteristiche, funzioni ed assetto di un sistema informativo in piena regola.

Non si potrà, dunque, usufruire pienamente di tutti i flussi informativi nell'immediato a supporto delle stese funzioni di programmazione sociale che questo Piano intende attivare a livello di ambiti territoriali.

Tuttavia un primo passo potrà essere quello di valorizzare, elaborare, sistematizzare e diffondere i dati già esistenti, oltre che quelli raccolti a supporto della stesura del Piano Sociale Regionale e quelli che la Regione potrà acquisire dalla lettura ed analisi di ciascuno dei Piani Sociali di Zona che saranno predisposti dagli ambiti territoriali.

### **I anno**

- a) progettazione e definizione dell'architettura del sistema informativo  
Nella progettazione dovranno essere indicate le finalità generali, i soggetti responsabili della produzione dei dati e delle informazioni, i processi di produzione dei dati, l'articolazione dei flussi informativi, le tipologie di indicatori di analisi dei principali fenomeni sociali
- b) individuazione staff tecnico per la realizzazione del SISR e formazione degli operatori di tutti i nodi della rete
- c) sistematizzazione dei dati sull'offerta e sulla domanda a livello territoriale che saranno raccolti con i Piani Sociali di zona.

### **II anno**

Nel secondo anno sarà creato il SISR ed in particolare si provvederà:

- a) all'analisi e prima restituzione dei dati sull'offerta e sulla domanda a livello territoriale che saranno raccolti con i Piani Sociali di zona
- b) all'avvio di indagini del livello base
- c) alla costruzione della rete degli Osservatori
- d) alla realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e formazione per la diffusione della cultura della ricerca sociale, del dato statistico, del monitoraggio e della sua importanza nella programmazione sociale, tra gli operatori.

Saranno prodotti della seconda annualità di lavoro:

1. Banca dati degli indicatori statistici (di carattere socio-economico-demografico) che descrivono il profilo di comunità;
2. Censimento anagrafico dei servizi sociali;
3. La costruzione dei flussi informativi e la elaborazione del primo rapporto annuale sui servizi residenziali socio-assistenziali.

### **III anno**

Nel terzo anno sarà realizzata l'implementazione del sistema nelle sue funzioni base e per gli Osservatori che non lo abbiano ancora fatto si dovrà procedere con l'avvio di attività di ricerche ad hoc.

Per il terzo anno il programma di lavoro dovrebbe essere esteso alle seguenti attività:

- a) La costruzione dei flussi informativi e la elaborazione del primo rapporto annuale sui servizi sociali di promozione sociale, domiciliari e semi-residenziali;
- b) Implementazione della rilevazione annuale sulla spesa sociale dei comuni;

- 
- c) Indagine campionaria di base per la lettura e l'analisi dei bisogni della popolazione.

Nel primo triennio il SISR dovrà avere particolare attenzione anche per l'analisi di processo relativamente alle attività di costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e di attuazione dei Piani Sociali di Zona anche rispetto ai nuovi assetti organizzativi e gestionali, in stretto raccordo con le attività di assistenza formativa e tecnica che la Regione promuoverà in favore dei Comuni.



## **Capitolo VIII**

### **Linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona**

#### **8.1 Il percorso della stesura del Piano Sociale di Zona**

In linea con l'articolo 9 della l.r. n. 17/2003, il Piano di Zona è il documento che contiene decisioni e strategie per la programmazione integrata dei servizi e per il governo complessivo delle reti territoriali dei servizi.

Il primo Piano Sociale di Zona dovrà illustrare le priorità strategiche, gli assetti organizzativi e gestionali riferiti all'intero triennio di attuazione, e dovrà illustrare gli obiettivi specifici da perseguire e le azioni progettuali previste per il primo biennio di attuazione, con riferimento alle risorse che vengono ripartite con il presente Piano Sociale Regionale. Il Piano Sociale di Zona sarà aggiornato, nella progettazione di dettaglio, entro la fine del primo biennio, sulla base delle ulteriori risorse del Fondo Globale socioassistenziale della Regione e del FNPS che saranno ripartite successivamente al riparto realizzato con il primo Piano Regionale delle Politiche Sociali.

In occasione dell'aggiornamento del Piano Regionale delle Politiche Sociali e, conseguentemente, dei Piani Sociali di Zona, la Regione Puglia promuove e realizza una articolata azione di monitoraggio sullo stato di attuazione dei Piani stessi, nonché di valutazione dei risultati e degli esiti conseguiti con gli interventi sociali realizzati: alla lettura dei risultati del monitoraggio ed alla valutazione complessiva dei risultati conseguiti entro il primo biennio di attuazione partecipano sia a livello regionale che a livello di ambiti territoriali le organizzazioni sindacali, le rappresentanze istituzionali del Terzo Settore, le associazioni degli utenti. La Regione Puglia informa, inoltre, dei risultati del monitoraggio sullo stato di attuazione il sistema delle Autonomie Locali in sede di Conferenza Regione - AA.LL..

La costruzione dei Piani Sociali di Zona sarà presidiata su più livelli:

- *il livello regionale* con produzione di regole, allocazione di risorse e azioni di orientamento, sostegno nel monitoraggio e valutazione;
- *il livello provinciale* con iniziative di promozione, accompagnamento, coordinamento, con consulenze e interventi formativi e, nel caso, anche azioni atte a favorire l'attivazione dei percorsi di concertazione a supporto della programmazione partecipata e della gestione associata dei Piani di Zona negli ambiti territoriali;
- *il livello comunale*, con l'impegno di risorse ed energie dei Comuni appartenenti a ciascun ambito territoriale, in una funzione di animazione della concertazione e coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, produzione, regia e gestione del Piano in una dimensione effettivamente zonale e integrata che, superando localismi e settorialismi, consenta di farlo divenire strumento efficace e dinamico per la programmazione sociale.

### **Avvio del processo di pianificazione zonale**

La prima fase per la predisposizione dei Piani di Zona consiste nell'attivazione della procedura prevedendo il coinvolgimento e la definizione dei ruoli di tutti i soggetti interessati.

Le azioni per realizzare questa fase dovranno tenere conto di tre passaggi essenziali:

- l'attivazione di organismi politici e tecnici a livello di ambito distrettuale per l'elaborazione e la gestione dei Piani di Zona;
- l'individuazione dei soggetti che parteciperanno al percorso di programmazione del Piano di Zona;
- l'attivazione della rete dei soggetti chiamati alla gestione integrata degli interventi e dei servizi, per la condivisione delle modalità di gestione e dei criteri di scelta dei soggetti erogatori.

Per un'efficace progettazione di un sistema integrato di interventi, è essenziale presidiare la fase di attivazione della rete, perché questa segnerà fortemente tutto il percorso successivo. Tanto più i Comuni di un ambito territoriale riusciranno ad esprimere una posizione condivisa verso l'esterno e nei confronti degli altri soggetti, maggiore sarà l'autorevolezza per attivare una funzione di regia per la definizione e l'attuazione dei Piani.

Per facilitare la fase iniziale sarà opportuno addivenire alla sottoscrizione di un Protocollo di Intesa tra i Comuni che fissi le prime regole dello stare insieme, riconosca il ruolo di Comune capofila dell'ambito territoriale, le modalità di rappresentanza degli Enti locali interessati, i luoghi e le regole della concertazione con tutti i portatori di interesse e gli attori della rete sociale, l'eventuale apporto di risorse finanziarie per il finanziamento delle spese connesse alla fase che precede l'approvazione del Piano Sociale di Zona da parte della Regione, con il conseguente decreto di erogazione delle risorse.

Spetta al Sindaco del Comune sede del distretto sociosanitario e capofila dell'ambito territoriale l'avvio del processo di costruzione del Piano di Zona, coerentemente con quanto previsto dall'art. 9 (comma 3) della l.r. n. 17/2003. Tale processo di costruzione va adeguatamente presidiato sia per le funzioni politiche che per quelle tecniche. In questo senso i Comuni appartenenti ad un ambito territoriale sono chiamati a dar vita a:

- un Coordinamento Istituzionale di ambito, composto da tutti i Sindaci, o loro delegati, dei Comuni che fanno parte dell'ambito territoriale. Tale organo presidia la programmazione zonale e la sua attuazione, definisce i contenuti dell'Accordo di programma, lo sviluppo dei rapporti tra i diversi soggetti sottoscrittori e con i soggetti aderenti, individua i compiti del Comune capofila al riguardo, definisce compiti e composizione di un organismo tecnico di gestione del Piano (vedi punto successivo);
- un Tavolo di concertazione per la programmazione partecipata per ascoltare e dare voce a tutti i soggetti che operano sul territorio per l'attuazione di specifici interventi in campo sociale e che conoscono i bisogni di specifici gruppi sociali, alle famiglie ed alle associazioni degli utenti;
- un Tavolo tecnico per il Piano di Zona, con funzioni di regia operativa del processo di elaborazione del Piano, di coordinamento tecnico ed operativo dei diversi attori in campo, di supporto specialistico per le scelte in ordine all'assetto gestionale ed organizzativo che i Comuni dovranno assumere, di predisposizione di tutti gli atti necessari per l'approvazione del Piano Sociale di

Zona e degli impegni che ne discendono. Dopo l'approvazione del Piano Sociale di Zona questo Tavolo Tecnico, costituito ad hoc con un mandato specifico e limitato sul piano temporale, deve lasciare il posto all'Ufficio di Piano che per conto di tutti i Comuni presidia le attività connesse alla gestione dei servizi previsti nel Piano di Zona, di monitoraggio e valutazione, oltre a compiti di istruttoria tecnica e di supporto decisionale al Coordinamento Istituzionale. E' opportuno che sia il Tavolo Tecnico per il Piano di Zona sia l'Ufficio di Piano abbiano una dotazione organica espressamente assegnata e che nella dotazione organica siano previste risorse umane già impegnate nei Servizi Sociali dei Comuni aderenti all'ambito territoriale, eventualmente supportate da risorse umane esterne per l'apporto delle competenze specialistiche non presenti; ciò al fine di assicurare un forte raccordo tra l'Ufficio di Piano e i Servizi Sociali dei Comuni, nonché l'attivazione di processi di crescita e di consolidamento delle competenze da parte delle risorse umane dei Comuni e la massima valorizzazione delle capacità professionali presenti e della conoscenza del territorio.

### **Contenuti dei Piani di Zona**

Il Piano di Zona deve porre al centro delle attività programmatiche il territorio con i suoi fattori di rischio e le sue fragilità, ma anche con i suoi punti di forza e le sue potenzialità che devono, quindi, essere messe in luce: la costituzione di una base conoscitiva serve a questo. Una delle modalità più utili per fare questo consiste in un modello che:

- da un lato introduce una articolazione descrittiva del territorio comune per tutti gli ambiti;
- dall'altro prevede l'attivazione di gruppi di lavoro sui punti di forza e le criticità con i testimoni privilegiati del territorio (analisi SWOT).

Il lavoro di lettura del sistema dei bisogni e del sistema di offerta presente sul territorio dovrà prendere in considerazione le seguenti dimensioni di analisi:

- a. la struttura demografica e sociale della popolazione residente
- b. le caratteristiche dei flussi migratori presenti sul territorio
- c. le dinamiche economiche e occupazionali prevalenti nell'area di riferimento e le implicazioni per i fenomeni di esclusione sociale e per il contrasto alla povertà
- d. i bisogni prevalenti dei diversi gruppi sociali e delle loro famiglie
- e. le infrastrutture sociali disponibili sul territorio per i servizi di natura comunitaria, semiresidenziale, residenziale, di pronto intervento sociale, sia di proprietà pubblica che privata
- f. l'offerta di servizi strutturati e stabili sul territorio per i diversi gruppi sociali, da parte di soggetti pubblici e privati
- g. la spesa sociale dei Comuni come rilevata dai Conti Consuntivi comunali dell'ultimo biennio, rilevando sia le risorse trasferite di provenienza nazionale o regionale sia le risorse proprie comunali
- h. le risorse umane impegnate stabilmente nella organizzazione e gestione dei servizi sociali erogati dai Comuni.

Sono illustrati nell'Allegato B al presente Piano i prospetti (tavole statistiche e Schede E per il monitoraggio) da assumere come riferimento per la raccolta dei dati e la

rappresentazione dei principali fenomeni sociali su base territoriale, e che costituiranno parte integrante del Piano Sociale di Zona che ciascun ambito territoriale dovrà presentare alla Regione. In questo modo potranno essere poste le basi per favorire la messa a sistema delle informazioni acquisite e la restituzione, da parte della Regione, di un quadro complessivo di lettura del territorio regionale e di confronto tra ambiti territoriali e Comuni diversi, relativo alle risorse associative e all'offerta di servizi, alle caratteristiche socioeconomiche delle popolazioni, all'utilizzo delle risorse finanziarie da parte dei Comuni.

Sarà lo stesso quadro conoscitivo elaborato su base regionale, nonché l'analisi dettagliata delle scelte di programmazione contenute in tutti i Piani Sociali di Zona, a consentire la riprogrammazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali e l'adeguamento delle scelte in esso contenute, entro un biennio dalla approvazione del presente Piano.

Per costruire gli scenari di sviluppo del sistema delle politiche sociali e per sviluppare le valutazioni tecniche e le analisi di fattibilità economica ed organizzativa, utili per prendere le decisioni strategiche a livello di ambito territoriale, il percorso metodologico si deve sviluppare attraverso i seguenti passaggi logici:

1. *individuazione, sulla base dell'analisi della domanda e dell'offerta, degli obiettivi strategici di intervento;*
2. *sulla base degli obiettivi strategici e in coerenza con le priorità fissate dal presente Piano, individuazione di un programma operativo di interventi;*
3. *individuazione degli assetti organizzativi e gestionali per la costruzione della rete integrata dei servizi;*
4. *definizione di un programma delle azioni di supporto (in particolare in termini di sistema informativo e di azioni formative);*
5. *individuazione delle modalità per attuare l'integrazione tra le prestazioni sociali e le prestazioni sociosanitarie;*
6. *definizione del quadro finanziario complessivo del Piano di Zona;*
7. *definizione degli strumenti per perseguire il miglioramento continuo della qualità sociale del sistema;*
8. *definizione delle azioni e delle procedure per la rendicontazione delle risorse utilizzate, il monitoraggio degli interventi e la valutazione dei risultati.*

L'approvazione del Piano Sociale di Zona avviene mediante sottoscrizione di Accordo di Programma.

L'Accordo di Programma rappresenta l'atto politico con cui i diversi attori fanno proprio il Piano di Zona, assumendo la responsabilità politica della sua realizzazione. Questo significa che occorre definire i soggetti che possono essere coinvolti al riguardo.

Ciò richiede una definizione attenta dei ruoli, oltre che dei Comuni che rimangono i "fondatori" e primi responsabili dei Piani di Zona, anche di tutti gli altri soggetti richiamati dagli artt. 1 e 16 della l.r. n. 17/2003:

- AUSL
- Terzo settore (imprese sociali, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale)

- IPAB (in quanto tali o nella forma di Aziende Pubbliche di Servizi alla persona ovvero di soggetto privato)
- Altri soggetti (Province, istituzioni scolastiche, istituzioni religiose, oratori, organizzazioni sindacali, altre organizzazioni sociali).

L'indicazione di carattere generale che viene proposta ai Comuni di ciascun ambito territoriale è quella di introdurre, sin dalla fase di avvio del tavolo di concertazione per la progettazione partecipata sul territorio, la distinzione tra:

- *soggetti sottoscrittori* dell'Accordo di Programma
- *soggetti aderenti* alle finalità ed agli obiettivi specifici dell'Accordo di Programma.

Tutti i soggetti sono chiamati a condividere e sostenere le finalità, gli obiettivi strategici e le linee di intervento del Piano Sociale di Zona, ma solo alcuni soggetti - i soggetti sottoscrittori aventi natura pubblica - assumono impegni precisi, anche di carattere finanziario, per concorrere alla realizzazione di quanto dichiarato nel Piano.

I Comuni e le ASL devono sottoscrivere l'Accordo di Programma, per l'assunzione di impegni puntuali di carattere organizzativo, finanziario e gestionale in ordine al sistema dei servizi socioassistenziali e dei servizi sociosanitari. Le Province, le IPAB o le Aziende Pubbliche di Servizi alla persona, le istituzioni scolastiche, i Tribunali per i minorenni, i Centri di Giustizia Minorile e gli altri soggetti interessati, potranno sottoscrivere l'Accordo di Programma in relazione agli impegni aggiuntivi per la costruzione della rete dei servizi, pur non potendo esercitare un ruolo vincolante rispetto agli impegni che Comuni ed ASL sono chiamati ad assumere.

Gli altri soggetti pubblici e privati, i soggetti aderenti, concorrono alla realizzazione degli interventi previsti attivando altre modalità di coinvolgimento o di partecipazione, ed assumendo solo in fasi successive precise responsabilità nella gestione di un servizio, nella realizzazione di attività di supporto, nel monitoraggio e nel controllo della qualità dell'offerta di servizi sociali. Tra i soggetti aderenti devono essere considerati i seguenti: le associazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, le cooperative sociali e gli altri soggetti del Terzo Settore, le Organizzazioni Sindacali ed i Patronati, nonché tutti gli altri soggetti di cui all'art. 1 della l. r. n. 17/2003.

I soggetti aderenti sottoscrivono un atto aggiuntivo all'Accordo di Programma, quale ad esempio un protocollo di intesa ovvero un verbale di chiusura dei lavori del tavolo di concertazione, per vedere riconosciuto anche formalmente il contributo fornito alla stesura del documento di programmazione complessivo.

In particolare per ciascun ambito territoriale l'Accordo di Programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona dovrà essere accompagnato da un **verbale con le OO.SS.**, debitamente sottoscritto, che renda atto della avvenuta concertazione tra Enti Locali ed organizzazioni sindacali, sulle strategie da adottare per il Piano Sociale di Zona, il sistema dei diritti da riconoscere ai cittadini, le tipologie di servizi, le priorità di accesso, le modalità di gestione, i criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni, i criteri per la selezione dei soggetti affidatari, gli strumenti per la partecipazione degli utenti alla valutazione di qualità dei servizi.

Il Piano di Zona comprende due parti: la prima ha per oggetto gli obiettivi "strategici" di tipo trasversale rispetto alle diverse aree di bisogno e le scelte relative agli assetti organizzativi e gestionali da definire per concorrere al perseguimento degli obiettivi strategici.

La seconda parte del Piano ha per oggetto le azioni centrate sulle diverse aree di bisogno e la specificazione delle stesse in termini di dettaglio.

Nella prima parte vanno quindi esplicitati i seguenti elementi:

- Il contesto socio economico del territorio: analisi della domanda sociale e dell’offerta
- Gli obiettivi strategici e le priorità generali del Piano. Ciascuno Piano deve rispondere alle seguenti domande:
  - a. Quali priorità e indirizzi accomunano gli interventi nelle diverse aree di bisogno?
  - b. Quali tipologie di servizi sono ritenute più adeguate per il perseguimento degli obiettivi?
  - c. Quale integrazione tra politiche di intervento di settori diverso è possibile? Ed in particolare quali azioni saranno poste in essere per attuare l’integrazione sociosanitaria?
  - d. Quali sono gli indirizzi generali per l’allocazione delle risorse finanziarie assegnate al Piano Sociale di Zona? (concorso dei Comuni, applicazione del principio di sussidiarietà, criteri per la individuazione degli interventi infrastrutturali da realizzare, ecc.).
- Gli assetti gestionali ed organizzativi dell’ambito territoriale. Ciascuno Piano deve rispondere alle seguenti domande:
  - e. Quale forma per la gestione associata tra Comuni delle funzioni sociali? Se una scelta è ancora prematura: quale percorso viene individuato per arrivare a una decisione in merito?
  - f. Quali modalità di produzione dei servizi vengono perseguite? (Per esempio a gestione diretta comunale o esternalizzata; attraverso la gestione di servizi alla persona o attraverso erogazioni titoli per l’acquisto di servizi ai sensi della l.r. n. 17/2003, art. 35).
  - g. Come si articola l’assetto organizzativo per la attuazione del Piano di Zona? In particolare, quale struttura viene assegnata all’Ufficio di Piano, in termini di investimento economico, personale, coordinamento tecnico e politico, nessi con i Servizi Sociali dei Comuni, rapporti con il distretto sociosanitario?
  - h. Qual è il percorso per definire gli strumenti per la gestione unitaria del sistema di interventi e servizi sociali? (in particolare: Regolamento di accesso al sistema, Carte dei servizi, luoghi della partecipazione).
  - i. Qual è il programma degli interventi di formazione e aggiornamento per il personale dei servizi sociali? Tale programma deve precisare: qualifiche professionali coinvolte, aree di intervento delle azioni formative, risorse destinate.
  - j. Qual è il disegno di monitoraggio e valutazione del programma attuativo? Tale programma deve precisare: obiettivi e oggetto del monitoraggio e della valutazione, metodologia di lavoro e strumenti di raccolta delle informazioni, risorse economiche dedicate, personale dedicato, persona responsabile dell’intervento, tempi di attuazione.

La seconda parte del Piano di Zona deve precisare:

- Il primo programma attuativo, fornendo la progettazione di dettaglio relativo alle azioni previste nel Piano di Zona (con la specificazione dei servizi considerati “essenziali”) per un arco temporale che può riguardare solo una delle annualità del triennio ovvero l’intero periodo considerato, in relazione alla natura del servizio stesso, per tutte le aree prioritarie di intervento:
  - o Responsabilità familiari e interventi per gli adulti
  - o Politiche per i Minori
  - o Politiche di contrasto alla devianza
  - o Politiche contro Abuso e maltrattamento
  - o Politiche per le Persone con disabilità
  - o Politiche per le Persone anziane
  - o Politiche di Contrasto all’esclusione - povertà
  - o Politiche per le dipendenze
  - o Politiche sociali per la salute mentale
  - o Azioni di sistema ed altre politiche settoriali
- Le risorse finanziarie del Piano di Zona, con le diverse allocazioni economiche per ciascuna area di bisogno e per le singole azioni.

Viene presentato in appendice al presente capitolo l’indice complessivo del Piano Sociale di Zona. Si rinvia, invece, alle apposite direttive regionali per la illustrazione delle schede di progetto e degli ulteriori strumenti da utilizzare per la costruzione della base conoscitiva di riferimento per la elaborazione del Piano di Zona e per l’analisi dei punti di forza, per la rappresentazione del sistema complessivo di priorità strategiche del Piano e per la programmazione ed il monitoraggio finanziario, nonché per i principali indicatori da utilizzare per la espressione dei risultati attesi per le specifiche azioni previste.

Si sottolinea che entro la seconda annualità di attuazione del Piano Sociale di Zona sarà richiesto a tutti gli ambiti territoriali un aggiornamento degli stessi Piani, per completare la progettazione di dettaglio per il primo triennio non esposta nel Piano presentato in prima istanza, che tenga conto:

- delle risorse del FNPS del triennio 2004-2006 che saranno state ripartite dal governo nazionale;
- della verifica sui progetti realizzati ed i servizi attivati;
- della effettiva capacità di spesa dei Comuni.

## **8.2 Modalità di presentazione ed approvazione dei Piani di Zona**

A partire dalla approvazione del presente Piano Regionale delle Politiche Sociali decorrono i 60 giorni di tempo che i Comuni hanno per la presentazione al Settore Servizi Sociali della Regione Puglia dell’Accordo di Programma sottoscritto da tutti i Comuni dell’ambito territoriale e da tutti gli altri eventuali soggetti pubblici sottoscrittori, con allegato il Piano Sociale di Zona corredato dai quadri finanziari, contenente la programmazione sociale generale di ambito.

La seconda parte del Piano Sociale di Zona, contenente la progettazione di dettaglio e la specifica di tutte le azioni previste per ciascuna area prioritaria di

intervento dovrà essere elaborata e presentata entro 120 giorni dalla approvazione del presente Piano Regionale.

Le direttive che il Settore Servizi Sociali emanerà contestualmente alla approvazione del Piano Regionale per la costruzione del documento di Piano di Zona, forniranno ulteriori chiarimenti e strumenti per la elaborazione del Piano e dei relativi allegati.

Il lavoro di istruttoria dei Piani Sociali di Zona prenderà avvio contestualmente alla presentazione dei Piani (Accordo di Programma e prima parte) e sarà curato dal Settore Servizi Sociali con il supporto del Formez, che curerà l'assistenza tecnica per l'avvio della riforma.

Sarà costituita presso il Settore Servizi Sociali della Regione, su nomina del Dirigente del Settore, una Commissione per la approvazione dei Piani Sociali di Zona composta da tre dirigenti e funzionari del Settore. La Commissione, esaminati i risultati della preistruttoria tecnica e presa visione dei documenti presentati dagli ambiti territoriali, dovrà acquisire il parere delle preesistenti Commissioni regionali per la valutazione di progetti relativi a specifici settori (tossicodipendenze, infanzia e adolescenza) prima di procedere alla valutazione del rispetto di tutte le direttive regionali in materia di programmazione sociale contenute nel presente Piano e negli atti successivi, ed esprimerà uno dei seguenti pareri:

- conforme alle direttive regionali ed approvabile
- conforme alle direttive regionali ed approvabile con indicazioni di merito e/o prescrizioni vincolanti (al cui rispetto viene subordinato il decreto di erogazione delle risorse)
- non conforme alle direttive regionali e respinto per le necessarie integrazioni, che lo rendano validamente istruibile.

L'approvazione dei Piano Sociali di Zona sarà disposta con provvedimento del dirigente del Settore Servizi Sociali, che disporrà la erogazione delle risorse, secondo le modalità previste dal presente Piano.

Nei primi due casi di conformità del Piano Sociale di Zona alle direttive regionali, il Settore emana il relativo provvedimento dirigenziale di approvazione e di erogazione del primo 50% delle risorse assegnate ai Comuni dell'ambito territoriale entro 60 giorni dalla presentazione del Piano di Zona in Regione.

Nel terzo caso, di non conformità, il Settore con provvedimento dirigenziale motivato respinge la proposta e attende la nuova trasmissione del Piano Sociale di Zona riformulato prima di avviare la nuova istruttoria e far decorrere i termini sopra indicati, ovvero, se formalmente richiesto dai Comuni proponenti, sottopone alla valutazione definitiva della Giunta regionale la decisione definitiva.

Il 50% residuo del finanziamento assegnato ai Comuni degli ambiti territoriali sarà assegnato con apposito provvedimento dirigenziale del Settore entro i 60 giorni successivi alla consegna della seconda parte dei Piani Sociali di Zona, cioè la progettazione di dettaglio, che viene verificata dal Settore Servizi Sociali della Regione rispetto alla sua congruenza con gli obiettivi programmatici e gli impegni finanziari espressi nella prima parte del Piano di Zona.



**Quadro sinottico delle scadenze****Presentazione del Piano di Zona (I Parte) e dell'AdP sottoscritto**

A 60 giorni dalla approvazione del Piano Regionale delle politiche sociali

**Esame delle eventuali integrazioni al Piano di Zona (I parte)**

Entro 30 giorni dalla presentazione

**Presentazione del Piano di Zona (II Parte)**

A 120 giorni dalla approvazione del Piano Regionale delle politiche sociali

**Istruttoria e approvazione del Piano di Zona (I parte)**

Entro 60 giorni dalla presentazione, con erogazione del 50% del finanziamento

**Istruttoria e approvazione del Piano di Zona (II parte)**

Entro 60 giorni dalla presentazione, con erogazione del 50% del finanziamento

## Appendice al Capitolo VIII

### A - L'indice del Piano Sociale di Zona

#### PRIMA PARTE

---

##### **Premessa**

Il percorso di concertazione e di programmazione partecipata  
I verbali di accordo e condivisione degli obiettivi strategici con le articolazioni della  
cittadinanza sociale (OO.SS., associazioni, istituzioni scolastiche, ecc...)  
Protocolli di intesa sottoscritti nella fase preliminare

##### **Capitolo I - La relazione sociale dell'Ambito territoriale**

Caratteristiche strutturali della popolazione  
Il sistema dei bisogni sociali  
Il sistema di offerta dei servizi: punti di forza e criticità  
Gli interventi e servizi tuttora in corso nei singoli Comuni a valere su altre risorse  
finalizzate  
L'analisi della spesa sociale dei Comuni nel triennio 2001-2003  
Le carenze a cui il Piano di Zona deve fornire prioritariamente risposte

##### **ALLEGATO A**

a.1 - Le statistiche sociali dell'ambito territoriale

a.2 - Il monitoraggio dei servizi erogati nel 2003

##### **Capitolo II - Gli obiettivi strategici e le priorità del Piano**

Gli obiettivi generali di crescita del sistema di welfare locale  
Gli obiettivi specifici per area prioritaria di intervento  
Le tipologie di servizio da potenziare per area prioritaria di intervento  
La rete dei livelli essenziali di assistenza: LEA e LIVEAS  
Compiti, ruoli e strategie per l'integrazione sociosanitaria  
La qualità del sistema sociale  
Le azioni di sistema  
Le azioni sperimentali

##### **Capitolo III - Le scelte strategiche per l'assetto gestionale ed organizzativo dell'Ambito**

La gestione associata tra Comuni per l'esercizio delle funzioni Sociali  
Il coordinamento istituzionale  
Il percorso di associazionismo intercomunale: forma giuridica scelta, ruolo dell'ente  
capofila o soggetto gestore, sistema degli obblighi e degli impegni reciproci  
L'Ufficio di Piano ed il regolamento per il funzionamento dell'UdP. La dotazione di  
risorse umane, i flussi informativi ed i nessi procedurali tra UdP e Comuni  
Le forme di gestione dei servizi: i casi di affidamento ad Aziende Pubbliche di servizi, le  
modalità di esternalizzazione dei servizi, i rapporti tra Enti locali e Terzo Settore  
Il sistema delle regole nell'ambito territoriale: il regolamento di accesso, per la  
compartecipazione finanziaria, il regolamento per l'affidamento dei servizi, il  
regolamento contabile  
L'organizzazione dei servizi del welfare d'accesso  
Il monitoraggio e la valutazione del Piano di Zona

##### **Capitolo IV - La programmazione finanziaria**

Il quadro delle risorse del Fondo Unico di Ambito per fonte di finanziamento

L'allocazione delle risorse disponibili per area prioritaria  
Il quadro delle risorse per singolo Comune  
La spesa sociale pro capite dei Comuni e la spesa sociale pro capite dell'ambito  
ALLEGATO B  
b.1 - Quadri riassuntivi della spesa sociale 2001-2003 dei Comuni

## **SECONDA PARTE**

---

### ***Capitolo V - La progettazione di dettaglio***

Le schede di progetto per area prioritaria  
Le schede di progetto per le azioni di sistema  
Il quadro finanziario per azioni previste e Comuni beneficiari  
Gli altri progetti comunali o di ambito che si integrano con le azioni previste dal PdZ

### ***Capitolo VI - Il fabbisogno formativo***

Le schede per il fabbisogno formativo delle risorse umane in servizio  
Le azioni formative promosse dall'ambito  
Le azioni formative segnalate alla Regione

### ***Capitolo VII - Gli investimenti per l'infrastruttura sociale***

Le opere e gli interventi infrastrutturali presentati a finanziamento  
Gli accordi sottoscritti dal Coordinamento Istituzionale per l'ubicazione e la realizzazione delle opere

## **ALLEGATO C - I regolamenti approvati dal Coordinamento Istituzionale**

Il Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano  
Il Regolamento unico per l'affidamento dei servizi  
Il Regolamento unico per l'accesso alle prestazioni e la compartecipazione finanziaria degli utenti al costo delle prestazioni

**B - Le schede di progetto per la II parte del Piano Sociale di Zona****Scheda per la progettazione di dettaglio degli Interventi e dei Servizi****PIANO DI ZONA - I triennio**

Annualità:                    I ann.                                    II ann.                                    III ann.

Progetto di durata triennale

AMBITO \_\_\_\_\_

PROV \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

**1.1 Informazioni generali**

Denominazione intervento/servizio: \_\_\_\_\_

Area prioritaria di intervento: \_\_\_\_\_

Azione di sistema: \_\_\_\_\_

Num. progressivo Progetto: \_\_\_\_\_

**1.2 Soggetto titolare<sup>16</sup> ed enti coinvolti - Localizzazione del servizio**

**Nota:** Specificare se l'intervento/servizio interessa l'intero ambito territoriale, più Comuni dell'ambito ovvero un solo Comune. Il soggetto titolare sarà il *Comune capofila*, nel caso in cui l'intervento/servizio abbia un'area di interesse sovracomunale o di ambito; il *singolo Comune*, nel caso in cui l'intervento/servizio abbia dimensione comunale o subcomunale. Laddove il servizio interessi specifiche aree/quartieri dei Comuni interessati, specificare.

<sup>16</sup> Il Soggetto titolare dell'intervento è il soggetto beneficiario, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio/intervento, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi.

**1.3 Modalità di gestione dell'intervento/servizio**

gestione in economia (specificare Comune \_\_\_\_\_)

gestione diretta con affidamento a terzi  
(specificare procedure di affidamento \_\_\_\_\_)

delega a soggetto terzo (specificare \_\_\_\_\_)

Consorzio tra Enti locali

Istituzione Comunale

Azienda Pubblica di Servizi alle persone

titoli di acquisto del servizio

altra modalità di gestione (specificare \_\_\_\_\_)

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

**Nota:** *Se il Soggetto titolare si avvarrà di soggetti terzi, in questa fase non è richiesta la puntuale individuazione del soggetto attuatore, ma la definizione della tipologia di soggetto, cioè se si tratterà di associazioni di cooperative sociali, aziende pubbliche di servizi, altri soggetti privati, ecc..., con quali specifiche esperienze, dotazioni di risorse umane, caratteristiche organizzative, ecc...*

**1.5 Obiettivi dell'intervento/servizio**

**1.6 Risultati attesi (qualitativi e quantitativi\*)**

\*riportare una stima dei risultati attesi quantitativi utilizzando gli indicatori di cui all'Allegato B del Piano Regionale

**1.7 Tipologia di utenza per l'intervento/servizio e stima del bacino di utenza**

	stima utenti/casi seguiti per anno
Famiglie	_____
Coppie	_____
Minori	_____
Madri nubili	_____
Donne abusate e maltrattate	_____
Minori abusati e maltrattati	_____
Adulti in difficoltà	_____
Persone in situazione di povertà	_____
Anziani	_____
Persone con disabilità	_____
Persone con disabilità senza supporto familiare	_____
Immigrati	_____
Richiedente asilo, rifugiato, profugo	_____
Persone soggette a dipendenza	_____
Gestante immigrata senza permesso di soggiorno	_____
Detenuti o ex detenuti	_____
Prostituta	_____
Altro (specificare)_____	_____

**1.8 Principali attività previste**

**1.9 Durata complessiva dell'intervento/servizio**

Nota: Specificare se il Progetto riguarda solo la prima annualità di attuazione ovvero se si estende fino alla seconda annualità. Illustrare le modalità di apertura e/o di erogazione del servizio.

**1.10 Spesa totale prevista**

Costo totale(*):	Euro _____,00
- di cui Risorse FNPS	Euro _____,00
- di cui Risorse Fondo Regionale	Euro _____,00
- di cui Risorse proprie dei Comuni	Euro _____,00
- di cui altre Risorse	Euro _____,00

(\* ) i dati riportati in questa parte della scheda devono coincidere con quelli riportati nella Scheda B del Quadro finanziario per Progetti

**MACROVOCI DI SPESA**

- risorse umane	Euro _____,00
- attrezzature	Euro _____,00
- spese di gestione	Euro _____,00
- utenze e consumi	Euro _____,00
- comunicazione	Euro _____,00
- altri costi generali	Euro _____,00

**1.10 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione dell'intervento/servizio****1.12 Indicatori previsti per la valutazione del Progetto**

Nota: Specificare gli indicatori di attività, di risultato e di impatto che si intende assumere a riferimento per il monitoraggio e la valutazione del Progetto e dei servizi erogati, utilizzando tra gli altri gli indicatori di cui all'Allegato C del Piano Regionale

.

***ALLEGATI***



**Allegato A - Caratteristiche strutturali della popolazione pugliese**

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Andria	BA/1	1	407,9	95.740	234,71	23.110	24,1%	11.751	12,3%	83.989	57,3%	29.540	3,2
Andria	BA/1	<b>Totale 1</b>	407,9	95.740	234,71	23.110	24,1%	11.751	12,3%	83.989	57,3%	29.540	3,2
Canosa di Puglia	BA/1	2	149,5	31.445	210,33	6.870	21,8%	4.736	15,1%	26.709	58,5%	10.346	3,0
Minervino Murge	BA/1	2	255,3	10.214	40,01	1.979	19,4%	1.979	19,4%	8.235	63,3%	3.979	2,6
Spinazzola	BA/1	2	182,7	7.354	40,25	1.537	20,9%	1.465	19,9%	5.889	69,0%	2.707	2,7
Canosa di Puglia	BA/1	<b>Totale 2</b>	587,5	49.013	83,43	10.386	21,2%	8.180	16,7%	40.833	61,0%	17.032	2,9
Corato	BA/1	3	167,7	44.979	268,21	9.940	22,1%	6.402	14,2%	38.577	57,1%	15.068	3,0
Ruvo di Puglia	BA/1	3	222,1	25.739	115,89	5.353	20,8%	4.222	16,4%	21.517	59,2%	9.019	2,9
Terlizzi	BA/1	3	68,3	27.553	403,41	6.583	23,9%	3.675	13,3%	23.878	59,3%	8.628	3,2
Terlizzi	BA/1	<b>Totale 3</b>	458,1	98.271	214,52	21.876	22,3%	14.299	14,6%	83.972	58,3%	32.715	3,0
Barletta	BA/2	1	146,9	92.121	627,10	21.361	23,2%	11.449	12,4%	80.672	55,3%	28.764	3,2
Barletta	BA/2	<b>Totale 1</b>	146,9	92.121	627,10	21.361	23,2%	11.449	12,4%	80.672	55,3%	28.764	3,2
Bisceglie	BA/2	2	68,5	51.708	754,86	10.815	20,9%	7.219	14,0%	44.489	53,6%	16.660	3,1
Trani	BA/2	2	102,1	53.151	520,58	12.038	22,6%	6.860	12,9%	46.291	55,2%	17.059	3,1
Trani	BA/2	<b>Totale 2</b>	170,6	104.859	614,65	22.853	21,8%	14.079	13,4%	90.780	54,4%	33.719	3,1
Giovinazzo	BA/2	3	43,7	20.278	464,03	3.991	19,7%	2.881	14,2%	17.397	51,3%	6.890	2,9
Molfetta	BA/2	3	58,3	62.478	1071,66	11.745	18,8%	10.468	16,8%	52.010	55,2%	21.859	2,9
Molfetta	BA/2	<b>Totale 3</b>	102,0	82.756	811,33	15.736	19,0%	13.349	16,1%	69.407	54,2%	28.749	2,9
Altamura	BA/3	1	427,8	64.255	150,20	16.797	26,1%	8.222	12,8%	56.033	63,8%	18.847	3,4
Gravina in Puglia	BA/3	1	381,2	42.203	110,71	11.082	26,3%	5.289	12,5%	36.914	63,4%	12.950	3,3
Poggiorsini	BA/3	1	43,1	1.519	35,24	427	28,1%	221	14,5%	1.298	74,4%	528	2,9
Santeramo in Colle	BA/3	1	143,5	26.070	181,67	5.984	23,0%	3.649	14,0%	22.421	58,6%	8.683	3,0
Altamura	BA/3	<b>Totale 1</b>	995,6	134.047	134,64	34.290	25,6%	17.381	13,0%	116.666	62,7%	41.008	3,3
Acquaviva delle Fonti	BA/3	2	131,0	21.608	164,95	4.508	20,9%	3.546	16,4%	18.062	59,4%	7.224	3,0
Binetto	BA/3	2	17,6	1.932	109,77	502	26,0%	215	11,1%	1.717	59,0%	628	3,1
Cassano delle Murge	BA/3	2	89,4	11.983	134,04	2.670	22,3%	1.661	13,9%	10.322	56,6%	4.109	2,9
Grumo Appula	BA/3	2	80,6	12.444	154,39	2.822	22,7%	1.892	15,2%	10.552	61,0%	4.277	2,9
Palo del Colle	BA/3	2	79,1	20.852	263,62	4.896	23,5%	2.580	12,4%	18.272	55,9%	6.899	3,0
Sannicandro di Bari	BA/3	2	56,0	9.372	167,36	2.147	22,9%	1.566	16,7%	7.806	65,6%	3.061	3,1
Toritto	BA/3	2	74,6	8.910	119,44	2.144	24,1%	1.354	15,2%	7.556	64,6%	3.013	3,0
Grumo Appula	BA/3	<b>Totale 2</b>	528,3	87.101	164,87	19.689	22,6%	12.814	14,7%	74.287	59,5%	29.211	3,0
B a r i	BA/4	1, 2, 3	116,2	316.278	2721,84	57.650	18,2%	51.770	16,4%	264.508	52,9%	110.491	2,9
Bari	BA/4	<b>Totale 1, 2, 3</b>	116,2	316.278	2721,84	57.650	18,2%	51.770	16,4%	264.508	52,9%	110.491	2,9

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Bitetto	BA/4	4	33,6	10.150	302,08	2.205	21,7%	1.412	13,9%	8.738	55,4%	3.404	3,0
Bitonto	BA/4	4	172,8	56.920	329,40	13.797	24,2%	6.518	11,5%	50.402	55,5%	18.051	3,2
Bitritto	BA/4	4	17,7	9.847	556,33	2.246	22,8%	1.091	11,1%	8.756	51,3%	3.216	3,1
Modugno	BA/4	4	31,9	36.015	1129,00	7.589	21,1%	3.823	10,6%	32.192	46,4%	11.490	3,1
<b>Bitonto</b>	BA/4	<b>Totale 4</b>	256,0	112.932	441,14	25.837	22,9%	12.844	11,4%	100.088	52,1%	36.161	3,1
Adelfia	BA/4	5	29,7	16.236	546,67	3.500	21,6%	2.332	14,4%	13.904	56,1%	5.580	2,9
Capurso	BA/4	5	14,9	14.388	965,64	3.113	21,6%	1.640	11,4%	12.748	49,3%	4.783	3,0
Cellamare	BA/4	5	5,8	4.730	815,52	1.260	26,6%	398	8,4%	4.332	54,0%	1.500	3,2
Triggiano	BA/4	5	20,0	26.344	1317,20	5.779	21,9%	3.491	13,3%	22.853	54,3%	8.818	3,0
Valenzano	BA/4	5	15,8	17.196	1088,35	3.637	21,2%	2.018	11,7%	15.178	49,0%	5.851	2,9
<b>Triggiano</b>	BA/4	<b>Totale 5</b>	86,2	78.894	915,24	17.289	21,9%	9.879	12,5%	69.015	52,5%	26.532	3,0
Mola di Bari	BA/4	6	50,8	25.948	510,79	4.902	18,9%	4.150	16,0%	21.798	53,6%	8.386	3,1
Noicattaro	BA/4	6	41,2	23.700	575,24	5.737	24,2%	2.744	11,6%	20.956	55,7%	7.509	3,2
Rutigliano	BA/4	6	53,2	17.580	330,45	3.925	22,3%	2.492	14,2%	15.088	57,5%	5.747	3,1
<b>Mola di Bari</b>	BA/4	<b>Totale 6</b>	145,2	67.228	463,00	14.564	21,7%	9.386	14,0%	57.842	55,3%	21.642	3,1
Conversano	BA/5	1	126,9	24.060	189,60	4.898	20,4%	3.764	15,6%	20.296	56,3%	8.562	2,8
Monopoli	BA/5	1	156,4	46.720	298,72	9.691	20,7%	7.112	15,2%	39.608	56,2%	15.509	3,0
Polignano a Mare	BA/5	1	62,5	16.363	261,81	3.495	21,4%	2.568	15,7%	13.795	58,9%	5.712	2,9
<b>Conversano</b>	BA/5	<b>Totale 1</b>	345,8	87.143	252,00	18.084	20,8%	13.444	15,4%	73.699	56,7%	29.783	2,9
Casamassima	BA/5	2	77,4	16.748	216,38	3.576	21,4%	2.390	14,3%	14.358	55,3%	5.692	2,9
Gioia del Colle	BA/5	2	206,5	27.648	133,89	4.885	17,7%	5.130	18,6%	22.518	56,8%	9.571	2,9
Sammichele di Bari	BA/5	2	33,9	6.953	205,10	1.196	17,2%	1.466	21,1%	5.487	62,0%	2.500	2,8
Turi	BA/5	2	70,8	11.306	159,69	2.104	18,6%	2.216	19,6%	9.090	61,8%	4.162	2,7
<b>Gioia del Colle</b>	BA/5	<b>Totale 2</b>	388,6	62.655	161,23	11.761	18,8%	11.202	17,9%	51.453	57,9%	21.925	2,9
Alberobello	BA/5	3	40,3	10.880	269,98	1.983	18,2%	2.075	19,1%	8.805	59,5%	3.892	2,8
Castellana Grotte	BA/5	3	67,9	18.275	269,15	3.874	21,2%	2.924	16,0%	15.351	59,2%	6.370	2,9
Locorotondo	BA/5	3	47,5	13.927	293,20	2.699	19,4%	2.637	18,9%	11.290	62,1%	5.057	2,8
Noci	BA/5	3	148,8	19.561	131,46	3.842	19,6%	3.375	17,3%	16.186	58,5%	6.688	2,9
Putignano	BA/5	3	99,1	28.140	283,96	5.279	18,8%	4.325	15,4%	23.815	51,8%	9.873	2,9
<b>Putignano</b>	BA/5	<b>Totale 3</b>	403,6	90.783	224,93	17.677	19,5%	15.336	16,9%	75.447	57,1%	31.880	2,8

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Brindisi	BR/1	1	328,4	88.933	270,81	18.108	20,4%	12.604	14,2%	76.329	52,8%	31.636	2,8
San Vito dei Normanni	BR/1	1	66,4	20.060	302,11	3.810	19,0%	3.546	17,7%	16.514	57,9%	7.018	2,9
<b>Brindisi</b>	BR/1	<b>Totale 1</b>	<b>394,8</b>	<b>108.993</b>	<b>276,07</b>	<b>21.918</b>	<b>20,1%</b>	<b>16.150</b>	<b>14,8%</b>	<b>92.843</b>	<b>53,7%</b>	<b>38.654</b>	<b>2,8</b>
Cisternino	BR/1	2	54,0	12.076	223,63	2.186	18,1%	2.649	21,9%	9.427	66,8%	4.558	2,6
Fasano	BR/1	2	128,9	38.688	300,14	8.057	20,8%	5.402	14,0%	33.286	53,3%	13.028	3,0
Ostuni	BR/1	2	223,7	32.896	147,05	5.866	17,8%	6.280	19,1%	26.616	58,5%	11.437	2,9
<b>Fasano</b>	BR/1	<b>Totale 2</b>	<b>406,6</b>	<b>83.660</b>	<b>205,76</b>	<b>16.109</b>	<b>19,3%</b>	<b>14.331</b>	<b>17,1%</b>	<b>69.329</b>	<b>57,2%</b>	<b>29.023</b>	<b>2,9</b>
Ceglie Messapica	BR/1	3	130,3	21.318	163,61	4.416	20,7%	3.976	18,7%	17.342	64,9%	7.623	2,8
Carovigno	BR/1	3	105,5	14.964	141,84	3.388	22,6%	2.205	14,7%	12.759	59,7%	5.258	2,8
Francavilla Fontana	BR/1	3	175,3	36.242	206,74	8.519	23,5%	4.855	13,4%	31.387	58,5%	12.419	2,9
Oria	BR/1	3	83,5	15.176	181,75	3.226	21,3%	2.566	16,9%	12.610	61,7%	5.242	2,9
San Michele Salentino	BR/1	3	26,2	6.235	237,98	1.246	20,0%	1.148	18,4%	5.087	62,3%	2.259	2,8
Villa Castelli	BR/1	3	34,8	8.663	248,94	2.104	24,3%	1.208	13,9%	7.455	61,9%	2.673	3,2
<b>Francavilla Fontana</b>	BR/1	<b>Totale 3</b>	<b>555,6</b>	<b>102.598</b>	<b>184,66</b>	<b>22.899</b>	<b>22,3%</b>	<b>15.958</b>	<b>15,6%</b>	<b>86.640</b>	<b>61,0%</b>	<b>35.474</b>	<b>2,9</b>
Cellino San Marco	BR/1	4	37,5	6.818	181,81	1.271	18,6%	1.224	18,0%	5.594	57,7%	2.368	2,9
Erchie	BR/1	4	44,1	8.745	198,30	2.176	24,9%	1.197	13,7%	7.548	62,8%	2.750	3,2
Latiano	BR/1	4	54,8	15.369	280,46	3.120	20,3%	2.598	16,9%	12.771	59,2%	5.382	2,9
Mesagne	BR/1	4	122,7	27.543	224,47	5.257	19,1%	4.625	16,8%	22.918	56,0%	9.323	3,0
San Donaci	BR/1	4	34,2	7.102	207,66	1.373	19,3%	1.275	18,0%	5.827	59,5%	2.480	2,9
San Pancrazio Salentino	BR/1	4	55,9	10.547	188,68	2.201	20,9%	1.663	15,8%	8.884	57,8%	3.391	3,1
San Pietro Vermotico	BR/1	4	46,1	14.992	325,21	2.806	18,7%	2.868	19,1%	12.124	60,9%	5.405	2,8
Torchiarolo	BR/1	4	32,2	5.125	159,16	1.171	22,8%	760	14,8%	4.365	60,5%	1.701	3,0
Torre Santa Susanna	BR/1	4	55,1	10.601	192,40	2.494	23,5%	1.526	14,4%	9.075	61,1%	3.473	3,1
<b>Mesagne</b>	BR/1	<b>Totale 4</b>	<b>482,6</b>	<b>106.842</b>	<b>221,39</b>	<b>21.869</b>	<b>20,5%</b>	<b>17.736</b>	<b>16,6%</b>	<b>89.106</b>	<b>58,9%</b>	<b>36.273</b>	<b>2,9</b>

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Apricena	FG/1	1	171,4	13.637	79,56	3.058	22,4%	2.003	14,7%	11.634	59,0%	4.788	2,8
Chieuti	FG/1	1	60,8	1.782	29,31	365	20,5%	353	19,8%	1.429	67,5%	654	2,7
Lesina	FG/1	1	159,5	6.272	39,32	1.283	20,5%	999	15,9%	5.273	57,2%	2.313	2,7
Poggio Imperiale	FG/1	1	52,4	2.882	55,00	516	17,9%	623	21,6%	2.259	65,3%	1.137	2,5
San Paolo di Civitate	FG/1	1	90,6	6.099	67,32	1.367	22,4%	1.029	16,9%	5.070	64,7%	2.130	2,9
San Severo	FG/1	1	333,0	55.719	167,32	12.918	23,2%	7.351	13,2%	48.368	57,2%	18.876	3,0
Serracapriola	FG/1	1	143,3	4.353	30,38	794	18,2%	1.109	25,5%	3.244	77,7%	1.514	2,9
Torremaggiore	FG/1	1	208,6	17.020	81,59	3.816	22,4%	2.810	16,5%	14.210	63,7%	5.986	2,8
<b>S. Severo</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>1.219,6</b>	<b>107.764</b>	<b>88,36</b>	<b>24.117</b>	<b>22,4%</b>	<b>16.277</b>	<b>15,1%</b>	<b>91.487</b>	<b>60,0%</b>	<b>37.398</b>	<b>2,9</b>
Rignano Garganico	FG/1	2	88,8	2.302	25,92	469	20,4%	521	22,6%	1.781	75,5%	898	2,6
San Giovanni Rotondo	FG/1	2	259,5	26.150	100,77	6.372	24,4%	3.628	13,9%	22.522	61,9%	8.635	3,0
San Nicandro Garganico	FG/1	2	172,6	18.022	104,41	3.880	21,5%	3.304	18,3%	14.718	66,3%	6.347	2,8
San Marco in Lamis	FG/1	2	232,8	15.750	67,65	3.613	22,9%	2.754	17,5%	12.996	67,9%	5.386	2,9
<b>San Marco in Lamis</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>753,7</b>	<b>62.224</b>	<b>82,56</b>	<b>14.334</b>	<b>23,0%</b>	<b>10.207</b>	<b>16,4%</b>	<b>52.017</b>	<b>65,1%</b>	<b>21.266</b>	<b>2,9</b>
Cagnano Varano	FG/1	3	158,7	8.611	54,26	1.836	21,3%	1.365	15,9%	7.246	59,2%	2.458	3,5
Carpino	FG/1	3	82,5	4.709	57,08	865	18,4%	1.145	24,3%	3.564	74,5%	1.825	2,6
Ischitella	FG/1	3	87,4	4.529	51,82	967	21,4%	947	20,9%	3.582	73,2%	1.802	2,5
Isole Tremiti	FG/1	3	3,1	370	119,35	48	13,0%	74	20,0%	296	49,2%	203	1,8
Peschici	FG/1	3	48,9	4.333	88,61	999	23,1%	647	14,9%	3.686	61,3%	1.581	2,7
Rodi Garganico	FG/1	3	13,2	3.768	285,45	772	20,5%	687	18,2%	3.081	63,2%	1.398	2,7
Vico del Gargano	FG/1	3	110,6	8.126	73,47	1.703	21,0%	1.418	17,5%	6.708	62,4%	2.946	2,8
Vieste	FG/1	3	167,4	13.429	80,22	3.127	23,3%	1.961	14,6%	11.468	61,0%	4.517	3,0
<b>Vico del Gargano</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 3</b>	<b>671,8</b>	<b>47.875</b>	<b>71,26</b>	<b>10.317</b>	<b>21,5%</b>	<b>8.244</b>	<b>17,2%</b>	<b>39.631</b>	<b>63,3%</b>	<b>16.730</b>	<b>2,9</b>
Manfredonia	FG/2	1	352,0	57.651	163,78	13.145	22,8%	7.746	13,4%	49.905	56,8%	17.786	3,2
Mattinata	FG/2	1	72,8	6.339	87,07	1.403	22,1%	1.087	17,1%	5.252	64,7%	2.240	2,8
Monte Sant'Angelo	FG/2	1	242,8	13.887	57,20	2.864	20,6%	2.819	20,3%	11.068	69,3%	4.885	2,8
<b>Manfredonia</b>	<b>FG/2</b>	<b>Totale 1</b>	<b>667,6</b>	<b>77.877</b>	<b>116,65</b>	<b>17.412</b>	<b>22,4%</b>	<b>11.652</b>	<b>15,0%</b>	<b>66.225</b>	<b>59,5%</b>	<b>24.911</b>	<b>3,1</b>
Margherita di Savoia	FG/2	2	36,3	12.583	346,64	2.634	20,9%	2.171	17,3%	10.412	61,8%	4.532	2,8
San Ferdinando di Puglia	FG/2	2	41,8	14.347	343,23	3.366	23,5%	2.347	16,4%	12.000	66,2%	4.831	3,0
Trinitapoli	FG/2	2	147,6	14.459	97,96	3.517	24,3%	2.122	14,7%	12.337	63,9%	4.816	3,0
Zapponeta	FG/2	2	40,1	2.998	74,76	797	26,6%	323	10,8%	2.675	59,6%	972	3,1
<b>Margherita di Savoia</b>	<b>FG/2</b>	<b>Totale 2</b>	<b>265,8</b>	<b>44.387</b>	<b>166,99</b>	<b>10.314</b>	<b>23,2%</b>	<b>6.963</b>	<b>15,7%</b>	<b>37.424</b>	<b>63,7%</b>	<b>15.151</b>	<b>2,9</b>
Carapelle	FG/2	3	24,9	5.884	236,31	1.544	26,2%	531	9,0%	5.353	54,5%	1.881	3,1
Cerignola	FG/2	3	593,7	57.365	96,62	14.527	25,3%	6.586	11,5%	50.779	58,2%	18.516	3,1
Ordona	FG/2	3	39,9	2.584	64,76	649	25,1%	323	12,5%	2.261	60,3%	821	3,1
Orta Nova	FG/2	3	103,8	17.685	170,38	4.293	24,3%	2.152	12,2%	15.533	57,3%	5.649	3,1
Stornara	FG/2	3	33,7	4.742	140,71	1.211	25,5%	627	13,2%	4.115	63,3%	1.560	3,0
Stornarella	FG/2	3	33,9	5.029	148,35	1.188	23,6%	644	12,8%	4.385	57,3%	1.629	3,1
<b>Cerignola</b>	<b>FG/2</b>	<b>Totale 3</b>	<b>829,9</b>	<b>93.289</b>	<b>112,41</b>	<b>23.412</b>	<b>25,1%</b>	<b>10.863</b>	<b>11,6%</b>	<b>82.426</b>	<b>58,1%</b>	<b>30.056</b>	<b>3,1</b>
<b>F o g g i a</b>	<b>FG/3</b>	<b>1 e 2</b>	<b>507,8</b>	<b>155.188</b>	<b>305,61</b>	<b>31.790</b>	<b>20,5%</b>	<b>22.876</b>	<b>14,7%</b>	<b>132.312</b>	<b>54,4%</b>	<b>48.292</b>	<b>3,2</b>
<b>Foggia</b>	<b>FG/3</b>	<b>Totale 1 e 2</b>	<b>507,8</b>	<b>155.188</b>	<b>305,61</b>	<b>31.790</b>	<b>20,5%</b>	<b>22.876</b>	<b>14,7%</b>	<b>132.312</b>	<b>54,4%</b>	<b>48.292</b>	<b>3,2</b>

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Alberona	FG/3	3	49,3	1.132	22,96	196	17,3%	321	28,4%	811	84,1%	484	2,3
Biccari	FG/3	3	106,2	3.069	28,90	478	15,6%	725	23,6%	2.344	64,5%	1.150	2,7
Carlantino	FG/3	3	34,2	1.291	37,75	225	17,4%	300	23,2%	991	68,5%	561	2,3
Casalnuovo Monterotaro	FG/3	3	48,1	1.946	40,46	282	14,5%	546	28,1%	1.400	74,1%	815	2,4
Casalvecchio di Puglia	FG/3	3	31,7	2.151	67,85	388	18,0%	460	21,4%	1.691	65,1%	852	2,5
Castelnuovo della Daunia	FG/3	3	61,0	1.737	28,48	306	17,6%	450	25,9%	1.287	77,1%	708	2,5
Celenza Valfortore	FG/3	3	66,5	1.983	29,82	311	15,7%	528	26,6%	1.455	73,3%	801	2,5
Lucera	FG/3	3	338,7	35.141	103,75	7.741	22,0%	5.022	14,3%	30.119	57,0%	11.742	3,0
Motta Montecorvino	FG/3	3	19,7	942	47,82	119	12,6%	311	33,0%	631	84,0%	429	2,2
Pietramontecorvino	FG/3	3	71,1	2.959	41,62	516	17,4%	704	23,8%	2.255	70,2%	1.132	2,6
Roseto Valfortore	FG/3	3	49,7	1.312	26,40	204	15,5%	411	31,3%	901	88,2%	593	2,2
San Marco la Catola	FG/3	3	28,4	1.508	53,10	245	16,2%	369	24,5%	1.139	68,7%	614	2,5
Volturara Appula	FG/3	3	51,7	596	11,53	65	10,9%	259	43,5%	337	119,1%	305	2,0
Volturino	FG/3	3	58,1	1.993	34,30	295	14,8%	545	27,3%	1.448	72,9%	828	2,4
<b>Lucera</b>	<b>FG/3</b>	<b>Totale 3</b>	<b>1.014,4</b>	<b>57.760</b>	<b>56,94</b>	<b>11.371</b>	<b>19,7%</b>	<b>10.951</b>	<b>19,0%</b>	<b>46.809</b>	<b>63,0%</b>	<b>21.014</b>	<b>2,7</b>
Accadia	FG/3	4	30,5	2.697	88,43	474	17,6%	609	22,6%	2.088	67,1%	1.050	2,6
Anzano di Puglia	FG/3	4	11,1	2.226	200,54	539	24,2%	383	17,2%	1.843	70,7%	787	2,8
Ascoli Satriano	FG/3	4	335,4	6.370	18,99	1.324	20,8%	1.186	18,6%	5.184	65,0%	2.218	2,9
Bovino	FG/3	4	84,2	3.979	47,26	623	15,7%	1.013	25,5%	2.966	69,8%	1.590	2,5
Candela	FG/3	4	96,0	2.819	29,36	591	21,0%	579	20,5%	2.240	71,0%	1.077	2,6
Castelluccio dei Sauri	FG/3	4	51,3	1.949	37,99	423	21,7%	336	17,2%	1.613	63,8%	696	2,8
Castelluccio Valmaggiore	FG/3	4	26,7	1.463	54,79	281	19,2%	374	25,6%	1.089	81,1%	579	2,5
Celle di San Vito	FG/3	4	18,2	186	10,22	21	11,3%	60	32,3%	126	77,1%	88	2,1
Deliceto	FG/3	4	75,7	4.116	54,37	773	18,8%	929	22,6%	3.187	70,5%	1.634	2,5
Faeto	FG/3	4	26,2	754	28,78	130	17,2%	222	29,4%	532	87,6%	333	2,3
Monteleone di Puglia	FG/3	4	36,0	1.403	38,97	249	17,7%	376	26,8%	1.027	80,3%	574	2,4
Orsara di Puglia	FG/3	4	82,2	3.310	40,27	501	15,1%	960	29,0%	2.350	79,0%	1.366	2,4
Panni	FG/3	4	32,6	964	29,57	152	15,8%	348	36,1%	616	107,8%	420	2,3
Rocchetta Sant'Antonio	FG/3	4	71,9	2.035	28,30	382	18,8%	488	24,0%	1.547	74,7%	773	2,6
Sant'Agata di Puglia	FG/3	4	115,9	2.316	19,98	349	15,1%	700	30,2%	1.616	82,8%	1.025	2,3
Troia	FG/3	4	167,3	7.475	44,68	1.584	21,2%	1.408	18,8%	6.067	66,7%	2.567	2,9
<b>Troia</b>	<b>FG/3</b>	<b>Totale 4</b>	<b>1.261,2</b>	<b>44.062</b>	<b>34,94</b>	<b>8.396</b>	<b>19,1%</b>	<b>9.971</b>	<b>22,6%</b>	<b>34.091</b>	<b>71,5%</b>	<b>16.777</b>	<b>2,6</b>

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0-64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Amesano	LE/1	1	13,5	3.447	255,33	666	19,3%	600	17,4%	2.847	58,0%	1.227	2,8
Cavallino	LE/1	1	22,3	10.668	478,39	2.222	20,8%	1.299	12,2%	9.369	49,3%	3.663	2,9
Lequile	LE/1	1	36,4	7.975	219,09	1.552	19,5%	1.290	16,2%	6.685	55,4%	2.785	2,9
Lizzanello	LE/1	1	25,0	10.168	406,72	2.107	20,7%	1.475	14,5%	8.693	54,4%	3.480	2,9
San Cesario di Lecce	LE/1	1	8,0	7.359	919,88	1.293	17,6%	1.373	18,7%	5.986	56,8%	2.600	2,8
San Donato di Lecce	LE/1	1	21,2	5.721	269,86	1.056	18,5%	995	17,4%	4.726	55,9%	1.938	3,0
San Pietro in Lama	LE/1	1	7,9	3.723	471,27	680	18,3%	689	18,5%	3.034	58,2%	1.248	3,0
<b>L e c c e</b>	LE/1	1	238,4	83.137	348,73	13.428	16,2%	14.713	17,7%	68.424	51,2%	30.952	2,7
<b>Lecce</b>	LE/1	<b>Totale 1</b>	372,7	132.198	354,70	23.004	17,4%	22.434	17,0%	109.764	52,4%	47.893	2,8
Campi Salentina	LE/1	2	45,1	11.235	249,11	2.078	18,5%	1.995	17,8%	9.240	56,9%	3.880	2,9
Carmiano	LE/1	2	23,7	12.161	513,12	2.307	19,0%	2.152	17,7%	10.009	57,9%	4.164	2,9
Guagnano	LE/1	2	37,8	6.175	163,36	998	16,2%	1.293	20,9%	4.882	59,0%	2.240	2,8
Monteroni di Lecce	LE/1	2	16,5	13.679	829,03	2.706	19,8%	2.206	16,1%	11.473	56,0%	4.684	2,9
Novoli	LE/1	2	17,8	8.474	476,07	1.468	17,3%	1.803	21,3%	6.671	62,9%	2.911	2,9
Salice Salentino	LE/1	2	59,0	8.862	150,20	1.723	19,4%	1.497	16,9%	7.365	57,1%	2.977	3,0
Squinzano	LE/1	2	29,3	15.326	523,07	2.789	18,2%	2.801	18,3%	12.525	57,4%	5.174	3,0
Surbo	LE/1	2	20,3	12.775	629,31	2.857	22,4%	1.554	12,2%	11.221	52,7%	4.174	3,1
Trepuzzi	LE/1	2	23,7	14.138	596,54	2.818	19,9%	2.207	15,6%	11.931	55,1%	4.728	3,0
Veglie	LE/1	2	61,3	14.047	229,15	3.049	21,7%	2.153	15,3%	11.894	58,8%	4.733	3,0
<b>Campi Salentina</b>	LE/1	<b>Totale 2</b>	334,5	116.872	349,39	22.793	19,5%	19.661	16,8%	97.211	57,0%	39.665	2,9
Copertino	LE/1	3	57,8	22.294	385,71	4.708	21,1%	3.412	15,3%	18.882	57,3%	7.338	3,0
Galatone	LE/1	3	46,5	15.874	341,38	3.441	21,7%	2.637	16,6%	13.237	62,0%	5.342	3,0
Leverano	LE/1	3	48,8	13.935	285,55	2.910	20,9%	2.196	15,8%	11.739	57,8%	4.624	3,0
Nardò	LE/1	3	190,5	30.516	160,19	6.388	20,9%	5.191	17,0%	25.325	61,1%	10.545	2,9
Porto Cesareo	LE/1	3	34,7	4.453	128,33	934	21,0%	567	12,7%	3.886	50,8%	1.490	3,0
Secli	LE/1	3	8,6	1.911	222,21	409	21,4%	307	16,1%	1.604	59,9%	676	2,8
Sternatia	LE/1	3	16,5	2.697	163,45	465	17,2%	516	19,1%	2.181	57,2%	989	2,7
Zollino	LE/1	3	9,9	2.205	222,73	443	20,1%	390	17,7%	1.815	60,7%	745	3,0
<b>Nardò</b>	LE/1	<b>Totale 3</b>	413,3	93.885	227,16	19.698	21,0%	15.216	16,2%	78.669	59,2%	31.749	3,0
Calimera	LE/1	4	11,1	7.306	658,20	1.200	16,4%	1.439	19,7%	5.867	56,5%	2.628	2,8
Caprarica di Lecce	LE/1	4	10,8	2.809	260,09	457	16,3%	567	20,2%	2.242	57,4%	1.013	2,8
Carpignano Salentino	LE/1	4	48,0	3.838	79,96	732	19,1%	629	16,4%	3.209	54,9%	1.218	3,2
Castri di Lecce	LE/1	4	12,2	3.099	254,02	620	20,0%	526	17,0%	2.573	58,7%	1.075	2,9
Martano	LE/1	4	21,8	9.519	436,65	1.782	18,7%	1.725	18,1%	7.794	58,3%	3.363	2,8
Martignano	LE/1	4	6,4	1.770	276,56	320	18,1%	384	21,7%	1.386	66,0%	629	2,8
Melendugno	LE/1	4	91,1	9.304	102,13	1.819	19,6%	1.428	15,3%	7.876	53,6%	3.331	2,8
Vernole	LE/1	4	60,6	7.586	125,18	1.434	18,9%	1.232	16,2%	6.354	54,2%	2.610	2,9
<b>Martano</b>	LE/1	<b>Totale 4</b>	262,0	45.231	172,64	8.364	18,5%	7.930	17,5%	37.301	56,3%	15.867	2,9

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minor	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Aradeo	LE/1	5	8,5	9.692	1140,24	1.942	20,0%	1.672	17,3%	8.020	59,5%	3.310	2,9
Cutrofiano	LE/1	5	55,7	9.081	163,03	1.661	18,3%	1.620	17,8%	7.461	56,6%	3.262	2,8
Galatina	LE/1	5	81,6	28.064	343,92	5.360	19,1%	4.931	17,6%	23.133	57,9%	9.894	2,8
Neviano	LE/1	5	16,1	5.917	367,52	1.191	20,1%	1.214	20,5%	4.703	68,5%	2.057	2,9
Sogliano Cavour	LE/1	5	5,2	4.076	783,85	736	18,1%	749	18,4%	3.327	57,3%	1.500	2,7
Soletto	LE/1	5	29,9	5.534	185,08	1.042	18,8%	1.037	18,7%	4.497	60,2%	2.024	2,7
<b>Galatina</b>	LE/1	<b>Totale 5</b>	<b>197,0</b>	<b>62.364</b>	<b>316,57</b>	<b>11.932</b>	<b>19,1%</b>	<b>11.223</b>	<b>18,0%</b>	<b>51.141</b>	<b>59,1%</b>	<b>22.047</b>	<b>2,8</b>
Alezio	LE/2	1	16,5	5.073	307,45	865	17,1%	1.095	21,6%	3.978	63,0%	1.886	2,7
Alliste	LE/2	1	23,5	6.051	257,49	1.224	20,2%	1.078	17,8%	4.973	61,4%	2.115	2,9
Gallipoli	LE/2	1	40,3	20.274	503,08	4.193	20,7%	2.903	14,3%	17.371	53,8%	6.781	3,0
Melissano	LE/2	1	12,4	7.465	602,02	1.562	20,9%	1.188	15,9%	6.277	58,3%	2.563	2,9
Racale	LE/2	1	24,5	10.322	421,31	2.181	21,1%	1.559	15,1%	8.763	56,8%	3.617	2,9
Sannicola	LE/2	1	27,3	6.138	224,84	1.080	17,6%	1.330	21,7%	4.808	64,6%	2.276	2,7
Taviano	LE/2	1	21,2	12.508	590,00	2.492	19,9%	2.054	16,4%	10.454	57,1%	4.441	2,8
Tuglie	LE/2	1	8,4	5.304	631,43	954	18,0%	1.133	21,4%	4.171	64,9%	2.018	2,6
<b>Gallipoli</b>	LE/2	<b>Totale 1</b>	<b>174,1</b>	<b>73.135</b>	<b>420,07</b>	<b>14.551</b>	<b>19,9%</b>	<b>12.340</b>	<b>16,9%</b>	<b>60.795</b>	<b>58,2%</b>	<b>25.697</b>	<b>2,8</b>
Bagnolo del Salento	LE/2	2	6,8	1.854	272,65	373	20,1%	335	18,1%	1.519	61,8%	642	2,9
Cannole	LE/2	2	20,0	1.754	87,70	293	16,7%	322	18,4%	1.432	54,0%	644	2,7
Castrignano de' Greci	LE/2	2	9,5	4.085	430,00	780	19,1%	680	16,6%	3.405	55,6%	1.364	3,0
Corigliano d'Otranto	LE/2	2	28,1	5.649	201,03	1.123	19,9%	999	17,7%	4.650	60,2%	1.964	2,9
Cursi	LE/2	2	8,2	4.127	503,29	837	20,3%	607	14,7%	3.520	53,8%	1.419	2,9
Giurdignano	LE/2	2	13,8	1.793	129,93	326	18,2%	286	16,0%	1.507	51,8%	592	3,0
Maglie	LE/2	2	22,4	15.259	681,21	2.681	17,6%	2.828	18,5%	12.431	56,5%	5.507	2,8
Melpignano	LE/2	2	10,9	2.211	202,84	428	19,4%	412	18,6%	1.799	61,3%	789	2,8
Muro Leccese	LE/2	2	16,5	5.260	318,79	1.079	20,5%	997	19,0%	4.263	65,2%	1.838	2,9
Otranto	LE/2	2	76,1	5.285	69,45	970	18,4%	777	14,7%	4.508	49,4%	1.985	2,7
Palmariggi	LE/2	2	8,8	1.600	181,82	263	16,4%	287	17,9%	1.313	52,4%	601	2,7
Scorrano	LE/2	2	34,9	6.758	193,64	1.430	21,2%	1.030	15,2%	5.728	57,2%	2.131	3,2
<b>Maglie</b>	LE/2	<b>Totale 2</b>	<b>256,0</b>	<b>55.635</b>	<b>217,32</b>	<b>10.583</b>	<b>19,0%</b>	<b>9.560</b>	<b>17,2%</b>	<b>46.075</b>	<b>56,8%</b>	<b>19.476</b>	<b>2,9</b>
Andrano	LE/2	3	15,5	5.133	331,16	1.001	19,5%	937	18,3%	4.196	60,7%	1.728	3,0
Botrugno	LE/2	3	9,7	3.041	313,51	557	18,3%	550	18,1%	2.491	57,2%	1.037	2,9
Castro	LE/2	3	4,4	2.561	582,05	497	19,4%	422	16,5%	2.139	56,0%	916	2,8
Diso	LE/2	3	11,6	3.292	283,79	559	17,0%	782	23,8%	2.510	68,7%	1.262	2,6
Giuggianello	LE/2	3	10,1	1.283	127,03	228	17,8%	263	20,5%	1.020	62,0%	479	2,7
Minervino di Lecce	LE/2	3	17,9	3.949	220,61	715	18,1%	794	20,1%	3.155	61,8%	1.433	2,8
Nociglia	LE/2	3	10,9	2.669	244,86	550	20,6%	482	18,1%	2.187	63,0%	924	2,9
Ortelle	LE/2	3	9,9	2.482	250,71	454	18,3%	529	21,3%	1.953	65,6%	895	2,8
Poggiardo	LE/2	3	19,8	6.067	306,41	1.236	20,4%	1.066	17,6%	5.001	61,1%	2.084	2,9
San Cassiano	LE/2	3	8,6	2.221	258,26	413	18,6%	453	20,4%	1.768	63,9%	796	2,8
Sanarica	LE/2	3	12,8	1.446	112,97	253	19,5%	283	19,6%	1.163	58,9%	523	2,8
Santa Cesarea Terme	LE/2	3	26,5	3.102	117,06	531	17,1%	564	18,2%	2.538	54,6%	1.166	2,7
Spongano	LE/2	3	12,1	3.809	314,79	771	20,2%	702	18,4%	3.107	63,1%	1.318	2,9
Surano	LE/2	3	8,8	1.794	203,86	350	19,5%	325	18,1%	1.469	60,3%	775	2,3
Uggiano la Chiesa	LE/2	3	14,3	4.344	303,78	847	19,5%	745	17,2%	3.599	57,8%	1.514	2,9
<b>Poggiardo</b>	LE/2	<b>Totale 3</b>	<b>192,9</b>	<b>47.193</b>	<b>244,65</b>	<b>8.962</b>	<b>19,0%</b>	<b>8.897</b>	<b>18,9%</b>	<b>38.296</b>	<b>60,9%</b>	<b>16.850</b>	<b>2,8</b>



## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Casarano	LE/2	4	38,1	20.579	540,13	4.262	20,7%	3.116	15,1%	17.463	55,9%	6.962	3,0
Collepasso	LE/2	4	12,7	6.689	526,69	1.341	20,0%	1.351	20,2%	5.338	67,4%	2.319	2,9
Matino	LE/2	4	26,3	11.620	441,83	2.385	20,5%	1.847	15,9%	9.773	57,3%	3.929	3,0
Parabita	LE/2	4	20,8	9.576	460,38	1.771	18,5%	1.836	19,2%	7.740	60,4%	3.537	2,7
Ruffano	LE/2	4	38,8	9.527	245,54	1.888	19,8%	1.671	17,5%	7.856	59,6%	3.097	3,1
Supersano	LE/2	4	36,2	4.593	126,88	948	20,6%	764	16,6%	3.829	59,4%	1.564	2,9
Taurisano	LE/2	4	23,3	12.444	534,08	3.123	25,1%	1.481	11,9%	10.963	58,7%	3.752	3,3
<b>Casarano</b>	LE/2	<b>Totale 4</b>	196,2	75.028	382,41	15.718	20,9%	12.066	16,1%	62.962	58,8%	25.160	3,0
Acquarica del Capo	LE/2	5	18,4	4.720	256,52	1.060	22,5%	765	16,2%	3.955	63,0%	1.606	2,9
Alessano	LE/2	5	28,5	6.553	229,93	1.290	19,7%	1.158	17,7%	5.395	59,6%	2.250	2,9
Castrignano del Capo	LE/2	5	20,3	5.464	269,16	994	18,2%	1.171	21,4%	4.293	65,6%	2.076	2,6
Corsano	LE/2	5	9,1	5.745	631,32	1.444	25,1%	850	14,8%	4.895	66,5%	1.766	3,3
Gagliano del Capo	LE/2	5	16,1	5.667	351,99	1.281	22,6%	824	14,5%	4.843	59,1%	1.902	3,0
Miggiano	LE/2	5	7,6	3.755	494,08	810	21,6%	590	15,7%	3.165	59,4%	1.258	3,0
Montesano Salentino	LE/2	5	8,5	2.768	325,65	625	22,6%	413	14,9%	2.355	60,0%	895	3,1
Morciano di Leuca	LE/2	5	13,4	3.508	261,79	579	16,5%	809	23,1%	2.699	65,5%	1.357	2,6
Patù	LE/2	5	8,5	1.743	205,06	328	18,8%	328	18,8%	1.415	60,3%	635	2,7
Presicce	LE/2	5	24,1	5.627	233,49	969	17,2%	1.147	20,4%	4.480	60,3%	2.058	2,7
Salve	LE/2	5	32,8	4.553	138,81	759	16,7%	985	21,6%	3.568	62,1%	1.743	2,6
Specchia	LE/2	5	24,7	4.939	199,96	1.081	21,9%	811	16,4%	4.128	62,1%	1.695	2,9
Tiggiano	LE/2	5	7,5	2.870	382,67	736	25,6%	380	13,2%	2.490	63,6%	892	3,2
Tricase	LE/2	5	42,6	17.382	408,03	3.855	22,2%	2.641	15,2%	14.741	59,7%	5.886	3,0
Ugento	LE/2	5	98,8	10.804	109,35	2.186	20,2%	1.703	15,8%	9.101	56,2%	3.333	3,2
<b>Gagliano del Capo</b>	LE/2	<b>Totale 5</b>	360,9	86.098	236,56	17.997	20,9%	14.575	16,9%	71.523	60,9%	29.352	2,9
Castellaneta	TA/1	1	239,9	17.400	72,53	3.367	19,4%	2.698	15,5%	14.702	53,5%	6.131	2,8
Ginosa	TA/1	1	187,0	22.152	118,46	4.921	22,2%	3.274	14,8%	18.878	58,7%	7.603	2,9
Laterza	TA/1	1	159,7	15.003	93,94	3.401	22,7%	2.220	14,8%	12.783	59,9%	4.952	3,0
Palagianello	TA/1	1	43,3	7.496	173,12	1.765	23,5%	941	12,6%	6.555	56,5%	2.362	3,2
<b>Ginosa</b>	TA/1	<b>Totale 1</b>	629,9	62.051	98,51	13.454	21,7%	9.133	14,7%	52.918	57,2%	21.048	2,9

## Principali indicatori statistici sulla struttura demografica della popolazione pugliese (Istat, Cens. 2001)

COMUNI	ASL	Distretto	Superf. territ.	Pop. Resid.	Densità demografica	Resid. 0-17	% Minori	Resid. 65 e oltre	% Anziani	Resid. 0 - 64	Indice di carico sociale	N. nuclei fam.	Composiz. Media
Massafra	TA/1	2	125,5	30.958	246,68	6.888	22,2%	4.012	13,0%	26.946	54,3%	10.046	3,1
Mottola	TA/1	2	212,2	16.568	78,08	3.388	20,4%	2.590	15,6%	13.978	56,4%	5.728	2,9
Palagianò	TA/1	2	69,1	15.818	228,91	3.676	23,2%	1.921	12,1%	13.897	54,8%	5.081	3,1
Statte	TA/1	2	92,7	14.599	157,49	3.129	21,4%	1.509	10,3%	13.090	46,6%	4.555	3,2
Massafra	TA/1	<b>Totale 2</b>	499,5	77.943	156,04	17.081	21,9%	10.032	12,9%	67.911	53,3%	25.410	3,1
Tarantò	TA/1	3 e 4	217,5	201.754	927,60	40.505	20,1%	31.416	15,6%	170.338	55,4%	70.781	2,9
Tarantò	TA/1	<b>Totale 3 e 4</b>	217,5	201.754	927,60	40.505	20,1%	31.416	15,6%	170.338	55,4%	70.781	2,9
Crispiano	TA/1	5	111,7	12.988	116,28	2.590	19,9%	1.897	14,6%	11.091	52,8%	4.347	3,0
Martina Franca	TA/1	5	295,5	48.759	165,01	10.026	20,6%	7.832	16,1%	40.927	57,8%	17.412	2,8
Martina Franca	TA/1	<b>Totale 5</b>	407,2	61.747	151,64	12.616	20,4%	9.729	15,8%	52.018	56,7%	21.759	2,8
Carosino	TA/1	6	10,8	6.066	561,67	1.299	21,4%	872	14,4%	5.194	55,7%	2.020	3,0
Faggiano	TA/1	6	20,8	3.517	169,09	724	20,6%	484	13,8%	3.033	52,3%	1.148	3,1
Grottaglie	TA/1	6	101,4	31.849	314,09	7.143	22,4%	4.391	13,8%	27.458	56,8%	10.322	3,1
Leporano	TA/1	6	15,1	5.804	384,37	1.116	19,2%	622	10,7%	5.182	42,7%	2.012	2,9
Monteiasi	TA/1	6	9,3	5.196	558,71	999	19,2%	697	13,4%	4.499	48,5%	1.695	3,1
Montemesola	TA/1	6	16,2	4.277	264,01	863	20,2%	729	17,0%	3.548	59,3%	1.465	2,9
Monteparano	TA/1	6	3,7	2.387	645,14	467	19,6%	420	17,6%	1.967	59,1%	820	2,9
Pulsano	TA/1	6	18,1	10.237	565,58	2.010	19,6%	1.369	13,4%	8.868	49,3%	3.445	3,0
Roccaforzata	TA/1	6	5,7	1.769	310,35	422	23,9%	256	14,5%	1.513	62,1%	576	3,1
San Giorgio Ionico	TA/1	6	23,5	15.627	664,98	3.457	22,1%	1.736	11,1%	13.891	49,8%	5.441	2,9
San Marzano di S.Giuseppe	TA/1	6	19,0	8.835	465,00	2.090	23,7%	1.174	13,3%	7.661	58,6%	2.724	3,2
Grottaglie	TA/1	<b>Totale 6</b>	243,6	95.564	392,30	20.590	21,5%	12.750	13,3%	82.814	53,6%	31.668	3,0
Avetrana	TA/1	7	73,2	7.294	99,64	1.618	22,2%	1.048	14,4%	6.246	57,6%	2.606	2,8
Fragagnano	TA/1	7	22,0	5.648	256,73	1.130	20,0%	900	15,9%	4.748	56,1%	1.892	3,0
Lizzano	TA/1	7	46,3	10.183	219,94	2.381	23,4%	1.301	12,8%	8.882	56,6%	3.312	3,1
Manduria	TA/1	7	178,3	31.733	177,98	6.222	19,6%	5.418	17,1%	26.315	57,9%	10.912	2,9
Maruggio	TA/1	7	48,2	5.388	111,78	1.013	18,8%	1.014	18,8%	4.374	60,3%	1.921	2,8
Sava	TA/1	7	44,0	16.130	366,59	3.411	21,1%	2.753	17,1%	13.377	61,9%	5.498	2,9
Torricella	TA/1	7	26,6	4.086	153,61	820	20,1%	699	17,1%	3.387	59,2%	1.464	2,8
Manduria	TA/1	<b>Totale 7</b>	438,6	80.462	183,45	16.595	20,6%	13.133	16,3%	67.329	58,6%	27.605	2,9
<b>REGIONE PUGLIA</b>	<b>Totale complessivo</b>		<b>19.365,8</b>	<b>4.019.500</b>	<b>207,56</b>	<b>840.864</b>	<b>20,9%</b>	<b>619.437</b>	<b>15,4%</b>	<b>3.400.063</b>	<b>57,1%</b>	<b>1.362.198</b>	<b>3,0</b>

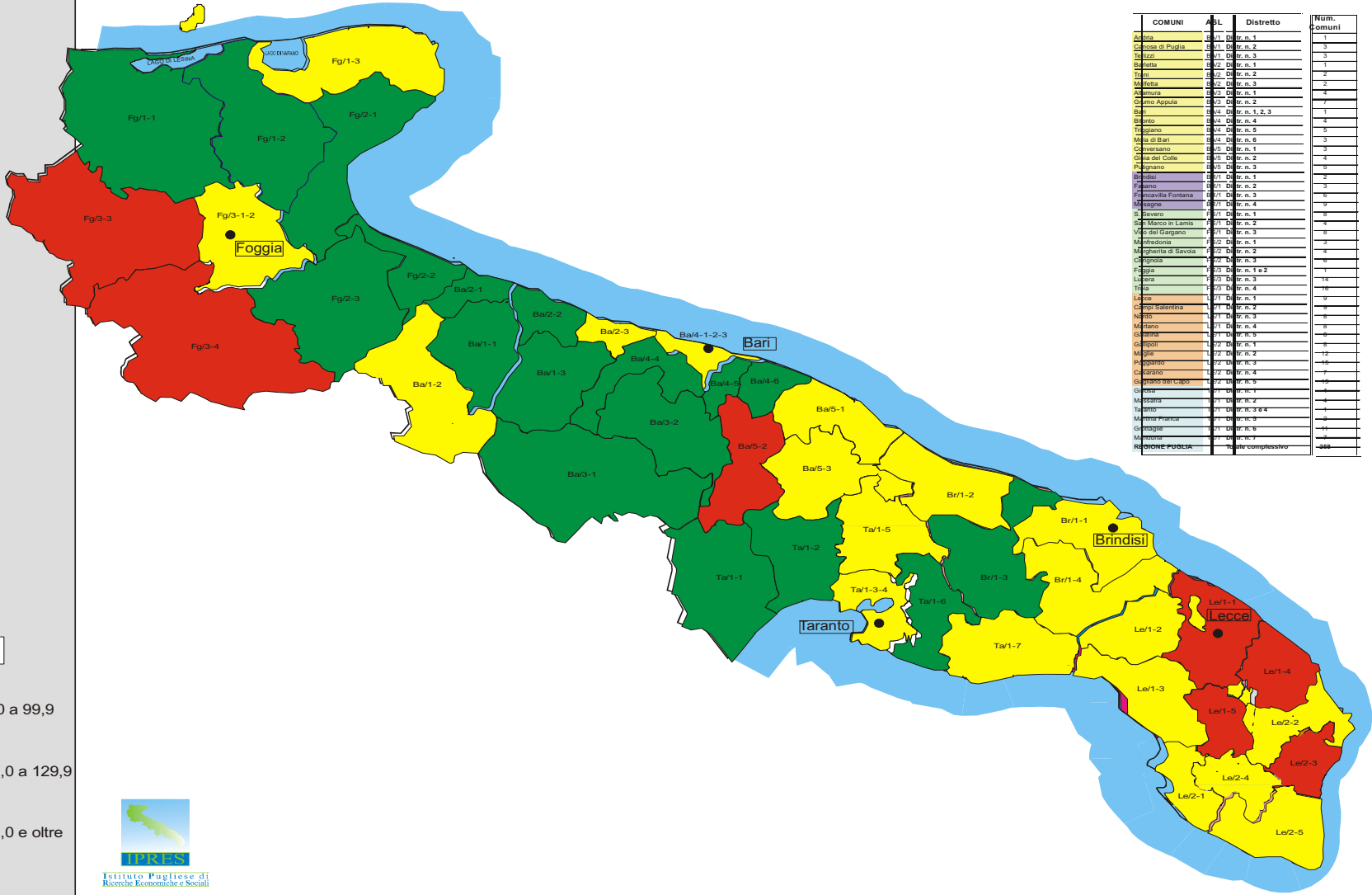
Tavola 1

Indice di vecchiaia dei residenti al 1° gennaio 2001 (valori percentuali)

Base informativa  
Piano Sociale Regionale  
2003-2005

LEGENDA

- da 60,0 a 99,9
- da 100,0 a 129,9
- da 130,0 e oltre



COMUNI	ASL	Distretto	(Num. Comuni)
Alba	8	Di. n. 1	1
Canosa di Puglia	8	Di. n. 2	3
Totip	8	Di. n. 3	3
Balettta	8	Di. n. 1	1
Trani	8	Di. n. 2	2
Molfetta	8	Di. n. 3	2
Altamura	8	Di. n. 1	1
Giorno Appula	8	Di. n. 2	1
Bari	8	Di. n. 1, 2, 3	1
Bitonto	8	Di. n. 4	1
Tiggiano	8	Di. n. 5	1
Mola di Bari	8	Di. n. 6	1
Conversano	8	Di. n. 1	1
Grottole	8	Di. n. 2	1
Pugnochiusi	8	Di. n. 3	1
Santeramo	8	Di. n. 1	1
Fasano	8	Di. n. 2	1
Francavilla Fontana	8	Di. n. 3	1
Mottola	8	Di. n. 4	1
S. Severo	8	Di. n. 1	1
S. Marco in Lamis	8	Di. n. 2	1
Viggi	8	Di. n. 3	1
Mottola	8	Di. n. 1	1
M. Margherita di Savoia	8	Di. n. 2	1
Cagnano	8	Di. n. 3	1
Foggia	8	Di. n. 1 e 2	14
Lecce	8	Di. n. 3	14
Torre	8	Di. n. 4	10
Lecce	8	Di. n. 1	1
Città Sant'Antonio	8	Di. n. 2	1
Nido	8	Di. n. 3	1
Mottola	8	Di. n. 4	1
Grottole	8	Di. n. 5	1
Castellaneta	8	Di. n. 1	1
Mottola	8	Di. n. 2	1
Mottola	8	Di. n. 3	1
Mottola	8	Di. n. 4	1
Mottola	8	Di. n. 5	1
Mottola	8	Di. n. 6	1
Mottola	8	Di. n. 7	1
Mottola	8	Di. n. 8	1
Mottola	8	Di. n. 9	1
Mottola	8	Di. n. 10	1
Mottola	8	Di. n. 11	1
Mottola	8	Di. n. 12	1
Mottola	8	Di. n. 13	1
Mottola	8	Di. n. 14	1
Mottola	8	Di. n. 15	1
Mottola	8	Di. n. 16	1
Mottola	8	Di. n. 17	1
Mottola	8	Di. n. 18	1
Mottola	8	Di. n. 19	1
Mottola	8	Di. n. 20	1
Mottola	8	Di. n. 21	1
Mottola	8	Di. n. 22	1
Mottola	8	Di. n. 23	1
Mottola	8	Di. n. 24	1
Mottola	8	Di. n. 25	1
Mottola	8	Di. n. 26	1
Mottola	8	Di. n. 27	1
Mottola	8	Di. n. 28	1
Mottola	8	Di. n. 29	1
Mottola	8	Di. n. 30	1
Mottola	8	Di. n. 31	1
Mottola	8	Di. n. 32	1
Mottola	8	Di. n. 33	1
Mottola	8	Di. n. 34	1
Mottola	8	Di. n. 35	1
Mottola	8	Di. n. 36	1
Mottola	8	Di. n. 37	1
Mottola	8	Di. n. 38	1
Mottola	8	Di. n. 39	1
Mottola	8	Di. n. 40	1
Mottola	8	Di. n. 41	1
Mottola	8	Di. n. 42	1
Mottola	8	Di. n. 43	1
Mottola	8	Di. n. 44	1
Mottola	8	Di. n. 45	1
Mottola	8	Di. n. 46	1
Mottola	8	Di. n. 47	1
Mottola	8	Di. n. 48	1
Mottola	8	Di. n. 49	1
Mottola	8	Di. n. 50	1
Mottola	8	Di. n. 51	1
Mottola	8	Di. n. 52	1
Mottola	8	Di. n. 53	1
Mottola	8	Di. n. 54	1
Mottola	8	Di. n. 55	1
Mottola	8	Di. n. 56	1
Mottola	8	Di. n. 57	1
Mottola	8	Di. n. 58	1
Mottola	8	Di. n. 59	1
Mottola	8	Di. n. 60	1
Mottola	8	Di. n. 61	1
Mottola	8	Di. n. 62	1
Mottola	8	Di. n. 63	1
Mottola	8	Di. n. 64	1
Mottola	8	Di. n. 65	1
Mottola	8	Di. n. 66	1
Mottola	8	Di. n. 67	1
Mottola	8	Di. n. 68	1
Mottola	8	Di. n. 69	1
Mottola	8	Di. n. 70	1
Mottola	8	Di. n. 71	1
Mottola	8	Di. n. 72	1
Mottola	8	Di. n. 73	1
Mottola	8	Di. n. 74	1
Mottola	8	Di. n. 75	1
Mottola	8	Di. n. 76	1
Mottola	8	Di. n. 77	1
Mottola	8	Di. n. 78	1
Mottola	8	Di. n. 79	1
Mottola	8	Di. n. 80	1
Mottola	8	Di. n. 81	1
Mottola	8	Di. n. 82	1
Mottola	8	Di. n. 83	1
Mottola	8	Di. n. 84	1
Mottola	8	Di. n. 85	1
Mottola	8	Di. n. 86	1
Mottola	8	Di. n. 87	1
Mottola	8	Di. n. 88	1
Mottola	8	Di. n. 89	1
Mottola	8	Di. n. 90	1
Mottola	8	Di. n. 91	1
Mottola	8	Di. n. 92	1
Mottola	8	Di. n. 93	1
Mottola	8	Di. n. 94	1
Mottola	8	Di. n. 95	1
Mottola	8	Di. n. 96	1
Mottola	8	Di. n. 97	1
Mottola	8	Di. n. 98	1
Mottola	8	Di. n. 99	1
Mottola	8	Di. n. 100	1
Mottola	8	Di. n. 101	1
Mottola	8	Di. n. 102	1
Mottola	8	Di. n. 103	1
Mottola	8	Di. n. 104	1
Mottola	8	Di. n. 105	1
Mottola	8	Di. n. 106	1
Mottola	8	Di. n. 107	1
Mottola	8	Di. n. 108	1
Mottola	8	Di. n. 109	1
Mottola	8	Di. n. 110	1
Mottola	8	Di. n. 111	1
Mottola	8	Di. n. 112	1
Mottola	8	Di. n. 113	1
Mottola	8	Di. n. 114	1
Mottola	8	Di. n. 115	1
Mottola	8	Di. n. 116	1
Mottola	8	Di. n. 117	1
Mottola	8	Di. n. 118	1
Mottola	8	Di. n. 119	1
Mottola	8	Di. n. 120	1
Mottola	8	Di. n. 121	1
Mottola	8	Di. n. 122	1
Mottola	8	Di. n. 123	1
Mottola	8	Di. n. 124	1
Mottola	8	Di. n. 125	1
Mottola	8	Di. n. 126	1
Mottola	8	Di. n. 127	1
Mottola	8	Di. n. 128	1
Mottola	8	Di. n. 129	1
Mottola	8	Di. n. 130	1
Mottola	8	Di. n. 131	1
Mottola	8	Di. n. 132	1
Mottola	8	Di. n. 133	1
Mottola	8	Di. n. 134	1
Mottola	8	Di. n. 135	1
Mottola	8	Di. n. 136	1
Mottola	8	Di. n. 137	1
Mottola	8	Di. n. 138	1
Mottola	8	Di. n. 139	1
Mottola	8	Di. n. 140	1
Mottola	8	Di. n. 141	1
Mottola	8	Di. n. 142	1
Mottola	8	Di. n. 143	1
Mottola	8	Di. n. 144	1
Mottola	8	Di. n. 145	1
Mottola	8	Di. n. 146	1
Mottola	8	Di. n. 147	1
Mottola	8	Di. n. 148	1
Mottola	8	Di. n. 149	1
Mottola	8	Di. n. 150	1
Mottola	8	Di. n. 151	1
Mottola	8	Di. n. 152	1
Mottola	8	Di. n. 153	1
Mottola	8	Di. n. 154	1
Mottola	8	Di. n. 155	1
Mottola	8	Di. n. 156	1
Mottola	8	Di. n. 157	1
Mottola	8	Di. n. 158	1
Mottola	8	Di. n. 159	1
Mottola	8	Di. n. 160	1
Mottola	8	Di. n. 161	1
Mottola	8	Di. n. 162	1
Mottola	8	Di. n. 163	1
Mottola	8	Di. n. 164	1
Mottola	8	Di. n. 165	1
Mottola	8	Di. n. 166	1
Mottola	8	Di. n. 167	1
Mottola	8	Di. n. 168	1
Mottola	8	Di. n. 169	1
Mottola	8	Di. n. 170	1
Mottola	8	Di. n. 171	1
Mottola	8	Di. n. 172	1
Mottola	8	Di. n. 173	1
Mottola	8	Di. n. 174	1
Mottola	8	Di. n. 175	1
Mottola	8	Di. n. 176	1
Mottola	8	Di. n. 177	1
Mottola	8	Di. n. 178	1
Mottola	8	Di. n. 179	1
Mottola	8	Di. n. 180	1
Mottola	8	Di. n. 181	1
Mottola	8	Di. n. 182	1
Mottola	8	Di. n. 183	1
Mottola	8	Di. n. 184	1
Mottola	8	Di. n. 185	1
Mottola	8	Di. n. 186	1
Mottola	8	Di. n. 187	1
Mottola	8	Di. n. 188	1
Mottola	8	Di. n. 189	1
Mottola	8	Di. n. 190	1
Mottola	8	Di. n. 191	1
Mottola	8	Di. n. 192	1
Mottola	8	Di. n. 193	1
Mottola	8	Di. n. 194	1
Mottola	8	Di. n. 195	1
Mottola	8	Di. n. 196	1
Mottola	8	Di. n. 197	1
Mottola	8	Di. n. 198	1
Mottola	8	Di. n. 199	1
Mottola	8	Di. n. 200	1
Mottola	8	Di. n. 201	1
Mottola	8	Di. n. 202	1
Mottola	8	Di. n. 203	1
Mottola	8	Di. n. 204	1
Mottola	8	Di. n. 205	1
Mottola	8	Di. n. 206	1
Mottola	8	Di. n. 207	1
Mottola	8	Di. n. 208	1
Mottola	8	Di. n. 209	1
Mottola	8	Di. n. 210	1
Mottola	8	Di. n. 211	1
Mottola	8	Di. n. 212	1
Mottola	8	Di. n. 213	1
Mottola	8	Di. n. 214	1
Mottola	8	Di. n. 215	1
Mottola	8	Di. n. 216	1
Mottola	8	Di. n. 217	1
Mottola	8	Di. n. 218	1
Mottola	8	Di. n. 219	1
Mottola	8	Di. n. 220	1
Mottola	8	Di. n. 221	1
Mottola	8	Di. n. 222	1
Mottola	8	Di. n. 223	1
Mottola	8	Di. n. 224	1
Mottola	8	Di. n. 225	1
Mottola	8	Di. n. 226	1
Mottola	8	Di. n. 227	1
Mottola	8	Di. n. 228	1
Mottola	8	Di. n. 229	1
Mottola	8	Di. n. 230	1
Mottola	8	Di. n. 231	1
Mottola	8	Di. n. 232	1
Mottola	8	Di. n. 233	1
Mottola	8	Di. n. 234	1
Mottola	8	Di. n. 235	1
Mottola	8	Di. n. 236	1
Mottola	8	Di. n. 237	1
Mottola	8	Di. n. 238	1
Mottola	8	Di. n. 239	1
Mottola	8	Di. n. 240	1
Mottola	8	Di. n. 241	1
Mottola	8	Di. n. 242	1
Mottola	8	Di. n. 243	1
Mottola	8	Di. n. 244	1
Mottola	8	Di. n. 245	1
Mottola	8	Di. n. 246	1
Mottola	8	Di. n. 247	1
Mottola	8	Di. n. 248	1
Mottola	8	Di. n. 249	1
Mottola	8	Di. n. 250	1
Mottola	8	Di. n. 251	1
Mottola	8	Di. n. 252	1
Mottola	8	Di. n. 253	1
Mottola	8	Di. n. 254	1
Mottola	8	Di. n. 255	1
Mottola	8	Di. n. 256	1
Mottola	8	Di. n. 257	1
Mottola	8	Di. n. 258	1
Mottola	8	Di. n. 259	1
Mottola	8	Di. n. 260	1
Mottola	8	Di. n. 261	1
Mottola	8	Di. n. 262	1
Mottola	8	Di. n. 263	1
Mottola	8	Di. n. 264	1
Mottola	8	Di. n. 265	1
Mottola	8	Di. n. 266	1
Mottola	8	Di. n. 267	1
Mottola	8	Di. n. 268	1
Mottola	8	Di. n. 269	1
Mottola	8	Di. n. 270	1
Mottola	8	Di. n. 271	1
Mottola	8	Di. n. 272	1
Mottola	8	Di. n. 273	1
Mottola	8	Di. n. 274	1
Mottola	8	Di. n. 275	1
Mottola	8	Di. n. 276	1
Mottola	8	Di. n. 277	1
Mottola	8	Di. n. 278	1
Mottola	8	Di. n. 279	1
Mottola	8	Di. n. 280	1
Mottola	8	Di. n. 281	1
Mottola	8	Di. n. 282	1
Mottola	8	Di. n. 283	1



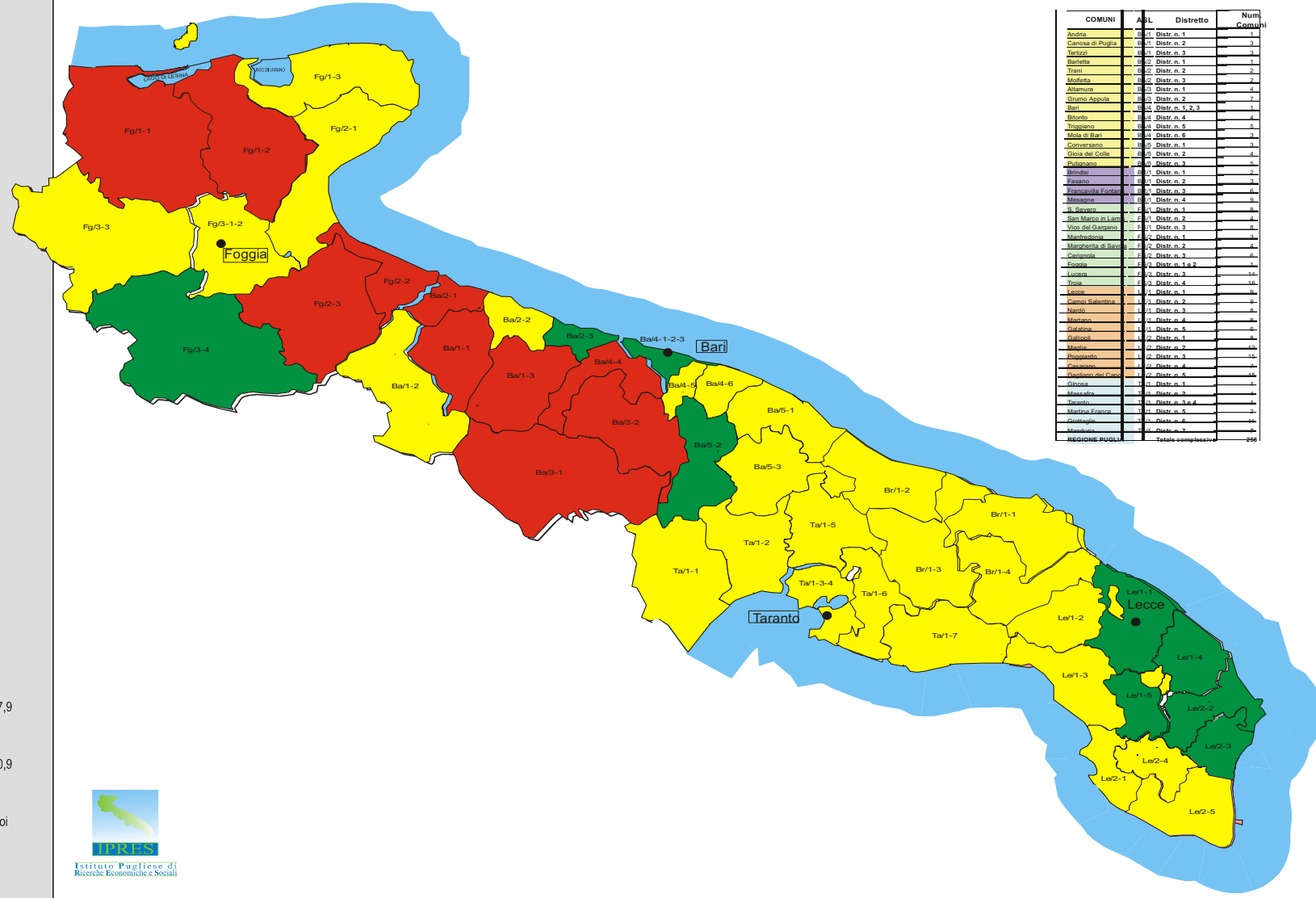
Tavola 3

Incidenza dei minori di 0-17 anni sul totale residenti al 1° gennaio 2001 (valori percentuali)

Base informativa Piano Sociale Regionale 2003-2005

LEGENDA

- da 15,0 a 17,9
- da 18,0 a 20,9
- da 21,0 in poi



COMUNI	ABT	Distretto	Num. Comuni
Andria	Ba/1	Distr. n. 1	1
Candora di Puglia	Ba/1	Distr. n. 2	1
Telicchi	Ba/1	Distr. n. 3	1
Barietta	Ba/2	Distr. n. 1	1
Trenti	Ba/2	Distr. n. 2	2
Molfetta	Ba/2	Distr. n. 3	2
Altamura	Ba/3	Distr. n. 1	4
Grano Appula	Ba/3	Distr. n. 2	7
Bari	Ba/4	Distr. n. 1, 2, 3	1
Bisogno	Ba/4	Distr. n. 4	4
Triggiano	Ba/4	Distr. n. 5	4
Mola di Bari	Ba/4	Distr. n. 6	1
Conversano	Ba/5	Distr. n. 1	1
Grottole	Ba/5	Distr. n. 2	4
Pulignano	Ba/5	Distr. n. 3	6
Spinoli	Ba/5	Distr. n. 4	2
Fasano	Ba/5	Distr. n. 5	1
Francavilla Fontana	Ba/5	Distr. n. 6	1
Mottola	Ba/5	Distr. n. 7	1
S. Severo	Ba/5	Distr. n. 8	1
San Marco in Lamis	Ba/5	Distr. n. 9	1
Vico del Gargano	Ba/5	Distr. n. 10	1
Manduria	Ba/5	Distr. n. 11	1
Margherita di Savoia	Ba/5	Distr. n. 12	1
Cerignola	Ba/5	Distr. n. 13	1
Foggia	Ba/5	Distr. n. 14, 15	1
Lecce	Le/1	Distr. n. 1	16
Torre	Le/1	Distr. n. 2	16
Lecce	Le/1	Distr. n. 3	8
Canale Santeramo	Le/1	Distr. n. 4	8
Nardò	Le/1	Distr. n. 5	8
Martano	Le/1	Distr. n. 6	8
Gallipoli	Le/1	Distr. n. 7	8
Maglie	Le/1	Distr. n. 8	16
Bogiano	Le/2	Distr. n. 1	16
Castellaneta	Le/2	Distr. n. 2	16
Polignano del Mare	Le/2	Distr. n. 3	16
Grottole	Le/2	Distr. n. 4	16
Massafra	Le/2	Distr. n. 5	16
Taranto	Le/2	Distr. n. 6, 7, 8	16
Martina Franca	Le/2	Distr. n. 9	16
Castellaneta	Le/2	Distr. n. 10	16
Mottola	Le/2	Distr. n. 11	16
<b>REGIONE PUGLIA</b>		<b>Totale complessivo</b>	<b>168</b>

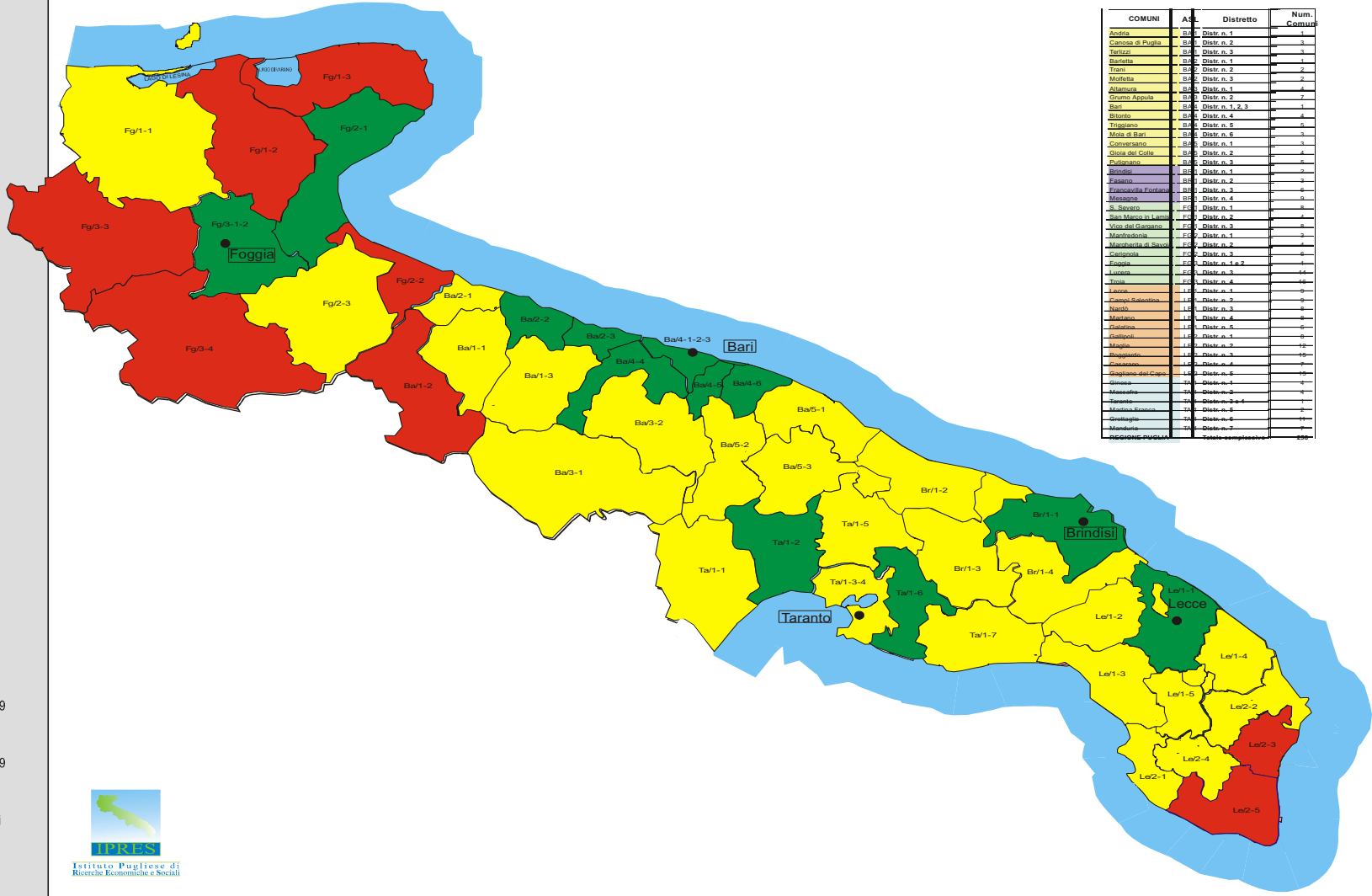
Tavola 4

Indice del carico sociale della popolazione residente al 1° gennaio 2001 (valori percentuali)

Base informativa  
Piano Sociale Regionale  
2003-2005

LEGENDA

- da 42,0 a 45,9
- da 46,0 a 50,9
- da 51,0 in poi



COMUNI	AS	Distretto	Num. Comuni
Andria	BA	Dist. n. 1	1
Canosa di Puglia	BA	Dist. n. 2	1
Terlizzi	BA	Dist. n. 3	1
Santeramo	BA	Dist. n. 1	1
Trani	BA	Dist. n. 2	1
Molfetta	BA	Dist. n. 3	1
Alimonte	BA	Dist. n. 1	1
Ciervo Appulo	BA	Dist. n. 2	1
Bari	BA	Dist. n. 1, 2, 3	1
Bitoro	BA	Dist. n. 4	1
Trignano	BA	Dist. n. 5	1
Mola di Bari	BA	Dist. n. 6	1
Conversano	BA	Dist. n. 1	1
Bitonto del Colle	BA	Dist. n. 2	1
Pulignano	BA	Dist. n. 3	1
Brindisi	BR	Dist. n. 1	1
Santeramo	BR	Dist. n. 2	1
Francavilla Fontana	BR	Dist. n. 3	1
Messagne	BR	Dist. n. 4	1
S. Stiano	FR	Dist. n. 1	1
S. Maria di Leuca	FR	Dist. n. 2	1
Vico del Gargano	FR	Dist. n. 3	1
Marone	FR	Dist. n. 1	1
Marone di Bari	FR	Dist. n. 2	1
Castiglione	FR	Dist. n. 3	1
Foggia	FG	Dist. n. 1, 2	1
Lecce	LE	Dist. n. 1	1
Torre	LE	Dist. n. 2	1
Lecce	LE	Dist. n. 1	1
Canosa Salentina	LE	Dist. n. 2	1
Nardo	LE	Dist. n. 3	1
Marone	LE	Dist. n. 4	1
Castiglione	LE	Dist. n. 5	1
Castiglione	LE	Dist. n. 6	1
Castiglione	LE	Dist. n. 7	1
Castiglione del Capo	LE	Dist. n. 8	1
Castiglione	LE	Dist. n. 9	1
Messagne	LE	Dist. n. 10	1
Taranto	TA	Dist. n. 1-4	1
Mottola	TA	Dist. n. 5	1
Castiglione	TA	Dist. n. 6	1
Mottola	TA	Dist. n. 7	1
<b>TOTALE PUGLIA</b>		<b>Totale complessivo</b>	<b>100</b>

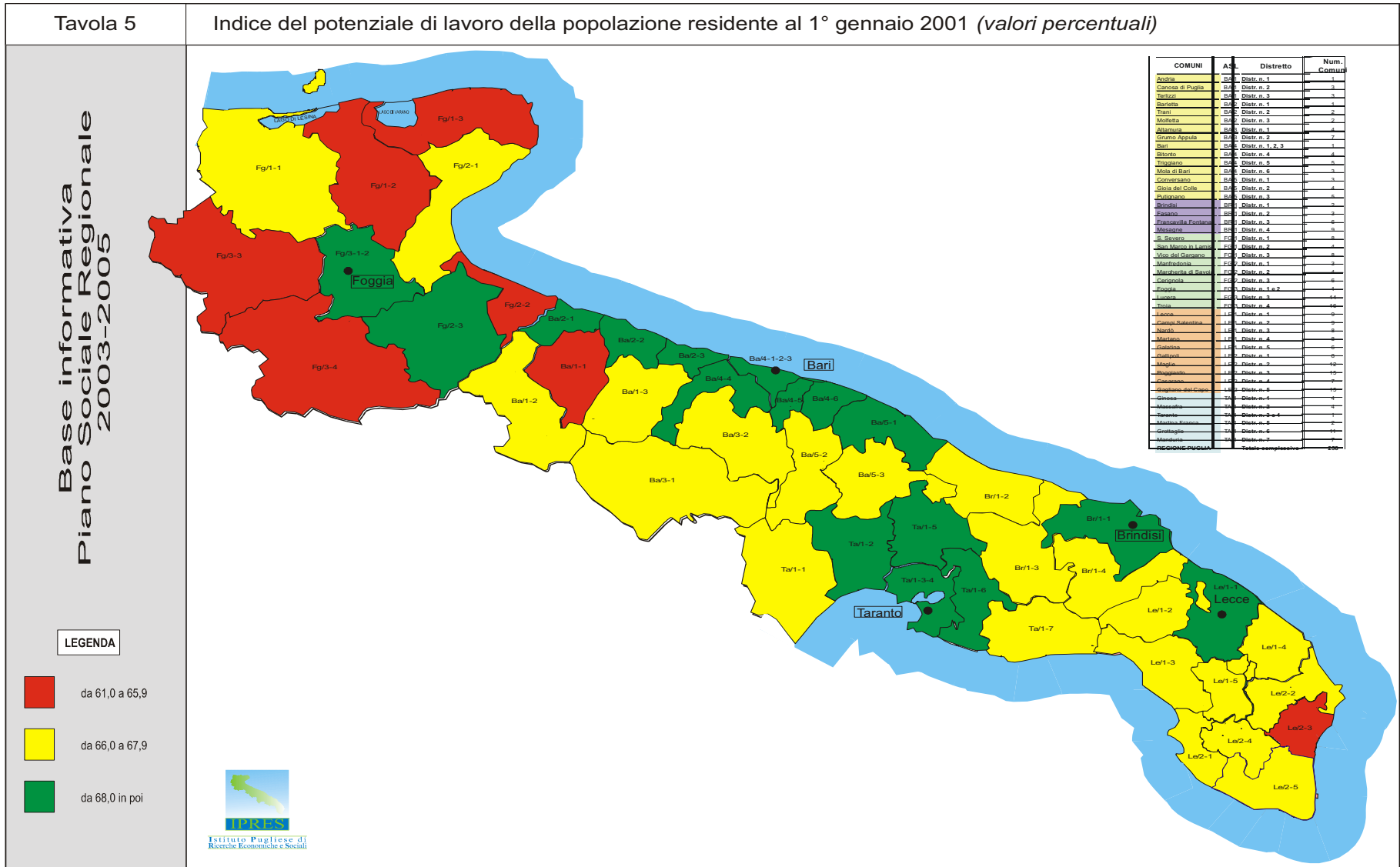


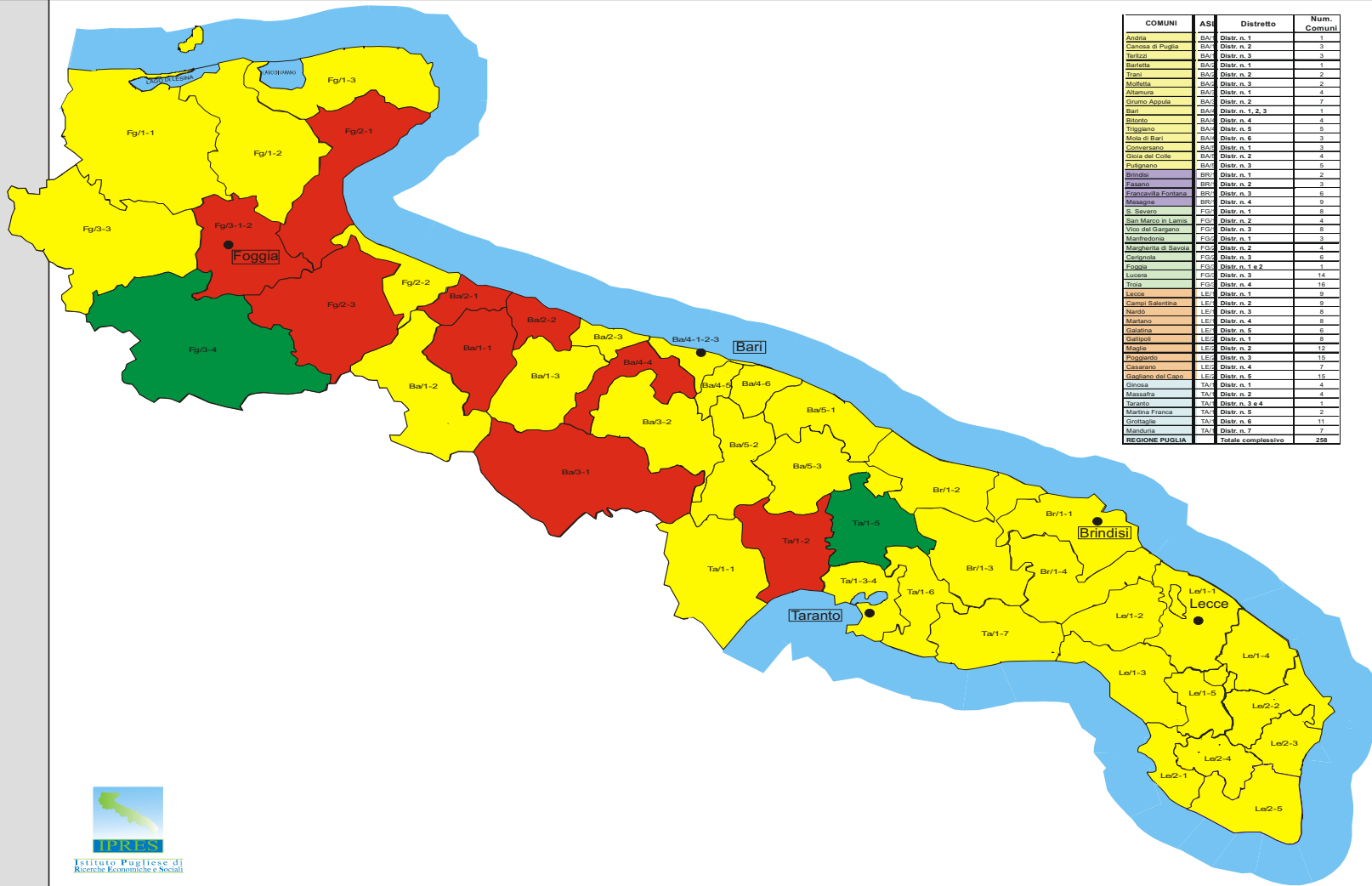
Tavola 6

Densità abitativa nei distretti sanitari al 21 ottobre 2001 (numero di residenti per abitazione occupata)

Base informativa  
Piano Sociale Regionale  
2003-2005

LEGENDA

- da 2,5 a 2,7
- da 2,8 a 3,0
- da 3,0 in poi



COMUNI	AS	Distretto	Num. Comuni
Ardore	BA	Distr. n. 1	1
Canosa di Puglia	BA	Distr. n. 2	3
Terlizzi	BA	Distr. n. 3	3
Santeramo	BA	Distr. n. 1	4
Trani	BA	Distr. n. 2	2
Mottola	BA	Distr. n. 3	2
Altamura	BA	Distr. n. 1	4
Grano Appula	BA	Distr. n. 2	7
Bari	BA	Distr. n. 1, 2, 3	1
Alimonte	BA	Distr. n. 4	4
Triggiano	BA	Distr. n. 5	5
Mola di Bari	BA	Distr. n. 6	3
Conversano	BA	Distr. n. 1	3
Ciaca del Colle	BA	Distr. n. 2	4
Pulignano	BA	Distr. n. 3	5
Brindisi	BR	Distr. n. 1	2
Canosa	BR	Distr. n. 2	3
Francavilla Fontana	BR	Distr. n. 3	6
Massagne	BR	Distr. n. 4	6
S. Severo	FG	Distr. n. 1	6
San Marco in Lamis	FG	Distr. n. 2	4
Vico del Gargano	FG	Distr. n. 3	8
Marone	FG	Distr. n. 1	3
Margherita di Savoia	FG	Distr. n. 2	4
Carmona	FG	Distr. n. 3	6
Foggia	FG	Distr. n. 1 e 2	1
Lucera	FG	Distr. n. 3	14
Troia	FG	Distr. n. 4	16
Lecce	LE	Distr. n. 1	9
Campi Salentina	LE	Distr. n. 2	9
Nardo	LE	Distr. n. 3	8
Marano	LE	Distr. n. 4	6
Galatina	LE	Distr. n. 5	6
Galipoli	LE	Distr. n. 1	8
Morano	LE	Distr. n. 2	12
Poggiardo	LE	Distr. n. 3	15
Casarano	LE	Distr. n. 4	7
Castellana Grotte	LE	Distr. n. 5	16
Ginosa	TA	Distr. n. 1	4
Massafra	TA	Distr. n. 2	4
Taranto	TA	Distr. n. 3 e 4	1
Marina Franca	TA	Distr. n. 5	2
Grottole	TA	Distr. n. 6	11
Manduria	TA	Distr. n. 7	7
REGIONE PUGLIA		Totale complessivo	258





## **Allegato B**

### **Scheda per la rilevazione della offerta dei servizi sociali nei Comuni e per le caratteristiche strutturali della popolazione- 2003**

(da allegare al Piano Sociale di Zona)\*

*\*Le tabelle saranno fornite anche in formato excel per una più agevole compilazione*

**CARATTERISTICHE STRUTTURALI DELLA POPOLAZIONE DELL'AMBITO TERRITORIALE(\*)**

(\*) I dati utilizzati per queste tabelle devono essere forniti dagli Uffici Comunali ed essere aggiornati al 31.12.2003

**Tav. 1 - Superficie territoriale e popolazione residente**

Comuni	Superficie	popolazione Residente
<b>Totale</b>	<b>0,0</b>	<b>-</b>

**Tav. 2 - Popolazione residente per sesso**

Comuni	Pop. Residente	Uomini	Donne
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Tav. 3 - Popolazione residente per classe di età**

Comuni	0-5 anni	6- 10 anni	11-14 anni	15-17 anni	18-29 anni	30-64 anni	65-74 anni	75 anni e c
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Tav. 4 - Nuclei familiari per numero componenti**

Comuni	Nuclei familiari	Num. Componenti	1 comp.	2 comp.	3 comp.	4 comp.	5 o più comp.
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Tav. 5 - Nuclei familiari monopersonali per classi di età del componente**

Comuni	18-29 anni	30-59 anni	60-64	65-69	70-74	75 e oltre
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Tav. 6 - Popolazione immigrata, immigrati minori e donne**

Comuni	Popolazione immigrata	di cui minorenni	di cui donne
<b>Totale</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**SOGGETTI EROGATORI DI SERVIZI E ALTRI ATTORI SOCIALI OPERANTI  
NELL'AMBITO TERRITORIALE**
**Tav. 7 - IPAB e Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona presenti nei Comuni**

Comuni	Denominazione IPAB	Settore di intervento	Num. Dipendenti
--------	--------------------	-----------------------	-----------------

<b>Totale</b>	-
---------------	---

**Tav. 8 - Cooperative Sociali aventi sede operativa nei Comuni**

Comuni	Cooperativa Sociale	Tipo Coop.	Settore di intervento	Num. Dipendenti
--------	---------------------	------------	-----------------------	-----------------

<b>Totale</b>	-
---------------	---

**Tav. 9 - Cooperative Sociali impegnate nella gestione di servizi per conto dei Comuni**

Comuni	Cooperativa Sociale	Tipo Coop.	Settore di intervento	Num. Dipendenti	Importo progetto affidato
--------	---------------------	------------	-----------------------	-----------------	---------------------------

<b>Totale</b>	-	€	-
---------------	---	---	---

**Tav. 10 - Realtà associative presenti nei Comuni**

Comuni	Associazioni di volontariato	Associazioni di promozione sociale	Enti di Protezione civile	Oratori	Altri soggetti
--------	------------------------------	------------------------------------	---------------------------	---------	----------------

<b>Totale</b>	0	0	0	0	0
---------------	---	---	---	---	---

Tav. 11 - Organizzazioni di volontariato per settore di intervento

Comuni	Protezione civile	Sociosanitario	Socioculturale	Socioassistenziale	Altri settori
<b>Totale</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

## DOTAZIONE DI INFRASTRUTTURE SOCIALI NELL'AMBITO TERRITORIALE

Tav. 12 - Dotazione di strutture residenziali e a ciclo diurno per minori

Comuni	Asili nido	Comunità di tipo familiare	Gruppo appartamento/comunità alloggio	Centri socioeducativi	Istituto educativo-assist.	Totale
<i>n. strutture</i>						
<i>n. posti</i>						
<i>n. utenti nel 2003</i>						

Tav. 13 - Dotazione di strutture residenziali e a ciclo diurno per minori per proprietà

Proprietà	Asili nido	Comunità di tipo familiare	Gruppo appartamento/comunità alloggio	Centri socioeducativi	Istituto educativo-assist.	Totale
pubblica						
privata						
enti religiosi						
IPAB						
<b>Totale</b>						

Tav. 14 - Dotazione di strutture residenziali e a ciclo diurno per disabili

Comuni	Centro di aggregazione sociale	Centro diurno socio-educativo	Comunità di tipo familiare	Gruppo appartamento/comunità alloggio	Altre strutture	Totale
<i>n. strutture</i>						
<i>n. posti</i>						
<i>n. utenti nel 2003</i>						

Tav. 15 - Dotazione di strutture residenziali e a ciclo diurno per disabili per proprietà

Proprietà	Centro di aggregazione sociale	Centro diurno socio-educativo	Comunità di tipo familiare	Gruppo appartamento/comunità alloggio	Altre strutture	Totale
pubblica						
privata						
enti religiosi						
IPAB						
<b>Totale</b>						

Tav. 16 - Dotazione di strutture residenziali e a ciclo diurno per anziani

Comuni	Centro aperto polivalente	Gruppo appartamento/comunità alloggio	Casa albergo privata	Casa Protetta	Casa di riposo	Totale
<i>n. strutture</i>						
<i>n. posti</i>						
<i>n. utenti nel 2003</i>						

Tav. 17 - Dotazione di strutture residenziali e a ciclo diurno per anziani per proprietà

Proprietà	Centro aperto polivalente	Gruppo appartamento /comunità alloggio	Casa albergo privata	Casa Protetta	Casa di riposo	Totale
pubblica						
privata						
enti religiosi						
IPAB						
<b>Totale</b>						

Tav. 18 - Dotazione di altre strutture residenziali

Comuni	Comunità di pronta accoglienza per abusati e maltratt.	Centro di accoglienza per adulti in difficoltà	Mensa	Centri polivalenti	Strutture per madri nubili con figli	Totale
			<i>n. strutture</i>			
			<i>n. posti</i>			
			<i>n. utenti nel 2003</i>			

Scheda E/1 Analisi bisogno e domanda

REGIONE PUGLIA  
SETTORE SERVIZI SOCIALI

TAVOLA INDICATORI PER L'ANALISI DI DOMANDA E DI BISOGNO SOCIALE NEI COMUNI

<b>Comune</b>	<b>Cod ISTAT</b>
<b>Ambito Territoriale</b>	<b>Provincia</b>

A	Responsabilità familiari	1° INDICATORE DI BISOGNO	2° INDICATORE DI BISOGNO	1° INDICATORE DI DOMANDA	2° INDICATORE DI DOMANDA
A1	Servizi e attività di consulenza familiare				
A2	Servizi e attività di mediazione familiare				
A3	Servizio per l'affido adulti				
A4	Attività in casi di abuso				
A5	Attività di sostegno alla genitorialità				
A6	Sostegno economico				
A6	Comunità alloggio/gruppo appartamento per madri con figli				
A7	Casa rifugio per donne vittime di violenza				
A8	Altri servizi o prestazioni residenziali				
A9	Contributi economici per strutture semi-residenziali				
A10	Contributi economici per strutture residenziali				
A11	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare				
A12	Contributi economici in forma indiretta				
A13	Lsu – Lavori socialmente utili				
A14	LPU – Lavori di Pubblica Utilità				
A15	Borse Lavoro				
A16	Orientamento				

Scheda E/2 Analisi dell'offerta di servizi e delle attività sociali realizzate

REGIONE PUGLIA  
SETTORE SERVIZI SOCIALI

TAVOLA INDICATORI PER L'ANALISI DELL'OFFERTA DI SERVIZI E DELLE ATTIVITA' SOCIALI REALIZZATE

<b>Comune</b>	<b>Cod ISTAT</b>
<b>Ambito Territoriale</b>	<b>Provincia</b>

A	Responsabilità familiari	1° INDICATORE DI OFFERTA EROGATA	2° INDICATORE DI OFFERTA EROGATA	1° INDICATORE DI ATTIVITA' REALIZZATA	2° INDICATORE DI ATTIVITA' REALIZZATA
A1	Servizi e attività di consulenza familiare				
A2	Servizi e attività di mediazione familiare				
A3	Servizio per l'affido adulti				
A4	Attività in casi di abuso				
A5	Attività di sostegno alla genitorialità				
A6	Sostegno economico				
A6	Comunità alloggio/gruppo appartamento per madri con figli				
A7	Casa rifugio per donne vittime di violenza				
A8	Altri servizi o prestazioni residenziali				
A9	Contributi economici per strutture semi-residenziali				
A10	Contributi economici per strutture residenziali				
A11	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare				
A12	Contributi economici in forma indiretta				
A13	Lsu – Lavori socialmente utili				
A14	LPU – Lavori di Pubblica Utilità				
A15	Borse Lavoro				
A16	Orientamento				



Scheda E/3 Indicatori di risultato

REGIONE PUGLIA  
SETTORE SERVIZI SOCIALI

TAVOLA INDICATORI PER L'ANALISI DEI RISULTATI

<i>Comune</i>	<i>Cod ISTAT</i>
<i>Ambito Territoriale</i>	<i>Provincia</i>

	Responsabilità familiari	1° INDICATORE DI RISULTATO	2° INDICATORE DI RISULTATO	3° INDICATORE DI RISULTATO
A1	Servizi e attività di consulenza familiare			
A2	Servizi e attività di mediazione familiare			
A3	Servizio per l'affido adulti			
A4	Attività in casi di abuso			
A5	Attività di sostegno alla genitorialità			
A6	Sostegno economico			
A6	Comunità alloggio/gruppo appartamento per madri con figli			
A7	Casa rifugio per donne vittime di violenza			
A8	Altri servizi o prestazioni residenziali			
A9	Contributi economici per strutture semi-residenziali			
A10	Contributi economici per strutture residenziali			
A11	Contributi economici diretti ad integrazione del reddito familiare			
A12	Contributi economici in forma indiretta			
A13	Lsu – Lavori socialmente utili			
A14	LPU – Lavori di Pubblica Utilità			
A15	Borse Lavoro			
A16	Orientamento			

**Nota:** dovranno essere allegati ai Piani Sociali di Zona (Cap. I) anche le tavole relative all'analisi della domanda e dell'offerta, nonché degli eventuali risultati misurabili, connessi alle diverse aree prioritarie di intervento e alle tipologie di servizi. Sono riportati sopra, a titolo esemplificativo, i prospetti da compilare per la rilevazione degli indicatori solo per una area prioritaria. Nel file excel che sarà fornito su supporto digitale sono presenti i prospetti completi e la legenda degli indicatori (set minimo) che tutti i Comuni di uno stesso ambito territoriale dovranno utilizzare, laddove i dati siano disponibili o facilmente rilevabili.

Gli stessi indicatori dovranno essere utilizzati anche per la elaborazione delle schede di progetto per gli interventi e servizi previsti nel Piano Sociale di Zona per il triennio di riferimento, nella logica di condurre una valutazione ex ante degli stessi progetti che possa poi essere raffrontata con i dati del monitoraggio in itinere e la valutazione ex post che con gli stessi indicatori sarà possibile nel corso della attuazione del Piano Sociale di Zona.

In ciascun ambito territoriale i Comuni potranno considerare anche altri indicatori oltre quelli definiti a livello regionale, purchè siano considerati prioritariamente quelli regionali per le sole ragioni di omogeneità e comparabilità dei dati su base provinciale e regionale che rappresentano una condizione indispensabile per la costituzione di una base informativa articolata e completa sul sistema sociale pugliese.

**Allegato C - L'accordo di programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona**

## ALLEGATO AL PIANO REGIONALE DELLE POLITICHE SOCIALI

### Schema di Accordo di Programma

---

#### ACCORDO DI PROGRAMMA

per l'adozione del primo Piano Sociale di Zona (2004-2006) e per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali attraverso la gestione associata delle funzioni amministrative e dei servizi socioassistenziali.

#### AMBITO TERRITORIALE:

---

**ACCORDO EX ART. 9 L.R. 25 agosto 2003, n.17**  
**ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n.267**

L'anno **2004** (duemilaquattro) addì \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, nella sala delle adunanze del Comune di \_\_\_\_\_ sono presenti i seguenti **Soggetti sottoscrittori**:

- l'Amministrazione Comunale di \_\_\_\_\_, rappresentata dal Sindaco, \_\_\_\_\_
- l'Amministrazione Comunale di \_\_\_\_\_, rappresentata dal Sindaco, \_\_\_\_\_
- l'Amministrazione Comunale di \_\_\_\_\_, rappresentata dal Sindaco, \_\_\_\_\_
- l'Azienda Unità Sanitaria Locale \_\_\_\_\_, rappresentata dal Direttore Generale, \_\_\_\_\_

(eventualmente:

- la Provincia di \_\_\_\_\_, rappresentata da \_\_\_\_\_;  
(laddove assume la responsabilità di coordinamento ovvero di gestione di alcuni servizi su un territorio sovra-ambito, o ancora compiti di gestione di alcuni servizi per delega da parte dei Comuni)
- l'Azienda Pubblica di Servizi alla persona rappresentata da \_\_\_\_\_  
(laddove presente, ovvero la IPAB nelle more della approvazione del D. Lgs. n. 207/2001)

**PREMESSO**

- che la Regione Puglia ha approvato la **Legge Regionale n.17 del 25.08.2003** (pubblicata sul B.U.R.P. n.99 del 29.08.2003) "**Sistema integrato d'interventi e servizi sociali in Puglia**", al fine di programmare e realizzare sul territorio un sistema integrato di interventi e servizi sociali, a garanzia della qualità della vita e dei diritti di cittadinanza, secondo i principi della Costituzione, come riformata dalla Legge Costituzionale n.3 del 18.10.2001 e dalla Legge n. 328 dell'8.11.2000;
- che la **Legge Quadro n. 328 dell'08.11.2000**, diretta alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, individua, secondo i principi della responsabilizzazione, della sussidiarietà e della partecipazione, il "**Piano di Zona**" per gli interventi sociali e socio-sanitari come uno strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore socio-sanitario, con riferimento, in special modo, alla capacità dei vari attori, istituzionali e sociali, di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un **sistema a rete** dei servizi socio-sanitari sul territorio di riferimento, definito **ambito territoriale**;
- che con la deliberazione n.\_\_\_\_ del\_\_\_\_\_ la Giunta Regionale, in attuazione della L.R. n.17/2003, ha approvato il **Piano Regionale delle Politiche Sociali (PRPS)**;
- che la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali si attua attraverso la rilevazione dei bisogni, la programmazione degli interventi, l'impiego delle risorse in relazione alle priorità e alla valutazione dei risultati, l'integrazione con gli interventi sanitari, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale, dell'avviamento e reinserimento al lavoro, dell'ambiente, della cultura, del tempo libero, dei trasporti e delle comunicazioni, di tutti i servizi socioassistenziali di cui è prevista la realizzazione nel Piano Regionale delle Politiche Sociali;
- che la Regione Puglia, attraverso lo strumento del Piano Regionale delle Politiche Sociali (PRPS), esercita, ai sensi dell'art. 3 della L.R. n.17/2003 e, in conformità a quanto previsto dall'art.8 della L. n.328/2000, le funzioni amministrative di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali ed è istituzionalmente preposta ad indicare gli "obiettivi generali di detta programmazione economico-sociale e territoriale, e su questa base a ripartire le risorse destinate al finanziamento del programma di investimenti degli enti locali";
- che la Regione Puglia ha determinato con il Piano Regionale delle Politiche Sociali, come da art. 8 della L.R. n.17/2003, gli ambiti territoriali, le modalità e gli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, prevedendo incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali, di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie;

- che alle Province spettano tutte le funzioni amministrative, nel campo delle politiche sociali, indicate dall'art.19 del D. Lgs. n.267 del 18.08.2000, secondo le modalità definite dalla Regione, negli artt. 11 e 14 della L.R. n.17/2003;
- che ai Comuni spettano tutte le funzioni amministrative che riguardano la popolazione ed il territorio comunale, precipuamente nei settori organici dei servizi alla persona e alla comunità;
- che i Comuni, nell'esercizio delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali a livello locale così come previsto dall'art.13, 1° c., del D. Lgs. n.267 del 18.08.2000, adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, così come previsto dall'art. 13 della L.R. n.17/2003;
- che l'art.1 del D. Lgs. n.502 del 30.12.1992, sostituito dall'art.1 del D. Lgs. n.229 del 19.06.1999, stabilisce che “la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal D. Lgs. n.112 del 31.03.1998, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto”;
- che l'art. 10 della L. R. n. 17/2003 indica nel Piano Sociale di Zona lo strumento con cui vengono definiti la programmazione degli interventi sociosanitari integrati ed i modelli organizzativi e gestionali, sulla base delle indicazioni del Piano Regionale delle Politiche Sociali e del Piano Sanitario Regionale;
- che la Regione Puglia, attraverso le Aziende Unità Sanitarie Locali, assicura i livelli essenziali di assistenza di cui all'art.1 del D. Lgs. n.502 del 30.12.1992, sostituito dall'art.1 del D. Lgs. n.229 del 19.06.1999;
- che l'Azienda Unità Sanitaria Locale, ai sensi dell'art.3 del D. Lgs. n.502 del 30.12.1992, sostituito dall'art.3 del D. Lgs. n.229 del 19.06.1999, in funzione del perseguimento dei suoi fini istituzionali, è costituita in azienda con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, con organizzazione e funzionamento disciplinati con atto aziendale di diritto privato;

## VISTO

*(Descrivere le tappe principali del percorso che ha portato alla costituzione dell'ambito territoriale sociale, alla individuazione del Comune Capofila ed alla attivazione della concertazione per la stesura del Piano Sociale di Zona, specificando anche gli eventuali atti formali - verbali del Coordinamento Istituzionale, Protocolli*

*di intesa, ed altri - assunti durante il percorso, con particolare riferimento ai seguenti punti:*

- a) l'attivazione di organismi politici (Coordinamento Istituzionale) e tecnici (Tavolo di concertazione per la programmazione partecipata, Ufficio di Piano), a livello di ambito distrettuale, per l'elaborazione e la gestione del Piano di Zona;*
- b) l'individuazione dei soggetti chiamati al percorso di programmazione del Piano di Zona;*
- c) l'attivazione della rete dei soggetti chiamati alla gestione integrata degli interventi e dei servizi, per la condivisione delle modalità di gestione e dei criteri di scelta dei soggetti erogatori.)*

### CONSIDERATO

- che è necessario, per i soggetti sottoscrittori del presente Accordo, facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi socio-sanitari, abbattendo gli ostacoli che gli utenti incontrano lungo i percorsi burocratici, promuovendo politiche finalizzate a conseguire risultati di efficienza e di efficacia dei relativi procedimenti amministrativi, attraverso la definizione di un Piano di Zona, così come previsto dall'art.9 della L.R. n.17/2003;
- che, al fine di favorire la necessaria solidarietà, cooperazione e concertazione tra gli Enti Locali per realizzare un sistema integrato di interventi e servizi sociali, è stato sottoscritto in data \_\_\_\_\_ un Protocollo d'Intesa tra i Comuni dell'Ambito Territoriale di \_\_\_\_\_, appartenenti allo stesso distretto socio-sanitario n. \_\_\_\_ A.U.S.L. \_\_\_\_\_, il quale si allega al presente atto sotto la lettera "A" per costituirne parte integrante e sostanziale;
- che il Coordinamento Istituzionale ha assunto delle decisioni in merito alla programmazione delle politiche sociali nell'ambito territoriale e che il Tavolo Tecnico per la stesura del Piano Sociale di Zona ha formulato specifiche proposte di intervento, contenute nello stesso Piano Sociale di Zona, il quale si allega al presente atto sotto la lettera "B" per costituirne parte integrante e sostanziale;
- che è stata convocata, ex art.34 del D. Lgs. n.267/200, la Conferenza di servizi, il cui verbale si abbia qui per integralmente riportato e trascritto, costituendo parte integrante del presente atto;
- che è stato sottoscritto un protocollo di intesa con tutti i soggetti aderenti al presente Accordo di Programma, che approvano i contenuti dell'allegato Piano Sociale di Zona, il quale si allega al presente atto sotto la lettera "C" per costituirne parte integrante e sostanziale;

**TUTTO CIO' PREMESSO, VISTO E CONSIDERATO  
I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI:**



La premessa è parte integrante dell'Accordo di Programma.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano di Zona dei servizi socio-sanitari da parte delle Amministrazioni che aderiscono al presente Accordo di Programma e, più in generale, di tutte le Amministrazioni che hanno competenza in tema di servizi socio-sanitari, nonché per la coerente ed efficace conduzione del Piano di Zona stesso e per l'attuazione ed il costante miglioramento delle attività e dei servizi previsti dalla Legge n.328/2000 e dalla l. R. n. 17/2003.

I Comuni e gli altri firmatari del presente accordo si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano di Zona allegato secondo la parte a ciascuno di essi attribuita e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano a seguire il criterio della massima diligenza per superare eventuali difficoltà ed imprevisti sopraggiunti con riferimento anche alle attività propedeutiche alla fase esecutiva dei programmi prestabiliti nel Piano di Zona.

### **Art.2 - Finalità**

Il presente Accordo di Programma si propone:

- a) di adottare il primo Piano Sociale di Zona (2004-2006), che si allega al presente atto sotto la lettera "**B**" per costituirne parte integrante e sostanziale, per l'attuazione di un **sistema locale** di intervento sociale, fondato su servizi e prestazioni sociali e assistenziali e socio-sanitari, integrati e flessibili, da realizzare in modo organico e coordinato;
- b) di promuovere la partecipazione di tutti i soggetti pubblici, privati e del privato sociale, le organizzazioni sindacali, le associazioni sociali, di famiglie e di tutela degli utenti;
- c) di promuovere una gestione, **in forma associata**, e delle funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali da realizzare sul territorio di competenza, e dei servizi socio-assistenziali;
- d) di promuovere e realizzare, nell'ambito territoriale di riferimento, come determinato dalla Regione, una **gestione unitaria** del sistema locale integrato di interventi e servizi sociali, attraverso la condivisione del sistema di regole per l'organizzazione dei servizi e l'accesso degli utenti, la condivisione delle risorse economiche, professionali e strutturali, nonché delle procedure di gestione amministrativa e contabile, di monitoraggio e di rendicontazione;
- e) di regolare compiutamente l'esercizio associato di alcuni servizi, individuando per ognuno il soggetto tecnico gestore e il soggetto amministrativo responsabile della gestione, nonché le modalità di suddivisione dei costi e le modalità di compartecipazione dei cittadini interessati a tali servizi;
- f) di realizzare, di concerto con l'Azienda Unità Sanitaria Locale \_\_\_\_\_, la piena integrazione tra i Servizi sociali comunali e i Servizi sociali e sanitari della AUSL.

### **Art.3 - Oggetto**

Il presente Accordo di Programma, il quale rappresenta l'atto politico con cui i diversi attori fanno proprio il Piano di Zona, ha per oggetto:

- a) la compiuta definizione dei reciproci rapporti fra i soggetti Istituzionali coinvolti nell'attuazione dei servizi e degli interventi previsti nel Piano di Zona 2004-2006;





Intervento/ servizio	Importo finanziario e durata	Soggetto Responsabile per la Gestione	Modalità di gestione

A supporto della gestione unitaria dei servizi le predette componenti istituzionali si impegnano ad adottare, entro 180 giorni dalla sottoscrizione del presente accordo, i seguenti strumenti prioritari:

Disciplinare per il funzionamento del Coordinamento Istituzionale;

Regolamento di funzionamento dell'Ufficio di Piano;

Regolamento Unico per l'accesso alle prestazioni socio-assistenziali e sociosanitarie;

Regolamento ISEE e per la compartecipazione al costo delle prestazioni;

Regolamento Contabile;

Regolamento per l'affidamento di servizi a soggetti terzi;

Schemi di bando e procedure di evidenza pubblica per l'affidamento di servizi a soggetti terzi;

Carta dei Servizi per le principali tipologie di servizi;

Porta Unica di Accesso ai Servizi.

*(altri eventuali strumenti)*

#### **Art.6 - I soggetti**

I Soggetti sottoscrittori del presente Accordo di Programma sono soggetti aventi natura pubblica i quali assumono precisi impegni, anche di carattere finanziario, per la realizzazione del Piano di Zona.

I Soggetti aderenti alle finalità ed agli obiettivi specifici dell'Accordo di Programma, potranno essere i soggetti pubblici (*istituzioni scolastiche, centri per la giustizia minorile, ad esempio*) o privati (*imprese sociali, organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, istituzioni religiose, oratori, organizzazioni sindacali, ad esempio*) che concorrono alla realizzazione degli interventi previsti attraverso la sottoscrizione di un atto aggiuntivo che costituisce parte integrante del presente Accordo di Programma (*Protocollo d'Intesa ovvero Verbale di chiusura dei lavori del Tavolo della Concertazione*).

Tutti i soggetti, comunque, condividono e sostengono le finalità, gli obiettivi strategici e le linee di intervento del Piano Sociale di Zona, e si impegnano a concorrere per i diversi ruoli alla realizzazione di attività di supporto, al monitoraggio ed al controllo della qualità dell'offerta dei servizi sociali.

#### **Art.7 - Comune capofila**

Il Comune di \_\_\_\_\_, in quanto sede del Distretto socio-sanitario nr. \_\_\_\_\_ A.U.S.L. \_\_\_\_\_, viene individuato quale Comune capofila dell'ambito territoriale come determinato dalla Regione Puglia, per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi socio-assistenziali.

**Art.8 - Impegno dei Soggetti sottoscrittori**

L'attuazione del contenuto del presente Accordo avviene ad opera dei singoli soggetti firmatari i quali si impegnano espressamente a svolgere i compiti loro affidati secondo le modalità previste dall'accordo stesso e da quanto specificato nell'allegato Piano di Zona e negli aggiornamenti successivi.

Per quanto riguarda il Piano di Zona, i sottoscritti Enti assumono gli impegni sottoindicati, che riassumono sinteticamente le concrete modalità di attuazione del medesimo per il triennio 2004-2006: *(indicare sia il contenuto dell'impegno che il relativo apporto di risorse umane e finanziarie)*

ENTE	RISORSE UMANE	RISORSE FINANZIARIE

Le Parti che sottoscrivono il presente accordo si impegnano, assumendo i relativi impegni sul piano economico-finanziario, a:

- a. realizzare, nell'ambito territoriale di competenza, gli interventi approvati nel Piano di Zona, nel rispetto delle modalità e dei criteri definiti dal Piano stesso, secondo quanto specificato all'art. 5;
- b. avviare gli interventi sottoscritti dando atto che, in caso contrario, i fondi degli interventi e servizi che eventualmente non dovessero essere avviati verranno riutilizzati per altri progetti nello stesso territorio di riferimento;
- c. a realizzare l'integrazione sociosanitaria, nei modi, nei tempi e per i servizi specificati nel Piano di Zona;
- d. a realizzare la Porta Unica di Accesso alla rete dei servizi sociali e sociosanitari di ambito, per l'attuazione dell'accoglienza e orientamento dell'utente e la realizzazione della integrazione sociosanitaria, a partire dalla formulazione delle risposte da fornire ai bisogni degli utenti;
- e. a garantire la realizzazione, nell'ambito, dei servizi afferenti ai livelli essenziali di assistenza individuati dalla Regione Puglia per l'area sociale e per l'area sociosanitaria;
- f. a definire le modalità per effettuare la valutazione dei casi, la presa in carico e il relativo monitoraggio.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ si impegna a garantire la gestione dei servizi programmati nell'area sociosanitaria, delegati dai Comuni, ed a rispettare, per quanto di propria competenza, gli obblighi derivanti dall'integrazione socio-sanitaria, nonché a partecipare ai progetti indicati nel Piano.

I Comuni assumono l'impegno di seguire l'esecuzione degli interventi di propria competenza, curandone gli aspetti operativi di realizzazione e provvedendo alla eventuale stipula di apposite convenzioni con le organizzazioni non lucrative di utilità sociale coinvolte nell'attuazione degli stessi. Inoltre provvedono ad assicurare l'attività amministrativa-contabile di gestione dei progetti nonché l'attività di rendicontazione della spesa sostenuta, nei termini che verranno definiti dalla Regione Puglia.

#### **Art.9 - Gestione associata delle funzioni e dei servizi**

I Comuni di \_\_\_\_\_, cui è riservata la titolarità delle funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali da realizzare sul territorio di competenza, al fine di realizzare un efficiente sistema delle autonomie locali per la costruzione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, convengono di esercitare una gestione associata delle predette funzioni, nella forma di **Associazione tra Comuni**, da formalizzare mediante **Convenzione** entro e non oltre il termine di giorni **60 (sessanta)** dalla sottoscrizione dell'Accordo di Programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona.

Tale forma associativa resta in essere per un arco temporale non inferiore al primo anno di attuazione del Piano Sociale di Zona, nelle more di una più approfondita valutazione delle forme di gestione associata dei servizi all'interno dell'ambito territoriale.

Lo strumento di accordo, individuato nella **Convenzione**, definirà ruoli, funzioni e compiti del Comune capofila e degli altri Comuni aderenti, nonché la distribuzione delle responsabilità e la definizione della forma di gestione dei servizi previsti nel Piano Sociale di Zona, con il riparto delle corrispondenti risorse economiche.

Entro il medesimo termine (60 giorni dalla sottoscrizione dell'accordo) le parti si impegnano a sottoscrivere idonee Convenzioni/Protocolli operativi per la definizione dei reciproci impegni connessi all'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.

#### **Art.10 - Responsabilità**

Nella determinazione degli impegni che vengono assunti con il presente Accordo di Programma, per gli effetti che da essi derivano per il cittadino utente, vengono individuati due livelli di responsabilità:

- a) il primo livello, di carattere istituzionale, identificato per la parte sociale nel Sindaco del Comune di appartenenza dell'utente e per la parte sanitaria nel Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale;
- b) il secondo livello, di carattere organizzativo/gestionale, identificato nel responsabile della struttura organizzativa (del Comune o della AUSL) incaricata di concludere il procedimento, ovvero nell'operatore investito della conduzione del caso ovvero dell'intervento, comunicato al cittadino.

## **PARTE TERZA**

### ***Aspetti organizzativo-gestionali***

#### **Art.11 - Coordinamento Istituzionale**

Il Coordinamento Istituzionale dei rappresentanti legali dei soggetti firmatari è organismo politico-istituzionale istituito per l'esame delle problematiche concernenti la funzione di indirizzo programmatico e di controllo della gestione del Piano di Zona. Il Coordinamento procede alla definizione di Accordi di Programma o Convenzioni con altri enti.

Il Coordinamento è convocato dal legale rappresentante dell'Ente capofila almeno due volte l'anno e, comunque, quando ne facciano richiesta almeno un terzo dei suoi componenti. Per la validità della seduta è richiesta la presenza della metà più uno dei componenti e le decisioni sono assunte con il voto favorevole della maggioranza assoluta dei presenti.

Il Coordinamento Istituzionale adotta un proprio disciplinare interno per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni assegnate.

#### **Art.12 - Funzioni del Coordinamento Istituzionale**

Il Coordinamento Istituzionale svolge funzioni di indirizzo e di controllo politico-amministrativo.

In particolare:

- individua le strategie di politica sociale;
- definisce compiti, funzione e composizione dell'Ufficio di Piano e ne individua il responsabile;
- coordina l'attività di programmazione;
- promuove i processi di integrazione e di partecipazione;
- verifica la corrispondenza dell'attività gestionale con le finalità di cui al Piano di Zona;
- definisce le procedure che devono essere applicate uniformemente dai Comuni, nonché le dotazioni tecnologiche di cui gli stessi devono essere dotati per l'attuazione del Piano;
- rilascia pareri consultivi agli organi politici circa le materie oggetto dell'Accordo di Programma;
- adotta regolamenti ed atti relativi alla gestione in forma associata di servizi.

Il Coordinamento Istituzionale predispone, altresì, periodicamente relazioni sull'attività svolta e piani di lavoro per l'attività del Piano di Zona nel periodo successivo, in cui sono operativamente tradotti il complesso degli obiettivi e degli indirizzi stabiliti dagli enti aderenti, nonché fornite proposte ed indicazioni di carattere programmatico.

#### **Art.13 - Assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano**

La dotazione organica del personale dell'Ufficio di Piano comprende l'insieme dei posti a tempo pieno e a tempo parziale, distinti per categorie e per profili professionali. Nella definizione dell'assetto organizzativo dell'Ufficio di Piano le amministrazioni interessate si impegnano ad individuare in modo puntuale l'apporto

stabile e continuativo in termini di risorse umane, espresso in giornate/uomo oppure in ore/uomo, per il funzionamento dell'Ufficio di Piano, ovvero delle risorse economiche necessarie per le risorse umane acquisite dall'esterno.

La composizione dell'Ufficio e le eventuali variazioni alla dotazione organica del personale sono oggetto del Regolamento per il funzionamento dell'Ufficio di Piano deliberato dal Coordinamento Istituzionale.

Il regolamento definisce la responsabilità funzionale ed organizzativa del Responsabile dell'Ufficio di Piano nei confronti del personale addetto, ferma restando la dipendenza amministrativa e i vincoli dello stato giuridico propri di ogni Amministrazione di riferimento.

#### **Art.14 - Competenze Ufficio di Piano**

L'Ufficio di Piano, struttura di coordinamento intercomunale a natura tecnico-amministrativa, avrà le seguenti competenze:

- a) predisporre gli atti per l'organizzazione dei servizi e per l'eventuale affidamento di essi ai sensi della legge regionale;
- b) provvedere alla gestione dell'Ufficio medesimo e all'erogazione delle somme destinate al finanziamento dei soggetti che gestiscono i servizi (Comuni, privato sociale, privati che agiscono in regime di convenzione);
- c) predisporre i Protocolli d'Intesa e gli altri atti finalizzati a realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- d) organizzare la raccolta delle informazioni e dei dati al fine della realizzazione del sistema di monitoraggio e valutazione;
- e) predisporre tutti gli atti necessari all'assolvimento, da parte del soggetto capofila (gestore del fondo complessivo dell'ambito), dell'obbligo di rendicontazione;
- f) sviluppare tutte le attività necessarie al supporto per i soggetti responsabili della gestione dei servizi in forma associata, laddove non sia stato individuato un unico Soggetto gestore, ovvero nelle more della sua individuazione;
- g) formulare proposte indicazioni e suggerimenti diretti al Coordinamento Istituzionale in tema di iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori, gestione ed eventuale rimodulazione delle attività previste dal Piano di Zona, acquisizione di diverse competenze o nuove figure professionali per l'espletamento dei propri compiti;
- h) relazionare annualmente al Coordinamento Istituzionale sullo stato di attuazione del Piano di Zona con l'indicazione del livello di attuazione e del grado di soddisfazione dell'utenza.

La verifica, in ordine all'attuazione di tutti gli interventi previsti dal Piano di Zona, sia a livello comunale che di ambito, e dei risultati finali avviene mediante:

*(indicare modalità di verifica PAR. 7.3 del Piano Regionale Politiche Sociali)*

- 1) compilazione periodica delle schede di monitoraggio che la Regione indica con proprie direttive;
- 2) verifica annuale sullo stato di attuazione dei singoli progetti;
- 3) riunioni periodiche dell'Ufficio di Piano con i referenti dei Servizi Sociali di tutti i Comuni dell'ambito territoriale;

4) .....

#### **Art.15 - La gestione del Piano Sociale di Zona**

Gli enti aderenti affidano la gestione del Piano Sociale di Zona al Comune di \_\_\_\_\_ (*indicare soggetto gestore unico - ove presente - ovvero indicare le modalità con cui le diverse funzioni sono state ripartite tra i Comuni ed il ruolo specifico del Comune Capofila*).

Le attività del Piano di Zona sono finanziate con le risorse economiche messe a disposizione dal Piano Regionale delle Politiche Sociali, da risorse proprie dei Comuni e dell'AUSL.

I Comuni si impegnano a contribuire al finanziamento delle spese di gestione del Piano Sociale di Zona, indicando come spesa fissa a carico di ogni ente per il funzionamento della struttura la somma di € \_\_\_\_\_ ad anno per ogni abitante.

Le disposizioni relative al funzionamento ed alla rendicontazione delle spese di gestione dell'Ufficio di Piano saranno indicate nella Convenzione di cui innanzi.

#### **Art.16- Risorse e finanziamenti**

I Soggetti sottoscrittori metteranno a disposizione risorse finanziarie, definite dal PRPS e nei limiti della disponibilità dei rispettivi bilanci, per la realizzazione degli interventi sui quali hanno convenuto con il presente accordo.

In particolare tali risorse sono:

- risorse proprie dei Comuni appartenenti all'ambito territoriale;
- risorse provenienti dal budget del Distretto Sanitario coincidente con l'Ambito territoriale;
- finanziamenti provenienti dal Fondo Globale Socioassistenziale Regionale e dal Fondo Nazionale per le politiche sociali così come ripartiti con il Piano Regionale delle Politiche Sociali;
- finanziamenti provenienti dall'Unione Europea;
- disponibilità finanziarie provenienti da fondazioni, Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona, imprese sociali, altri soggetti privati, nonché dalla compartecipazione finanziaria al costo delle prestazioni da parte degli utenti.

#### **Art.17 - Azioni di comunicazione sociale sugli obiettivi, le attività e i risultati del Piano di Zona**

Le attività di informazione e di comunicazione sono attuate con ogni mezzo di trasmissione idoneo ad assicurare la necessaria diffusione di messaggi, anche attraverso la strumentazione grafico-editoriale, i siti web, le strutture informatiche, le funzioni di sportello, le reti civiche, le iniziative di comunicazione integrata e i sistemi telematici multimediali.

Le attività di informazione e di comunicazione sono, in particolare, finalizzate a:

- illustrare e favorire la conoscenza delle attività poste in essere, al fine di facilitare l'accesso all'utenza;
- illustrare le attività del Piano di Zona e il loro funzionamento;
- favorire l'accesso ai servizi sociali, promuovendone la conoscenza;

favorire processi interni di semplificazione delle procedure e di modernizzazione degli apparati nonché la conoscenza dell'avvio e del percorso dei procedimenti amministrativi.

## **PARTE QUARTA**

### ***Esecuzione dell'Accordo di Programma***

#### **Art. 18 - Collegio di vigilanza**

I Soggetti sottoscrittori convengono di istituire un Collegio di Vigilanza con il compito di vigilare sul corretto svolgimento degli interventi previsti nel Piano di Zona.

Del Collegio di Vigilanza faranno parte:

il Sindaco del Comune capofila o suo delegato, nella veste di Presidente del Collegio;

il rappresentante legale del soggetto gestore o suo delegato (*laddove costituito*);  
un soggetto in rappresentanza dell'AUSL;

un soggetto in rappresentanza della Provincia (*laddove presente*);

Il Collegio di Vigilanza, una volta riscontrata la presenza di ritardi o negligenze nella realizzazione degli interventi, provvede a darne comunicazione agli altri soggetti firmatari dell'Accordo, in sede di Coordinamento Istituzionale, al fine di concordare soluzioni o interventi da adottare, ivi compresa la possibilità di proporre alla Regione la modifica, anche sostanziale, dei progetti.

Il Collegio di Vigilanza esercita funzioni di:

controllo sul corretto adempimento degli obblighi stabiliti con l'Accordo;

sorveglianza in relazione all'esecuzione dell'Accordo e alle esigenze dell'utenza;

formulazione di proposte per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia dell'Ufficio di Piano.

Nel caso di ritardo, inerzia o inadempimenti, il Collegio invita il soggetto al quale il ritardo, l'inerzia o l'inadempimento sono imputabili, ad adempiere entro un termine prefissato.

L'inerzia, l'omissione e l'attività ostantiva riferite all'attuazione, alla verifica e al monitoraggio da parte dei soggetti responsabili delle rispettive funzioni costituiscono, agli effetti del presente accordo, fattispecie di inadempimento.

#### **Art. 19 - Tentativo di conciliazione**

Per le eventuali controversie che dovessero sorgere in merito all'esecuzione del presente Accordo le parti convengono di esperire un tentativo di conciliazione attraverso la mediazione da parte della Regione.

L'Assessore Regionale alle politiche sociali, acquisite le posizioni delle parti, le convoca e tenta la composizione degli interessi contrapposti. L'esito del tentativo di conciliazione è formalizzato con apposito verbale.

Nell'ipotesi in cui l'intesa non venga raggiunta, la Giunta Regionale formula una proposta di risoluzione della controversia che acquista efficacia con la formale adesione dei soggetti coinvolti.



**Art.20 - Procedimento di arbitrato**

Ai sensi dell'art.34, 2° c., del D. Lgs. n.267/2000, le contestazioni che avessero a insorgere per causa o in dipendenza dell'osservanza, interpretazione ed esecuzione del presente accordo, qualora le parti non riescano a superarle amichevolmente e dopo aver inutilmente esperito il tentativo di conciliazione, saranno demandate, a termine degli artt.806 e seguenti del c.p.c., al giudizio di un Collegio Arbitrale.

Ciascuna delle parti, nella domanda di arbitrato o nell'atto di resistenza alla domanda, nominerà l'arbitro di propria competenza; in caso di indicazione di un numero pari di arbitri, l'ulteriore arbitro è nominato dal Presidente del Tribunale di \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art.810, 2° c., del c.p.c..

Se non vi è alcuna indicazione della sede del collegio arbitrale, ovvero se non vi è accordo fra le parti, questa si intende stabilita a \_\_\_\_\_.

Gli arbitri giudicheranno secondo diritto.

**Art.21 - Azioni ammissibili in via giurisdizionale**

Sono ammissibili, in via giurisdizionale:

- a) l'azione *contra silentium*, in caso di inerzia;
- b) l'impugnativa dell'atto difforme dall'accordo deducendo come vizio di legittimità dell'atto la contrarietà all'accordo;
- c) l'azione di risarcimento danni, in via ordinaria, come conseguenza dell'annullamento del silenzio o del provvedimento difforme dall'accordo.

**Art.22 - Efficacia dell'attività amministrativa già espletata in vista della stipula del presente accordo**

Sono salvi gli effetti delle deliberazioni, pareri, assensi, accordi relativi a progetti già approvati, posti in essere da parte degli enti firmatari del presente atto anteriormente alla stipula del medesimo.

**Art.23 - Recesso**

I Soggetti sottoscrittori si impegnano, nel caso intendano recedere dal presente accordo, in tutto o in parte, di darne comunicazione agli altri firmatari con un anticipo non inferiore a tre mesi, al fine di consentire ai soggetti rimanenti di ridefinire i reciproci obblighi e impegni. Il recesso comporta per i Comuni l'obbligo di restituire alla Regione Puglia la quota di premialità per la gestione associata, eventualmente già riscossa.

**Art.24 - Durata**

La durata del presente accordo è fissata in 3 (tre) anni con decorrenza dalla data di sottoscrizione. Il primo anno di validità ha carattere sperimentale e di avvio delle attività, dei progetti discendenti dall'accordo medesimo e dei criteri operativo-gestionali.

Periodicamente si procederà alla verifica e all'aggiornamento del Piano in funzione degli obiettivi raggiunti e alle nuove esigenze che emergeranno, nonché degli indirizzi regionali.

**Art.25 - Efficacia e pubblicazione dell'Accordo di Programma**

Il presente accordo avrà efficacia tra le parti dal momento della sottoscrizione, mentre sarà opponibile ai terzi con la pubblicazione per estratto sul B.U.R.P. del provvedimento di approvazione a cura del Comune capofila.

Tutta la documentazione relativa al presente Accordo di Programma sarà depositata, a disposizione dei Soggetti sottoscrittori e degli altri soggetti aventi diritto, presso la sede del Comune capofila.

**Art.26 - Esenzione del bollo**

La presente scrittura privata gode dell'esenzione del bollo ai sensi del D.P.R. n.642 del 26.10.1972 Allegato B, art.16 nel testo integrato e modificato dall'art.28 del D.P.R. n.955 del 30.12.1982 e D.M. 20 Agosto 1992.

**Art.27 - Registrazione**

Per il presente atto non vi è obbligo di chiedere la registrazione ai sensi dell'art.1 della Tabella "Atti per i quali non vi è obbligo di chiedere la registrazione" allegata al D.P.R. n.131 del 26.04.1986.

**Art.28 - Disposizioni conclusive**

Per quanto non previsto dal presente accordo si rinvia alla vigente disciplina generale dell'Accordo di Programma, di cui all'art.34 del D. Lgs. n.267/2000 e all'art.15 della Legge n.241 del 07.08.1990.

*(Seguono firme Soggetti sottoscrittori)*

**Allegato D - Il riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 e del Fondo globale per i servizi socioassistenziali per il 2004 ai Comuni e agli ambiti territoriali**

## Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Andria	BA/1	1	€ 351.852,88	€ 233.356,15	€ 160.169,56	€ 471.129,97	€ 280.231,79	€ 273.675,82	€ 1.770.416,16
Andria	BA/1	<b>Totale 1</b>	€ 351.852,88	€ 233.356,15	€ 160.169,56	€ 471.129,97	€ 280.231,79	€ 273.675,82	€ 1.770.416,16
Canosa di Puglia	BA/1	2	€ 115.563,13	€ 85.527,69	€ 56.097,30	€ 140.054,65	€ 112.941,69	€ 87.030,53	€ 597.214,98
Minervino Murge	BA/1	2	€ 37.537,34	€ 146.054,97	€ 21.574,63	€ 40.344,71	€ 47.194,17	€ 26.833,52	€ 319.539,35
Spinazzola	BA/1	2	€ 27.026,59	€ 104.521,13	€ 14.677,69	€ 31.333,91	€ 34.936,56	€ 19.189,14	€ 231.685,03
Canosa di Puglia	BA/1	<b>Totale 2</b>	€ 180.127,06	€ 336.103,79	€ 92.349,62	€ 211.733,27	€ 195.072,42	€ 133.053,19	€ 1.148.439,36
Corato	BA/1	3	€ 165.301,76	€ 95.939,75	€ 81.700,57	€ 202.640,93	€ 152.671,59	€ 125.702,08	€ 823.956,69
Ruvo di Puglia	BA/1	3	€ 94.593,08	€ 127.061,53	€ 48.902,14	€ 109.128,46	€ 100.684,08	€ 70.112,55	€ 550.481,84
Terlizzi	BA/1	3	€ 101.259,69	€ 39.073,85	€ 46.782,09	€ 134.203,75	€ 87.639,51	€ 77.805,80	€ 486.764,68
Terlizzi	BA/1	<b>Totale 3</b>	€ 361.154,52	€ 262.075,14	€ 177.384,80	€ 445.973,14	€ 340.995,18	€ 273.620,42	€ 1.861.203,21
Barletta	BA/2	1	€ 338.552,73	€ 84.040,25	€ 155.961,99	€ 435.474,14	€ 273.029,85	€ 262.867,47	€ 1.549.926,42
Barletta	BA/2	<b>Totale 1</b>	€ 338.552,73	€ 84.040,25	€ 155.961,99	€ 435.474,14	€ 273.029,85	€ 262.867,47	€ 1.549.926,42
Bisceglie	BA/2	2	€ 190.031,42	€ 39.188,27	€ 90.332,59	€ 220.479,04	€ 172.154,99	€ 144.966,17	€ 857.152,49
Trani	BA/2	2	€ 195.334,58	€ 58.410,55	€ 92.496,02	€ 245.411,62	€ 163.593,74	€ 150.837,93	€ 906.084,44
Trani	BA/2	<b>Totale 2</b>	€ 385.366,00	€ 97.598,82	€ 182.828,61	€ 465.890,66	€ 335.748,73	€ 295.804,10	€ 1.763.236,93
Giovinazzo	BA/2	3	€ 74.523,42	€ 25.000,40	€ 37.358,44	€ 81.362,17	€ 68.704,60	€ 56.687,64	€ 343.636,67
Molfetta	BA/2	3	€ 229.612,12	€ 33.352,94	€ 118.522,22	€ 239.438,40	€ 249.635,47	€ 169.473,14	€ 1.040.034,28
Molfetta	BA/2	<b>Totale 3</b>	€ 304.135,54	€ 58.353,34	€ 155.880,66	€ 320.800,57	€ 318.340,07	€ 226.160,78	€ 1.383.670,95
Altamura	BA/3	1	€ 236.142,75	€ 244.740,77	€ 102.190,78	€ 342.430,55	€ 196.074,02	€ 182.581,97	€ 1.304.160,83
Gravina in Puglia	BA/3	1	€ 155.099,72	€ 218.081,30	€ 70.216,51	€ 225.922,21	€ 126.129,34	€ 120.283,24	€ 915.732,33
Poggiorsini	BA/3	1	€ 5.582,46	€ 24.657,15	€ 2.862,88	€ 8.705,00	€ 5.270,29	€ 4.229,50	€ 51.307,27
Santeramo in Colle	BA/3	1	€ 95.809,53	€ 82.095,14	€ 47.080,31	€ 121.992,29	€ 87.019,47	€ 73.058,20	€ 507.054,94
Altamura	BA/3	<b>Totale 1</b>	€ 492.634,45	€ 569.574,35	€ 222.350,48	€ 699.050,05	€ 414.493,13	€ 380.152,91	€ 2.778.255,37
Acquaviva delle Fonti	BA/3	2	€ 79.411,29	€ 74.943,99	€ 39.169,43	€ 91.901,94	€ 84.563,18	€ 58.854,52	€ 428.844,36
Binetto	BA/3	2	€ 7.100,27	€ 10.068,81	€ 3.405,09	€ 10.233,98	€ 5.127,21	€ 5.594,80	€ 41.530,16
Cassano delle Murge	BA/3	2	€ 44.038,57	€ 51.144,98	€ 22.279,51	€ 54.431,72	€ 39.610,67	€ 33.633,95	€ 245.139,41
Grumo Appula	BA/3	2	€ 45.732,79	€ 46.110,58	€ 23.190,43	€ 57.530,45	€ 45.119,44	€ 34.383,40	€ 252.067,09
Palo del Colle	BA/3	2	€ 76.632,92	€ 45.252,44	€ 37.407,24	€ 99.811,87	€ 61.526,51	€ 59.538,80	€ 380.169,79
Sannicandro di Bari	BA/3	2	€ 34.442,92	€ 32.037,13	€ 16.597,12	€ 43.769,63	€ 37.345,16	€ 25.435,63	€ 189.627,59
Toritto	BA/3	2	€ 32.745,03	€ 42.678,03	€ 16.336,86	€ 43.708,47	€ 32.289,49	€ 24.621,02	€ 192.378,90
Grumo Appula	BA/3	<b>Totale 2</b>	€ 320.103,80	€ 302.235,97	€ 158.385,68	€ 401.388,06	€ 305.581,66	€ 242.062,12	€ 1.729.757,28
B a r i	BA/4	1, 2, 3	€ 1.162.349,32	€ 66.477,04	€ 599.095,95	€ -	€ 1.234.584,27	€ 861.891,95	€ 3.924.398,53
Bari	BA/4	<b>Totale 1, 2, 3</b>	€ 1.162.349,32	€ 66.477,04	€ 599.095,95	€ -	€ 1.234.584,27	€ 861.891,95	€ 3.924.398,53
Bitetto	BA/4	4	€ 37.302,14	€ 19.222,28	€ 18.456,91	€ 44.952,04	€ 33.672,65	€ 28.472,53	€ 182.078,54
Bitonto	BA/4	4	€ 209.185,98	€ 98.857,42	€ 97.874,77	€ 281.271,32	€ 155.437,90	€ 164.233,51	€ 1.006.860,91
Bitritto	BA/4	4	€ 36.188,59	€ 10.126,02	€ 17.437,55	€ 45.787,88	€ 26.017,61	€ 28.531,18	€ 164.088,83
Modugno	BA/4	4	€ 132.358,28	€ 18.249,72	€ 62.300,21	€ 154.712,48	€ 91.168,93	€ 104.896,74	€ 563.686,35
Bitonto	BA/4	<b>Totale 4</b>	€ 415.034,98	€ 146.455,44	€ 196.069,44	€ 526.723,71	€ 306.297,09	€ 326.133,96	€ 1.916.714,63

### Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Adefia	BA/4	5	€ 59.668,72	€ 16.991,12	€ 30.255,45	€ 71.352,44	€ 55.612,33	€ 45.305,80	€ 279.185,86
Capurso	BA/4	5	€ 52.877,16	€ 8.524,16	€ 25.934,02	€ 63.462,90	€ 39.109,87	€ 41.539,00	€ 231.447,12
Cellamare	BA/4	5	€ 17.383,16	€ 3.318,13	€ 8.133,19	€ 25.686,88	€ 9.491,30	€ 14.115,70	€ 78.128,36
Triggiano	BA/4	5	€ 96.816,50	€ 11.441,83	€ 47.812,29	€ 117.813,07	€ 83.251,57	€ 74.465,86	€ 431.601,13
Valenzano	BA/4	5	€ 63.196,80	€ 9.039,05	€ 31.724,85	€ 74.145,38	€ 48.124,22	€ 49.457,09	€ 275.687,39
Triggiano	BA/4	<b>Totale 5</b>	€ 289.942,35	€ 49.314,29	€ 143.859,81	€ 352.460,67	€ 235.589,30	€ 224.883,46	€ 1.296.049,87
Mola di Bari	BA/4	6	€ 95.361,17	€ 29.062,25	€ 45.469,94	€ 99.934,19	€ 98.967,06	€ 71.028,18	€ 439.822,78
Noicattaro	BA/4	6	€ 87.099,57	€ 23.570,17	€ 40.714,73	€ 116.956,84	€ 65.437,50	€ 68.284,54	€ 402.063,36
Rutigliano	BA/4	6	€ 64.608,04	€ 30.435,27	€ 31.160,95	€ 80.016,67	€ 59.427,93	€ 49.163,83	€ 314.812,68
Mola di Bari	BA/4	<b>Totale 6</b>	€ 247.068,78	€ 83.067,69	€ 117.345,62	€ 296.907,70	€ 223.832,49	€ 188.476,55	€ 1.156.698,83
Conversano	BA/5	1	€ 88.422,61	€ 72.598,42	€ 46.424,23	€ 99.852,64	€ 89.761,93	€ 66.133,95	€ 463.193,78
Monopoli	BA/5	1	€ 171.700,09	€ 89.475,12	€ 84.091,73	€ 197.564,71	€ 169.603,31	€ 129.061,57	€ 841.496,52
Polignano a Mare	BA/5	1	€ 60.135,46	€ 35.755,72	€ 30.971,17	€ 71.250,51	€ 61.240,34	€ 44.950,62	€ 304.303,83
Conversano	BA/5	<b>Totale 1</b>	€ 320.258,15	€ 197.829,26	€ 161.487,13	€ 368.667,87	€ 320.605,58	€ 240.146,14	€ 1.608.994,13
Casamassima	BA/5	2	€ 61.550,37	€ 44.279,89	€ 30.862,73	€ 72.901,81	€ 56.995,49	€ 46.785,14	€ 313.375,42
Gioia del Colle	BA/5	2	€ 101.608,82	€ 118.136,91	€ 51.895,15	€ 99.587,62	€ 122.337,59	€ 73.374,28	€ 566.940,37
Sammichele di Bari	BA/5	2	€ 25.552,88	€ 19.393,90	€ 13.555,31	€ 24.382,15	€ 34.960,41	€ 17.879,24	€ 135.723,90
Turi	BA/5	2	€ 41.550,54	€ 40.504,08	€ 22.566,88	€ 42.893,01	€ 52.846,03	€ 29.619,51	€ 229.980,05
Gioia del Colle	BA/5	<b>Totale 2</b>	€ 230.262,61	€ 222.314,78	€ 118.880,08	€ 239.764,59	€ 267.139,52	€ 167.658,17	€ 1.246.019,74
Alberobello	BA/5	3	€ 39.984,95	€ 23.055,29	€ 21.102,91	€ 40.426,25	€ 49.483,53	€ 28.690,85	€ 202.743,78
Castellana Grotte	BA/5	3	€ 67.162,22	€ 38.845,02	€ 34.538,93	€ 78.976,96	€ 69.730,04	€ 50.020,81	€ 339.273,98
Locorotondo	BA/5	3	€ 51.182,94	€ 27.174,35	€ 27.419,68	€ 55.022,92	€ 62.885,82	€ 36.788,15	€ 260.473,87
Noci	BA/5	3	€ 71.888,39	€ 85.127,22	€ 36.263,17	€ 78.324,59	€ 80.485,26	€ 52.741,63	€ 404.830,26
Putignano	BA/5	3	€ 103.416,96	€ 56.694,27	€ 53.532,63	€ 107.619,87	€ 103.140,37	€ 77.600,51	€ 502.004,62
Putignano	BA/5	<b>Totale 3</b>	€ 333.635,47	€ 230.896,15	€ 172.857,33	€ 360.370,60	€ 365.725,02	€ 245.841,95	€ 1.709.326,51
Brindisi	BR/1	1	€ 326.836,56	€ 187.874,87	€ 171.534,33	€ -	€ 300.573,69	€ 248.715,92	€ 1.235.535,37
San Vito dei Normanni	BR/1	1	€ 73.722,26	€ 37.986,88	€ 38.052,47	€ 77.672,23	€ 84.563,18	€ 53.810,41	€ 365.807,42
Brindisi	BR/1	<b>Totale 1</b>	€ 400.558,81	€ 225.861,75	€ 209.586,80	€ 77.672,23	€ 385.136,87	€ 302.526,33	€ 1.601.342,79
Cisternino	BR/1	2	€ 44.380,36	€ 30.892,94	€ 24.714,04	€ 44.564,70	€ 63.171,99	€ 30.717,62	€ 238.441,64
Fasano	BR/1	2	€ 142.181,78	€ 73.742,60	€ 70.639,44	€ 164.253,32	€ 128.824,11	€ 108.461,50	€ 688.102,76
Ostuni	BR/1	2	€ 120.895,68	€ 127.976,88	€ 62.012,84	€ 119.586,69	€ 149.762,20	€ 86.727,50	€ 666.961,78
Fasano	BR/1	<b>Totale 2</b>	€ 307.457,82	€ 232.612,43	€ 157.366,32	€ 328.404,70	€ 341.758,30	€ 225.906,62	€ 1.593.506,18
Ceglie Messapica	BR/1	3	€ 78.345,52	€ 74.543,53	€ 41.332,85	€ 90.026,39	€ 94.817,60	€ 56.508,42	€ 435.574,31
Carovigno	BR/1	3	€ 54.994,01	€ 60.355,66	€ 28.509,53	€ 69.069,16	€ 52.583,70	€ 41.574,85	€ 307.086,91
Francavilla Fontana	BR/1	3	€ 133.192,52	€ 100.287,65	€ 67.337,36	€ 173.671,84	€ 115.779,54	€ 102.273,67	€ 692.542,58
Orta	BR/1	3	€ 55.773,13	€ 47.769,64	€ 28.422,78	€ 65.766,56	€ 61.192,64	€ 41.089,33	€ 300.014,09
San Michele Salentino	BR/1	3	€ 22.914,17	€ 14.988,80	€ 12.248,58	€ 25.401,47	€ 27.376,91	€ 16.575,85	€ 119.505,78
Villa Castelli	BR/1	3	€ 31.837,28	€ 19.908,79	€ 14.493,34	€ 42.893,01	€ 28.807,76	€ 24.291,91	€ 162.232,09
Francavilla Fontana	BR/1	<b>Totale 3</b>	€ 377.056,63	€ 317.854,07	€ 192.344,44	€ 466.828,44	€ 380.558,16	€ 282.314,03	€ 2.016.955,76

Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Cellino San Marco	BR/1	4	€ 25.056,75	€ 21.453,43	€ 12.839,59	€ 25.911,13	€ 29.189,32	€ 18.227,89	€ 132.678,11
Erchie	BR/1	4	€ 32.138,64	€ 25.229,24	€ 14.910,84	€ 44.360,83	€ 28.545,44	€ 24.594,95	€ 169.779,94
Latiano	BR/1	4	€ 56.482,42	€ 31.350,62	€ 29.181,87	€ 63.605,60	€ 61.955,76	€ 41.613,95	€ 284.190,23
Mesagne	BR/1	4	€ 101.222,93	€ 70.195,63	€ 50.550,47	€ 107.171,37	€ 110.294,62	€ 74.677,66	€ 514.112,68
San Donaci	BR/1	4	€ 26.100,47	€ 19.565,53	€ 13.446,87	€ 27.990,54	€ 30.405,54	€ 18.987,12	€ 136.496,07
San Pancrazio Salentino	BR/1	4	€ 38.761,15	€ 31.979,92	€ 18.386,42	€ 44.870,49	€ 39.658,37	€ 28.948,27	€ 202.604,61
San Pietro Vernotico	BR/1	4	€ 55.096,91	€ 26.373,42	€ 29.306,58	€ 57.204,27	€ 68.394,59	€ 39.505,72	€ 275.881,49
Torchiarolo	BR/1	4	€ 18.834,82	€ 18.421,35	€ 9.223,03	€ 23.872,49	€ 18.124,09	€ 14.223,23	€ 102.699,01
Torre Santa Susanna	BR/1	4	€ 38.959,60	€ 31.522,24	€ 18.831,04	€ 50.843,71	€ 36.391,26	€ 29.570,63	€ 206.118,49
<b>Mesagne</b>	<b>BR/1</b>	<b>Totale 4</b>	<b>€ 392.653,70</b>	<b>€ 276.091,38</b>	<b>€ 196.676,72</b>	<b>€ 445.830,43</b>	<b>€ 422.958,98</b>	<b>€ 290.349,42</b>	<b>€ 2.024.560,64</b>
Apricena	FG/1	1	€ 50.117,17	€ 98.056,49	€ 25.961,13	€ 62.341,65	€ 47.766,51	€ 37.909,07	€ 322.152,02
Chieuti	FG/1	1	€ 6.549,01	€ 34.783,17	€ 3.546,07	€ 7.441,04	€ 8.418,16	€ 4.656,36	€ 65.393,80
Lesina	FG/1	1	€ 23.050,15	€ 91.248,60	€ 12.541,37	€ 26.155,77	€ 23.823,64	€ 17.181,92	€ 194.001,45
Poggio Imperiale	FG/1	1	€ 10.591,60	€ 29.977,60	€ 6.164,96	€ 10.519,39	€ 14.856,98	€ 7.360,89	€ 79.471,41
San Paolo di Civitate	FG/1	1	€ 22.414,36	€ 51.831,49	€ 11.549,13	€ 27.868,22	€ 24.539,06	€ 16.520,45	€ 154.722,72
San Severo	FG/1	1	€ 204.772,20	€ 190.506,49	€ 102.348,02	€ 263.351,66	€ 175.302,86	€ 157.605,78	€ 1.093.887,01
Serracapriola	FG/1	1	€ 15.997,66	€ 81.980,72	€ 8.209,10	€ 16.186,81	€ 26.446,86	€ 10.570,48	€ 159.391,63
Torremaggiore	FG/1	1	€ 62.549,99	€ 119.338,30	€ 32.456,84	€ 77.794,55	€ 67.011,43	€ 46.302,89	€ 405.453,99
<b>S. Severo</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 396.042,13</b>	<b>€ 697.722,86</b>	<b>€ 202.776,61</b>	<b>€ 491.659,09</b>	<b>€ 388.165,50</b>	<b>€ 298.107,84</b>	<b>€ 2.474.474,03</b>
Rignano Garganico	FG/1	2	€ 8.460,05	€ 50.801,73	€ 4.869,07	€ 9.561,23	€ 12.424,54	€ 5.803,34	€ 91.919,95
San Giovanni Rotondo	FG/1	2	€ 96.103,54	€ 148.457,76	€ 46.820,04	€ 129.902,21	€ 86.518,67	€ 73.387,31	€ 581.189,54
San Nicandro Garganico	FG/1	2	€ 66.232,43	€ 98.743,00	€ 34.414,22	€ 79.099,28	€ 78.792,09	€ 47.958,19	€ 405.239,21
San Marco in Lamis	FG/1	2	€ 57.882,63	€ 133.182,91	€ 29.203,56	€ 73.656,10	€ 65.675,97	€ 42.347,10	€ 401.948,29
<b>San Marco in Lamis</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 228.678,64</b>	<b>€ 431.185,40</b>	<b>€ 115.306,90</b>	<b>€ 292.218,82</b>	<b>€ 243.411,27</b>	<b>€ 169.495,95</b>	<b>€ 1.480.296,99</b>
Cagnano Varano	FG/1	3	€ 31.646,18	€ 90.790,93	€ 13.327,58	€ 37.429,45	€ 32.551,82	€ 23.610,89	€ 229.356,85
Carpino	FG/1	3	€ 17.305,99	€ 47.197,55	€ 9.895,38	€ 17.634,25	€ 27.305,37	€ 11.613,19	€ 130.951,73
Ischitella	FG/1	3	€ 16.644,47	€ 50.000,80	€ 9.770,67	€ 19.713,66	€ 22.583,57	€ 11.671,85	€ 130.385,02
Isole Tremiti	FG/1	3	€ 1.359,78	€ 1.773,48	€ 1.100,69	€ 978,55	€ 1.764,71	€ 964,51	€ 7.941,73
Peschici	FG/1	3	€ 15.924,15	€ 27.975,28	€ 8.572,38	€ 20.366,03	€ 15.429,32	€ 12.010,73	€ 100.277,89
Rodi Garganico	FG/1	3	€ 13.847,73	€ 7.551,61	€ 7.580,13	€ 15.738,31	€ 16.383,22	€ 10.039,35	€ 71.140,35
Vico del Gargano	FG/1	3	€ 29.863,76	€ 63.273,33	€ 15.973,58	€ 34.718,06	€ 33.815,73	€ 21.857,83	€ 199.502,29
Vieste	FG/1	3	€ 49.352,75	€ 95.768,13	€ 24.491,74	€ 63.748,31	€ 46.764,92	€ 37.368,16	€ 317.494,00
<b>Vico del Gargano</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 3</b>	<b>€ 175.944,81</b>	<b>€ 384.331,11</b>	<b>€ 90.712,14</b>	<b>€ 210.326,61</b>	<b>€ 196.598,66</b>	<b>€ 129.136,51</b>	<b>€ 1.187.049,84</b>
Manfredonia	FG/2	1	€ 211.872,47	€ 201.376,23	€ 96.437,91	€ 267.979,38	€ 184.722,61	€ 162.614,05	€ 1.125.002,65
Mattinata	FG/2	1	€ 23.296,38	€ 41.648,27	€ 12.145,56	€ 28.602,14	€ 25.922,22	€ 17.113,50	€ 148.728,05
Monte Sant'Angelo	FG/2	1	€ 51.035,94	€ 138.903,83	€ 26.487,08	€ 58.386,68	€ 67.226,06	€ 36.064,77	€ 378.104,36
<b>Manfredonia</b>	<b>FG/2</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 286.204,79</b>	<b>€ 381.928,32</b>	<b>€ 135.070,54</b>	<b>€ 354.968,20</b>	<b>€ 277.870,89</b>	<b>€ 215.792,32</b>	<b>€ 1.651.835,06</b>

### Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Margherita di Savoia	FG/2	2	€ 46.243,63	€ 20.766,92	€ 24.573,07	€ 53.697,81	€ 51.772,89	€ 33.927,21	€ 230.981,53
San Ferdinando di Puglia	FG/2	2	€ 52.726,48	€ 23.913,43	€ 26.194,28	€ 68.620,66	€ 55.970,05	€ 39.101,67	€ 266.526,56
Trinitapoli	FG/2	2	€ 53.138,09	€ 84.440,71	€ 26.112,95	€ 71.699,01	€ 50.604,36	€ 40.199,77	€ 326.194,90
Zapponeta	FG/2	2	€ 11.017,91	€ 22.940,87	€ 5.270,30	€ 16.247,97	€ 7.702,74	€ 8.716,41	€ 71.896,21
Margherita di Savoia	FG/2	<b>Totale 2</b>	€ 163.126,11	€ 152.061,94	€ 82.150,61	€ 210.265,45	€ 166.050,03	€ 121.945,06	€ 895.599,20
Carapelle	FG/2	3	€ 21.624,21	€ 14.245,08	€ 10.199,02	€ 31.476,62	€ 12.663,01	€ 17.442,60	€ 107.650,55
Cerignola	FG/2	3	€ 210.821,39	€ 339.650,76	€ 100.396,06	€ 296.153,40	€ 157.059,53	€ 165.461,96	€ 1.269.543,10
Ordona	FG/2	3	€ 9.496,43	€ 22.826,45	€ 4.451,56	€ 13.230,78	€ 7.702,74	€ 7.367,41	€ 65.075,37
Orta Nova	FG/2	3	€ 64.993,92	€ 59.383,10	€ 30.629,58	€ 87.518,86	€ 51.319,79	€ 50.613,85	€ 344.459,11
Stomara	FG/2	3	€ 17.427,26	€ 19.279,49	€ 8.458,51	€ 24.687,94	€ 14.952,37	€ 13.408,61	€ 98.214,19
Stomarella	FG/2	3	€ 18.482,01	€ 19.393,90	€ 8.832,64	€ 24.219,06	€ 15.357,78	€ 14.288,40	€ 100.573,80
Cerignola	FG/2	<b>Totale 3</b>	€ 342.845,24	€ 474.778,78	€ 162.967,37	€ 477.286,67	€ 259.055,22	€ 268.582,83	€ 1.985.516,11
Foggia	FG/3	1 e 2	€ 570.329,48	€ 290.508,09	€ 261.845,23	€ 648.084,02	€ 545.535,05	€ 431.134,97	€ 2.747.436,85
Foggia	FG/3	<b>Totale 1 e 2</b>	€ 570.329,48	€ 290.508,09	€ 261.845,23	€ 648.084,02	€ 545.535,05	€ 431.134,97	€ 2.747.436,85
Alberona	FG/3	3	€ 4.160,20	€ 28.204,11	€ 2.624,31	€ 3.995,74	€ 7.655,04	€ 2.642,62	€ 49.282,02
Biocari	FG/3	3	€ 11.278,84	€ 60.756,12	€ 6.235,44	€ 9.744,70	€ 17.289,43	€ 7.637,86	€ 112.942,40
Carlantino	FG/3	3	€ 4.744,54	€ 19.565,53	€ 3.041,81	€ 4.586,94	€ 7.154,25	€ 3.229,15	€ 42.322,21
Casalnuovo Monterotaro	FG/3	3	€ 7.151,72	€ 27.517,60	€ 4.419,03	€ 5.748,97	€ 13.020,73	€ 4.561,86	€ 62.419,91
Casalvecchio di Puglia	FG/3	3	€ 7.905,11	€ 18.135,30	€ 4.619,65	€ 7.909,93	€ 10.969,84	€ 5.510,08	€ 55.049,91
Castelnuovo della Daunia	FG/3	3	€ 6.383,63	€ 34.897,58	€ 3.838,86	€ 6.238,24	€ 10.731,37	€ 4.193,65	€ 66.283,34
Celenza Valfortore	FG/3	3	€ 7.287,70	€ 38.044,09	€ 4.343,12	€ 6.340,17	€ 12.591,47	€ 4.741,08	€ 73.347,63
Lucera	FG/3	3	€ 129.146,25	€ 193.767,41	€ 63.666,59	€ 157.811,21	€ 119.762,07	€ 98.141,92	€ 762.295,45
Motta Montecorvino	FG/3	3	€ 3.461,93	€ 11.270,20	€ 2.326,09	€ 2.425,98	€ 7.416,57	€ 2.056,10	€ 28.956,87
Pietramontecorvino	FG/3	3	€ 10.874,58	€ 40.675,71	€ 6.137,84	€ 10.519,39	€ 16.788,63	€ 7.347,85	€ 92.344,01
Roseto Valfortore	FG/3	3	€ 4.821,71	€ 28.432,95	€ 3.215,32	€ 4.158,83	€ 9.801,32	€ 2.935,88	€ 53.366,01
San Marco la Catola	FG/3	3	€ 5.542,03	€ 16.247,40	€ 3.329,18	€ 4.994,67	€ 8.799,72	€ 3.711,40	€ 42.624,41
Volturara Appula	FG/3	3	€ 2.190,35	€ 29.577,13	€ 1.653,75	€ 1.325,12	€ 6.176,50	€ 1.098,11	€ 42.020,95
Volturino	FG/3	3	€ 7.324,45	€ 33.238,52	€ 4.489,52	€ 6.013,99	€ 12.996,88	€ 4.718,27	€ 68.781,63
Lucera	FG/3	<b>Totale 3</b>	€ 212.273,05	€ 580.329,67	€ 113.940,52	€ 231.813,89	€ 261.153,80	€ 152.525,82	€ 1.552.036,76

## Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

				Quota 5		Quota 6		TOTALE	
Accadia	FG/3	4	€ 9.911,71	€ 17.448,79	€ 5.693,23	€ 9.663,16	€ 14.523,12	€ 6.803,69	€ 64.043,70
Anzano di Puglia	FG/3	4	€ 8.180,74	€ 6.350,22	€ 4.267,21	€ 10.988,28	€ 9.133,59	€ 6.005,36	€ 44.925,40
Ascoli Satriano	FG/3	4	€ 23.410,31	€ 191.879,51	€ 12.026,27	€ 26.991,61	€ 28.283,12	€ 16.891,92	€ 299.482,73
Bovino	FG/3	4	€ 14.623,17	€ 48.170,11	€ 8.621,18	€ 12.700,73	€ 24.157,50	€ 9.664,63	€ 117.937,32
Candela	FG/3	4	€ 10.360,07	€ 54.920,79	€ 5.839,63	€ 12.048,37	€ 13.807,69	€ 7.298,98	€ 104.275,53
Castelluccio dei Sauri	FG/3	4	€ 7.162,75	€ 29.348,30	€ 3.773,80	€ 8.623,45	€ 8.012,75	€ 5.255,92	€ 62.176,96
Castelluccio Valmaggione	FG/3	4	€ 5.376,65	€ 15.274,84	€ 3.139,41	€ 5.728,58	€ 8.918,96	€ 3.548,48	€ 41.986,92
Celle di San Vito	FG/3	4	€ 683,57	€ 10.412,07	€ 477,15	€ 428,11	€ 1.430,85	€ 410,57	€ 13.842,31
Deliceto	FG/3	4	€ 15.126,66	€ 43.307,33	€ 8.859,75	€ 15.758,70	€ 22.154,31	€ 10.384,75	€ 115.591,50
Faeto	FG/3	4	€ 2.771,02	€ 14.988,80	€ 1.805,57	€ 2.650,23	€ 5.294,14	€ 1.733,51	€ 29.243,26
Monteleone di Puglia	FG/3	4	€ 5.156,15	€ 20.595,30	€ 3.112,30	€ 5.076,22	€ 8.966,65	€ 3.346,45	€ 46.253,06
Orsara di Puglia	FG/3	4	€ 12.164,54	€ 47.025,93	€ 7.406,62	€ 10.213,59	€ 22.893,58	€ 7.657,41	€ 107.361,67
Panni	FG/3	4	€ 3.542,78	€ 18.650,18	€ 2.277,29	€ 3.098,73	€ 8.298,92	€ 2.007,22	€ 37.875,14
Rocchetta Sant'Antonio	FG/3	4	€ 7.478,80	€ 41.133,38	€ 4.191,30	€ 7.787,61	€ 11.637,57	€ 5.040,86	€ 77.269,53
Sant'Agata di Puglia	FG/3	4	€ 8.511,50	€ 66.305,41	€ 5.557,68	€ 7.114,86	€ 16.693,24	€ 5.265,69	€ 109.448,38
Troia	FG/3	4	€ 27.471,28	€ 95.710,92	€ 13.918,59	€ 32.292,08	€ 33.577,26	€ 19.769,15	€ 222.739,27
<b>Troia</b>	<b>FG/3</b>	<b>Totale 4</b>	<b>€ 161.931,71</b>	<b>€ 721.521,87</b>	<b>€ 90.966,98</b>	<b>€ 171.164,31</b>	<b>€ 237.783,27</b>	<b>€ 111.084,57</b>	<b>€ 1.494.452,71</b>
Amesano	LE/1	1	€ 12.668,03	€ 7.723,24	€ 6.652,95	€ 13.577,35	€ 14.308,49	€ 9.276,87	€ 64.206,92
Cavallino	LE/1	1	€ 39.205,83	€ 12.757,64	€ 19.861,24	€ 45.298,61	€ 30.977,88	€ 30.528,63	€ 178.629,83
Lequile	LE/1	1	€ 29.308,82	€ 20.824,13	€ 15.100,62	€ 31.639,71	€ 30.763,25	€ 21.782,89	€ 149.419,42
Lizzanello	LE/1	1	€ 37.368,29	€ 14.302,29	€ 18.868,99	€ 42.954,17	€ 35.175,04	€ 28.325,90	€ 176.994,68
San Cesario di Lecce	LE/1	1	€ 27.044,97	€ 4.576,73	€ 14.097,52	€ 26.359,63	€ 32.742,60	€ 19.505,21	€ 124.326,67
San Donato di Lecce	LE/1	1	€ 21.025,18	€ 12.128,34	€ 10.508,08	€ 21.528,05	€ 23.728,25	€ 15.399,54	€ 104.317,43
San Pietro in Lama	LE/1	1	€ 13.682,35	€ 4.519,52	€ 6.766,81	€ 13.862,76	€ 16.430,92	€ 9.886,20	€ 65.148,57
Monteroni di Lecce	LE/1	2	€ 50.271,52	€ 9.439,51	€ 25.397,23	€ 55.165,63	€ 52.607,55	€ 37.384,45	€ 230.265,89
<b>L e c c e</b>	<b>LE/1</b>	<b>1</b>	<b>€ 305.535,75</b>	<b>€ 136.386,63</b>	<b>€ 167.825,60</b>	<b>€ 273.748,73</b>	<b>€ 350.868,04</b>	<b>€ 222.957,70</b>	<b>€ 1.457.322,44</b>
<b>Lecce</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 536.110,74</b>	<b>€ 222.658,03</b>	<b>€ 285.079,04</b>	<b>€ 524.134,64</b>	<b>€ 587.602,01</b>	<b>€ 395.047,39</b>	<b>€ 2.550.631,85</b>
Campi Salentina	LE/1	2	€ 41.289,61	€ 25.801,33	€ 21.037,84	€ 42.362,96	€ 47.575,73	€ 30.108,28	€ 208.175,76
Carmiano	LE/1	2	€ 44.692,74	€ 13.558,57	€ 22.577,73	€ 47.031,45	€ 51.319,79	€ 32.614,05	€ 211.794,32
Guagnano	LE/1	2	€ 22.693,67	€ 21.625,06	€ 12.145,56	€ 20.345,64	€ 30.834,80	€ 15.907,86	€ 123.552,58
Novoli	LE/1	2	€ 31.142,69	€ 10.183,23	€ 15.783,80	€ 29.927,25	€ 42.997,01	€ 21.737,27	€ 151.771,26
Salice Salentino	LE/1	2	€ 32.568,63	€ 33.753,40	€ 16.141,66	€ 35.125,79	€ 35.699,68	€ 23.998,65	€ 177.287,81
Squinzano	LE/1	2	€ 56.324,39	€ 16.762,28	€ 28.054,07	€ 56.857,70	€ 66.796,80	€ 40.812,36	€ 265.607,61
Surbo	LE/1	2	€ 46.949,24	€ 11.613,46	€ 22.631,95	€ 58.243,98	€ 37.058,99	€ 36.563,32	€ 213.060,93
Trepuzzi	LE/1	2	€ 51.958,39	€ 13.558,57	€ 25.635,90	€ 57.448,91	€ 52.631,40	€ 38.876,83	€ 240.109,90
Veglie	LE/1	2	€ 51.623,95	€ 35.069,21	€ 25.662,92	€ 62.158,17	€ 51.343,63	€ 38.756,27	€ 264.614,15
<b>Campi Salentina</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 379.243,30</b>	<b>€ 181.925,11</b>	<b>€ 189.671,34</b>	<b>€ 409.501,85</b>	<b>€ 416.257,84</b>	<b>€ 279.374,89</b>	<b>€ 1.855.974,33</b>
Copertino	LE/1	3	€ 81.932,40	€ 33.066,89	€ 39.787,55	€ 95.979,23	€ 81.367,62	€ 61.526,47	€ 393.660,16
Galatone	LE/1	3	€ 58.338,34	€ 26.602,26	€ 28.964,99	€ 70.149,64	€ 62.885,82	€ 43.132,40	€ 290.073,44
Leverano	LE/1	3	€ 51.212,34	€ 27.918,07	€ 25.071,90	€ 59.324,46	€ -	€ 38.251,20	€ 201.777,98
Nardo	LE/1	3	€ 112.148,97	€ 108.983,44	€ 57.176,30	€ 130.228,40	€ 123.792,29	€ 82.520,81	€ 614.850,21
Porto Cesareo	LE/1	3	€ 16.365,16	€ 19.851,58	€ 8.078,97	€ 19.040,91	€ 13.521,52	€ 12.662,42	€ 89.520,56
Seclì	LE/1	3	€ 7.023,09	€ 4.919,99	€ 3.665,36	€ 8.338,04	€ 7.321,18	€ 5.226,59	€ 36.494,25
Sternatia	LE/1	3	€ 9.911,71	€ 9.439,51	€ 5.362,48	€ 9.479,68	€ 12.305,30	€ 7.106,73	€ 53.605,41
Zollino	LE/1	3	€ 8.103,57	€ 5.663,71	€ 4.039,48	€ 9.031,18	€ 9.300,52	€ 5.914,13	€ 42.052,58
<b>Nardo</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 3</b>	<b>€ 345.035,59</b>	<b>€ 236.445,44</b>	<b>€ 172.147,03</b>	<b>€ 401.571,53</b>	<b>€ 362.863,32</b>	<b>€ 256.340,75</b>	<b>€ 1.774.403,66</b>



### Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Calimera	LE/1	4	€ 26.850,19	€ 6.350,22	€ 14.249,34	€ 24.463,69	€ 34.316,53	€ 19.117,46	€ 125.347,43
Caprarica di Lecce	LE/1	4	€ 10.323,32	€ 6.178,59	€ 5.492,61	€ 9.316,59	€ 13.521,52	€ 7.305,49	€ 52.138,13
Carpignano Salentino	LE/1	4	€ 14.104,99	€ 27.460,39	€ 6.604,15	€ 14.922,85	€ 15.000,07	€ 10.456,44	€ 88.548,89
Castri di Lecce	LE/1	4	€ 11.389,10	€ 6.979,52	€ 5.828,78	€ 12.639,58	€ 12.543,78	€ 8.384,05	€ 57.764,80
Martano	LE/1	4	€ 34.983,16	€ 12.471,60	€ 18.234,60	€ 36.328,59	€ 41.136,91	€ 25.396,53	€ 168.551,39
Martignano	LE/1	4	€ 6.504,90	€ 3.661,39	€ 3.410,52	€ 6.523,65	€ 9.157,43	€ 4.516,24	€ 33.774,14
Melendugno	LE/1	4	€ 34.193,01	€ 52.117,54	€ 18.061,10	€ 37.082,88	€ 34.054,21	€ 25.663,73	€ 201.172,47
Vernole	LE/1	4	€ 27.879,21	€ 34.668,75	€ 14.151,74	€ 29.234,11	€ 29.380,10	€ 20.704,33	€ 156.018,25
<b>Martano</b>	LE/1	<b>Totale 4</b>	€ 166.227,88	€ 149.887,99	€ 86.032,85	€ 170.511,95	€ 189.110,55	€ 121.544,27	€ 883.315,49
Aradeo	LE/1	5	€ 35.618,95	€ 4.862,78	€ 17.947,23	€ 39.590,41	€ 39.872,99	€ 26.132,95	€ 164.025,31
Cutrofiانو	LE/1	5	€ 33.373,47	€ 31.865,50	€ 17.686,97	€ 33.861,83	€ 38.632,92	€ 24.311,46	€ 179.732,15
Galatina	LE/1	5	€ 103.137,66	€ 46.682,67	€ 53.646,50	€ 109.271,17	€ 117.591,95	€ 75.378,24	€ 505.708,17
Neviano	LE/1	5	€ 21.745,49	€ 9.210,67	€ 11.153,31	€ 24.280,22	€ 28.950,85	€ 15.324,59	€ 110.665,13
Sogliano Cavour	LE/1	5	€ 14.979,66	€ 2.974,88	€ 8.133,19	€ 15.004,40	€ 17.861,77	€ 10.840,94	€ 69.794,82
Soletto	LE/1	5	€ 20.337,93	€ 17.105,54	€ 10.974,38	€ 21.242,64	€ 24.729,84	€ 14.653,35	€ 109.043,68
<b>Galatina</b>	LE/1	<b>Totale 5</b>	€ 229.193,16	€ 112.702,04	€ 119.541,58	€ 243.250,66	€ 267.640,32	€ 166.641,52	€ 1.138.969,27
Alezio	LE/2	1	€ 18.643,72	€ 9.439,51	€ 10.226,13	€ 17.634,25	€ 26.113,00	€ 12.962,20	€ 95.018,80
Alliste	LE/2	1	€ 22.237,95	€ 13.444,15	€ 11.467,79	€ 24.952,97	€ 25.707,59	€ 16.204,38	€ 114.014,84
Gallipoli	LE/2	1	€ 74.508,72	€ 23.055,29	€ 36.767,43	€ 85.480,22	€ 69.229,25	€ 56.602,92	€ 345.643,83
Melissano	LE/2	1	€ 27.434,53	€ 7.093,94	€ 13.896,90	€ 31.843,57	€ 28.330,81	€ 20.453,43	€ 129.053,18
Racale	LE/2	1	€ 37.934,25	€ 14.016,24	€ 19.611,82	€ 44.462,76	€ 37.178,23	€ 28.553,99	€ 181.757,30
Sannicola	LE/2	1	€ 22.557,69	€ 15.618,10	€ 12.340,76	€ 22.017,32	€ 31.717,15	€ 15.666,73	€ 119.917,75
Taviano	LE/2	1	€ 45.967,99	€ 12.128,34	€ 24.079,65	€ 50.802,94	€ 48.982,73	€ 34.064,07	€ 216.025,73
Tuglie	LE/2	1	€ 19.492,66	€ 4.805,57	€ 10.941,85	€ 19.448,64	€ 27.019,20	€ 13.591,09	€ 95.299,00
<b>Gallipoli</b>	LE/2	<b>Totale 1</b>	€ 268.777,52	€ 99.601,14	€ 139.332,33	€ 296.642,67	€ 294.277,96	€ 198.098,82	€ 1.296.730,44
Bagnolo del Salento	LE/2	2	€ 6.813,61	€ 3.890,22	€ 3.481,00	€ 7.604,13	€ 7.988,91	€ 4.949,62	€ 34.727,50
Cannole	LE/2	2	€ 6.446,10	€ 11.441,83	€ 3.491,85	€ 5.973,22	€ 7.678,89	€ 4.666,13	€ 39.698,02
Castrignano de' Greci	LE/2	2	€ 15.012,73	€ 5.434,87	€ 7.395,78	€ 15.901,40	€ 16.216,29	€ 11.095,10	€ 71.056,17
Corigliano d'Otranto	LE/2	2	€ 20.760,57	€ 16.075,77	€ 10.649,05	€ 22.893,94	€ 23.823,64	€ 15.151,90	€ 109.354,87
Cursi	LE/2	2	€ 15.167,09	€ 4.691,15	€ 7.693,99	€ 17.063,43	€ 14.475,42	€ 11.469,82	€ 70.560,90
Giurdignano	LE/2	2	€ 6.589,43	€ 7.894,86	€ 3.209,90	€ 6.645,97	€ 6.820,38	€ 4.910,52	€ 36.071,06
Maglie	LE/2	2	€ 56.078,16	€ 12.814,85	€ 29.859,64	€ 54.655,97	€ 67.440,69	€ 40.506,07	€ 261.355,37
Melpignano	LE/2	2	€ 8.125,62	€ 6.235,80	€ 4.278,06	€ 8.725,38	€ 9.825,16	€ 5.861,99	€ 43.052,01
Muro Leccese	LE/2	2	€ 19.330,96	€ 9.439,51	€ 9.965,86	€ 21.996,94	€ 23.775,94	€ 13.890,87	€ 98.400,08
Otranto	LE/2	2	€ 19.422,84	€ 43.536,17	€ 10.762,92	€ 19.774,82	€ 18.529,50	€ 14.689,19	€ 126.715,43
Palmariggi	LE/2	2	€ 5.880,14	€ 5.034,41	€ 3.258,70	€ 5.361,63	€ 6.844,23	€ 4.278,37	€ 30.657,47
Scorrano	LE/2	2	€ 24.836,24	€ 19.966,00	€ 11.554,55	€ 29.152,57	€ 24.562,91	€ 18.664,53	€ 128.736,79
<b>Maglie</b>	LE/2	<b>Totale 2</b>	€ 204.463,49	€ 146.455,44	€ 105.601,30	€ 215.749,39	€ 227.981,95	€ 150.134,10	€ 1.050.385,67

Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Andrano	LE/2	3	€ 18.864,22	€ 8.867,42	€ 9.369,43	€ 20.406,80	€ 22.345,09	€ 13.672,55	€ 93.525,51
Botrugno	LE/2	3	€ 11.175,94	€ 5.549,29	€ 5.622,74	€ 11.355,23	€ 13.116,12	€ 8.116,85	€ 54.936,17
Castro	LE/2	3	€ 9.411,90	€ 2.517,20	€ 4.966,67	€ 10.132,05	€ 10.063,64	€ 6.969,87	€ 44.061,32
Diso	LE/2	3	€ 12.098,39	€ 6.636,26	€ 6.842,72	€ 11.396,00	€ 18.648,73	€ 8.178,77	€ 63.800,87
Giuggianello	LE/2	3	€ 4.715,14	€ 5.778,12	€ 2.597,20	€ 4.648,10	€ 6.271,89	€ 3.323,64	€ 27.334,09
Minervino di Lecce	LE/2	3	€ 14.512,92	€ 10.240,44	€ 7.769,90	€ 14.576,28	€ 18.934,90	€ 10.280,48	€ 76.314,93
Nociglia	LE/2	3	€ 9.808,81	€ 6.235,80	€ 5.010,04	€ 11.212,53	€ 11.494,49	€ 7.126,28	€ 50.887,94
Ortelle	LE/2	3	€ 9.121,57	€ 5.663,71	€ 4.852,80	€ 9.255,43	€ 12.615,32	€ 6.363,80	€ 47.872,62
Poggiardo	LE/2	3	€ 22.296,76	€ 11.327,41	€ 11.299,71	€ 25.197,60	€ 25.421,42	€ 16.295,62	€ 111.838,52
San Cassiano	LE/2	3	€ 8.162,37	€ 4.919,99	€ 4.316,01	€ 8.419,59	€ 10.802,91	€ 5.760,98	€ 42.381,84
Sanarica	LE/2	3	€ 5.314,18	€ 7.322,77	€ 2.835,77	€ 5.157,76	€ 6.748,84	€ 3.789,60	€ 31.168,92
Santa Cesarea Terme	LE/2	3	€ 11.400,12	€ 15.160,43	€ 6.322,20	€ 10.825,18	€ 13.449,98	€ 8.270,00	€ 65.427,91
Spongano	LE/2	3	€ 13.998,41	€ 6.922,31	€ 7.146,36	€ 15.717,92	€ 16.740,93	€ 10.124,07	€ 70.650,01
Surano	LE/2	3	€ 6.593,11	€ 5.034,41	€ 4.202,15	€ 7.135,24	€ 7.750,43	€ 4.786,70	€ 35.502,03
Uggiano la Chiesa	LE/2	3	€ 15.964,58	€ 8.180,91	€ 8.209,10	€ 17.267,29	€ 17.766,38	€ 11.727,24	€ 79.115,49
<b>Poggiardo</b>	LE/2	<b>Totale 3</b>	<b>€ 173.438,40</b>	<b>€ 110.356,46</b>	<b>€ 91.362,80</b>	<b>€ 182.703,02</b>	<b>€ 212.171,07</b>	<b>€ 124.786,45</b>	<b>€ 894.818,20</b>
Casarano	LE/2	4	€ 75.629,63	€ 21.796,69	€ 37.748,83	€ 86.886,89	€ 74.308,76	€ 56.902,70	€ 353.273,49
Collepasso	LE/2	4	€ 24.582,66	€ 7.265,56	€ 12.573,91	€ 27.338,18	€ 32.217,95	€ 17.393,72	€ 121.371,98
Matino	LE/2	4	€ 42.704,52	€ 15.046,01	€ 21.303,53	€ 48.621,59	€ 44.046,30	€ 31.845,05	€ 203.567,00
Parabita	LE/2	4	€ 35.192,64	€ 11.899,50	€ 19.178,05	€ 36.104,33	€ 43.783,98	€ 25.220,57	€ 171.379,09
Ruffano	LE/2	4	€ 35.012,56	€ 22.197,15	€ 16.792,32	€ 38.489,54	€ 39.849,15	€ 25.598,56	€ 177.939,28
Supersano	LE/2	4	€ 16.879,68	€ 20.709,71	€ 8.480,20	€ 19.326,32	€ 18.219,48	€ 12.476,69	€ 96.092,08
Taurisano	LE/2	4	€ 45.732,79	€ 13.329,73	€ 20.343,81	€ 63.666,76	€ 35.318,12	€ 35.722,63	€ 214.113,85
<b>Casarano</b>	LE/2	<b>Totale 4</b>	<b>€ 275.734,46</b>	<b>€ 112.244,36</b>	<b>€ 136.420,65</b>	<b>€ 320.433,62</b>	<b>€ 287.743,75</b>	<b>€ 205.159,92</b>	<b>€ 1.337.736,77</b>
Acquarica del Capo	LE/2	5	€ 17.346,41	€ 10.526,48	€ 8.707,93	€ 21.609,60	€ 18.243,33	€ 12.887,26	€ 89.321,01
Alessano	LE/2	5	€ 24.082,85	€ 16.304,61	€ 12.199,78	€ 26.298,47	€ 27.615,39	€ 17.579,46	€ 124.080,55
Castrignano del Capo	LE/2	5	€ 20.080,68	€ 11.613,46	€ 11.256,33	€ 20.264,09	€ 27.925,40	€ 13.988,62	€ 105.128,59
Corsano	LE/2	5	€ 21.113,38	€ 5.206,03	€ 9.575,47	€ 29.437,98	€ 20.270,36	€ 15.950,22	€ 101.553,44
Gagliano del Capo	LE/2	5	€ 20.826,72	€ 9.210,67	€ 10.312,88	€ 26.114,99	€ 19.650,33	€ 15.780,78	€ 101.896,38
Miggiano	LE/2	5	€ 13.799,95	€ 4.347,90	€ 6.821,03	€ 16.512,99	€ 14.070,02	€ 10.313,06	€ 65.864,96
Montesano Salentino	LE/2	5	€ 10.172,64	€ 4.862,78	€ 4.852,80	€ 12.741,51	€ 9.849,01	€ 7.673,70	€ 50.152,44
Morciano di Leuca	LE/2	5	€ 12.892,21	€ 7.666,03	€ 7.357,82	€ 11.803,73	€ 19.292,61	€ 8.794,62	€ 67.807,02
Patù	LE/2	5	€ 6.405,68	€ 4.862,78	€ 3.443,05	€ 6.686,74	€ 7.821,97	€ 4.610,74	€ 33.830,96
Presicce	LE/2	5	€ 20.679,72	€ 13.787,41	€ 11.158,73	€ 19.754,43	€ 27.353,06	€ 14.597,96	€ 107.331,31
Salve	LE/2	5	€ 16.732,67	€ 18.764,60	€ 9.450,76	€ 15.473,29	€ 23.489,77	€ 11.626,23	€ 95.537,33
Specchia	LE/2	5	€ 18.151,26	€ 14.130,66	€ 9.190,50	€ 22.037,71	€ 19.340,31	€ 13.450,97	€ 96.301,41
Tiggiano	LE/2	5	€ 10.547,50	€ 4.290,69	€ 4.836,54	€ 15.004,40	€ 9.062,04	€ 8.113,60	€ 51.854,76
Tricase	LE/2	5	€ 63.880,37	€ 24.371,10	€ 31.914,62	€ 78.589,62	€ 62.981,21	€ 48.033,14	€ 309.770,06
Ugento	LE/2	5	€ 39.705,65	€ 56.522,65	€ 18.071,94	€ 44.564,70	€ 40.612,27	€ 29.655,36	€ 229.132,55
<b>Gagliano del Capo</b>	LE/2	<b>Totale 5</b>	<b>€ 316.417,68</b>	<b>€ 206.467,84</b>	<b>€ 159.150,20</b>	<b>€ 366.894,25</b>	<b>€ 347.577,08</b>	<b>€ 233.055,70</b>	<b>€ 1.629.562,76</b>

### Prospetto di riparto delle risorse del FNPS 2001-2003 per Comuni e ambiti territoriali (segue)

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	Quota 6	TOTALE
Castellaneta	TA/1	1	€ 63.946,52	€ 8.867,42	€ 33.243,05	€ 68.641,05	€ 64.340,51	€ 47.906,06	€ 286.944,60
Ginosa	TA/1	1	€ 81.410,54	€ 5.549,29	€ 41.224,41	€ 100.321,53	€ 78.076,66	€ 61.513,44	€ 368.095,87
Laterza	TA/1	1	€ 55.137,34	€ 2.517,20	€ 26.850,36	€ 69.334,19	€ 52.941,42	€ 41.653,05	€ 248.433,55
Palagianello	TA/1	1	€ 27.548,46	€ 6.636,26	€ 12.807,06	€ 35.982,02	€ 22.440,48	€ 21.359,29	€ 126.773,56
<b>Ginosa</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 228.042,85</b>	<b>€ 5.778,12</b>	<b>€ 114.124,88</b>	<b>€ 274.278,78</b>	<b>€ 217.799,07</b>	<b>€ 172.431,83</b>	<b>€ 1.012.455,54</b>
Massafra	TA/1	2	€ 113.773,36	€ 10.240,44	€ 54.470,66	€ 140.421,60	€ 95.676,11	€ 87.802,79	€ 502.384,96
Mottola	TA/1	2	€ 60.888,85	€ 6.235,80	€ 31.057,93	€ 69.069,16	€ 61.764,98	€ 45.546,92	€ 274.563,65
Palagianò	TA/1	2	€ 58.132,53	€ 5.663,71	€ 27.549,81	€ 74.940,45	€ 45.811,02	€ 45.282,99	€ 257.380,51
Statte	TA/1	2	€ 53.652,60	€ 11.327,41	€ 24.697,78	€ 63.789,08	€ 35.985,85	€ 42.653,40	€ 232.106,13
<b>Massafra</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 286.447,34</b>	<b>€ 4.919,99</b>	<b>€ 137.776,18</b>	<b>€ 348.220,30</b>	<b>€ 239.237,96</b>	<b>€ 221.286,10</b>	<b>€ 1.237.887,88</b>
Taranto	TA/1	3 e 4	€ 741.463,60	€ 7.322,77	€ 383.783,39	€ -	€ 749.192,57	€ 555.041,63	€ 2.436.803,96
<b>Taranto</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 3 e 4</b>	<b>€ 741.463,60</b>	<b>€ 15.160,43</b>	<b>€ 383.783,39</b>	<b>€ -</b>	<b>€ 749.192,57</b>	<b>€ 555.041,63</b>	<b>€ 2.444.641,62</b>
Crispiano	TA/1	5	€ 47.732,04	€ 6.922,31	€ 23.569,98	€ 52.800,81	€ 45.238,68	€ 36.139,71	€ 212.403,52
Martina Franca	TA/1	5	€ 179.193,59	€ 5.034,41	€ 94.410,03	€ 204.394,16	€ 186.773,50	€ 133.359,49	€ 803.165,18
<b>Martina Franca</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 5</b>	<b>€ 226.925,63</b>	<b>€ 8.180,91</b>	<b>€ 117.980,01</b>	<b>€ 257.194,97</b>	<b>€ 232.012,18</b>	<b>€ 169.499,20</b>	<b>€ 1.011.792,89</b>
Carosino	TA/1	6	€ 22.293,08	€ 110.356,46	€ 10.952,69	€ 26.481,95	€ 20.795,01	€ 16.924,50	€ 207.803,69
Faggiano	TA/1	6	€ 12.925,28	€ 21.796,69	€ 6.224,60	€ 14.759,76	€ 11.542,18	€ 9.882,95	€ 77.131,46
Grottaglie	TA/1	6	€ 117.047,86	€ 7.265,56	€ 55.967,17	€ 145.620,14	€ 104.714,30	€ 89.471,13	€ 520.086,16
Leporano	TA/1	6	€ 21.330,21	€ 15.046,01	€ 10.909,31	€ 22.751,24	€ 14.833,14	€ 16.885,40	€ 101.755,30
Monteiasi	TA/1	6	€ 19.095,75	€ 11.899,50	€ 9.190,50	€ 20.366,03	€ 16.621,70	€ 14.659,87	€ 91.833,35
Montemesola	TA/1	6	€ 15.718,35	€ 22.197,15	€ 7.943,41	€ 17.593,47	€ 17.384,82	€ 11.561,06	€ 92.398,26
Monteparano	TA/1	6	€ 8.772,43	€ 20.709,71	€ 4.446,14	€ 9.520,45	€ 10.015,94	€ 6.409,41	€ 59.874,10
Pulsano	TA/1	6	€ 37.621,87	€ 13.329,73	€ 18.679,22	€ 40.976,69	€ 32.647,21	€ 28.896,13	€ 172.150,85
Roccaforzata	TA/1	6	€ 6.501,23	€ 112.244,36	€ 3.123,14	€ 8.603,07	€ 6.104,96	€ 4.930,07	€ 141.506,83
San Giorgio Ionico	TA/1	6	€ 57.430,59	€ 10.526,48	€ 29.501,78	€ 70.475,82	€ 41.399,23	€ 45.263,44	€ 254.597,35
San Marzano di S.Giuseppe	TA/1	6	€ 32.469,40	€ 16.304,61	€ 14.769,87	€ 42.607,60	€ 27.996,95	€ 24.963,16	€ 159.111,58
<b>Grottaglie</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 6</b>	<b>€ 351.206,06</b>	<b>€ 11.613,46</b>	<b>€ 171.707,84</b>	<b>€ 419.756,21</b>	<b>€ 304.055,43</b>	<b>€ 269.847,11</b>	<b>€ 1.528.186,11</b>
Avetrana	TA/1	7	€ 26.806,09	€ 5.206,03	€ 14.130,06	€ 32.985,21	€ 24.992,16	€ 20.352,42	€ 124.471,97
Fragagnano	TA/1	7	€ 20.756,89	€ 9.210,67	€ 10.258,66	€ 23.036,65	€ 21.462,74	€ 15.471,23	€ 100.196,83
Lizzano	TA/1	7	€ 37.423,42	€ 4.347,90	€ 17.958,08	€ 48.540,05	€ 31.025,58	€ 28.941,75	€ 168.236,76
Manduria	TA/1	7	€ 116.621,55	€ 4.862,78	€ 59.166,22	€ 126.844,25	€ 129.205,67	€ 85.746,69	€ 522.447,17
Maruggio	TA/1	7	€ 19.801,37	€ 7.666,03	€ 10.415,90	€ 20.651,43	€ 24.181,35	€ 14.252,56	€ 96.968,64
Sava	TA/1	7	€ 59.279,16	€ 4.862,78	€ 29.810,84	€ 69.538,05	€ 65.652,12	€ 43.588,58	€ 272.731,54
Torriceia	TA/1	7	€ 15.016,41	€ 13.787,41	€ 7.937,99	€ 16.716,86	€ 16.669,39	€ 11.036,45	€ 81.164,50
<b>Manduria</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 7</b>	<b>€ 295.704,89</b>	<b>€ 18.764,60</b>	<b>€ 149.677,75</b>	<b>€ 338.312,50</b>	<b>€ 313.189,01</b>	<b>€ 219.389,67</b>	<b>€ 1.335.038,42</b>
<b>REGIONE PUGLIA</b>		<b>Totale complessivo</b>	<b>€ 14.772.014,17</b>	<b>€ 11.079.010,63</b>	<b>€ 7.386.007,09</b>	<b>€ 14.772.014,17</b>	<b>€ 14.772.014,17</b>	<b>€ 11.079.010,63</b>	<b>€ 73.860.070,87</b>

### Prospetti di riparto delle risorse disponibili per gli incentivi alla gestione associata degli ambiti obbligati

(\*) solo per gli ambiti territoriali con una prevalenza di "piccoli Comuni"

<b>Risorse complessivamente disponibili</b>	€	<b>16.806.833,53</b>	(accantonamento per premialità)
di cui incentivi per "piccoli Comuni" (25%)	€	4.201.708,38	
di cui altre risorse	€	12.605.125,15	
<b>Risorse disponibili per il riparto ai Comuni</b>	€	<b>4.201.708,38</b>	

#### Criteria di riparto del 25% destinato ad incentivi per l'associazionismo dei "piccoli Comuni"

Criteria	Quote da ripartire	Indicatori	Note
40% su num. Comuni ambito	€ 1.680.683,35	incidenza su totale Comuni interessati	Quota 1
60% su popolazione residente	€ 2.521.025,03	incidenza su totale Comuni interessati	Quota 2

COMUNI	ASL	Num. Comuni	Peso 1	Quota 1	Pop. Resid.	Peso 2	Quota 2	Totale
S. Severo	FG/1	8	0,05128	€ 86.188,89	107.764	0,088971	€ 224.298,88	€ 310.487,77
Vico del Gargano	FG/1	8	0,05128	€ 86.188,89	47.875	0,039526	€ 99.646,53	€ 185.835,42
Cerignola	FG/2	6	0,03846	€ 64.641,67	93.289	0,077021	€ 194.170,77	€ 258.812,43
Lucera	FG/3	14	0,08974	€ 150.830,56	57.760	0,047687	€ 120.221,07	€ 271.051,63
Troia	FG/3	16	0,10256	€ 172.377,78	44.062	0,036378	€ 91.710,19	€ 264.087,97
Lecce	LE/1	9	0,05769	€ 96.962,50	145.877	0,120438	€ 303.626,89	€ 400.589,39
Nardò	LE/1	8	0,05128	€ 86.188,89	93.885	0,077513	€ 195.411,27	€ 281.600,16
Martano	LE/1	8	0,05128	€ 86.188,89	45.231	0,037343	€ 94.143,34	€ 180.332,23
Galatina	LE/1	6	0,03846	€ 64.641,67	62.364	0,051488	€ 129.803,79	€ 194.445,46
Gallipoli	LE/2	8	0,05128	€ 86.188,89	73.135	0,060381	€ 152.222,44	€ 238.411,33
Maglie	LE/2	12	0,07692	€ 129.283,33	55.635	0,045933	€ 115.798,12	€ 245.081,45
Poggiardo	LE/2	15	0,09615	€ 161.604,17	47.193	0,038963	€ 98.227,03	€ 259.831,19
Casarano	LE/2	7	0,04487	€ 75.415,28	75.028	0,061944	€ 156.162,51	€ 231.577,79
Gagliano del Capo	LE/2	13	0,08333	€ 140.056,95	86.098	0,071084	€ 179.203,49	€ 319.260,44
Grottaglie	TA/1	11	0,07051	€ 118.509,72	95.564	0,078899	€ 198.905,93	€ 317.415,65
Manduria	TA/1	7	0,04487	€ 75.415,28	80.462	0,066430	€ 167.472,78	€ 242.888,06
<b>REGIONE PUGLIA</b>		<b>156</b>	<b>1,00000</b>	<b>€ 1.680.683,35</b>	<b>1.211.222</b>	<b>1,000000</b>	<b>€ 2.521.025,03</b>	<b>€ 4.201.708,38</b>

**Prospetto di riparto delle risorse disponibili del Fondo Globale socioassistenziale per l'anno 2004**

<b>Risorse complessivamente disponibili</b>	<b>€</b>	<b>18.900.000,00</b>
ex Cap. 781035	€	1.291.142,00
ex Cap. 781075	€	1.100.000,00
ex Cap. 782010	€	516.459,00
<b>Risorse disponibili per il riparto ai Comuni</b>	<b>€</b>	<b>15.992.399,00</b>

**Criteri di riparto**

<b>Criteri</b>	<b>Quote da ripartire</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Note</b>
40% su popolazione residente	€ 6.396.959,60	incidenza su totale regionale	Quota 1
10% su nuclei familiari	€ 1.599.239,90	incidenza su totale regionale	Quota 2
10% su popolazione tra 0 e 17 anni	€ 1.599.239,90	incidenza su totale regionale	Quota 3
10% su popolazione anziana (65 anni e oltre)	€ 1.599.239,90	incidenza su totale regionale	Quota 4
30% quota standard	€ 4.797.719,70	incidenza su totale regionale	Quota 5

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti.**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Andria	BA/1	1	€ 152.368,43	€ 34.680,38	€ 43.952,93	€ 30.338,30	€ 18.595,81	€ 279.935,86
Andria	BA/1	<b>Totale 1</b>	€ 152.368,43	€ 34.680,38	€ 43.952,93	€ 30.338,30	€ 18.595,81	€ 279.935,86
Canosa di Puglia	BA/1	2	€ 50.044,13	€ 12.146,35	€ 13.066,06	€ 12.227,23	€ 18.595,81	€ 106.079,59
Minervino Murge	BA/1	2	€ 16.255,39	€ 4.671,40	€ 3.763,86	€ 5.109,31	€ 18.595,81	€ 48.395,78
Spinazzola	BA/1	2	€ 11.703,75	€ 3.178,06	€ 2.923,22	€ 3.782,28	€ 18.595,81	€ 40.183,13
Canosa di Puglia	BA/1	<b>Totale 2</b>	€ 78.003,28	€ 19.995,81	€ 19.753,14	€ 21.118,83	€ 55.787,44	€ 194.658,50
Corato	BA/1	3	€ 71.583,24	€ 17.690,05	€ 18.904,89	€ 16.528,45	€ 18.595,81	€ 143.302,45
Ruvo di Puglia	BA/1	3	€ 40.963,14	€ 10.588,43	€ 10.180,87	€ 10.900,21	€ 18.595,81	€ 91.228,47
Terlizzi	BA/1	3	€ 43.850,09	€ 10.129,40	€ 12.520,21	€ 9.487,98	€ 18.595,81	€ 94.583,49
Terlizzi	BA/1	<b>Totale 3</b>	€ 156.396,47	€ 38.407,88	€ 41.605,98	€ 36.916,64	€ 55.787,44	€ 329.114,41
Barletta	BA/2	1	€ 146.608,86	€ 33.769,35	€ 40.626,50	€ 29.558,61	€ 18.595,81	€ 269.159,13
Barletta	BA/2	<b>Totale 1</b>	€ 146.608,86	€ 33.769,35	€ 40.626,50	€ 29.558,61	€ 18.595,81	€ 269.159,13
Bisceglie	BA/2	2	€ 82.292,32	€ 19.559,08	€ 20.569,06	€ 18.637,75	€ 18.595,81	€ 159.654,02
Trani	BA/2	2	€ 84.588,83	€ 20.027,51	€ 22.895,08	€ 17.710,90	€ 18.595,81	€ 163.818,13
Trani	BA/2	<b>Totale 2</b>	€ 166.881,15	€ 39.586,59	€ 43.464,14	€ 36.348,65	€ 37.191,63	€ 323.472,15
Giovinazzo	BA/2	3	€ 32.272,06	€ 8.088,96	€ 7.590,49	€ 7.438,06	€ 18.595,81	€ 73.985,38
Molfetta	BA/2	3	€ 99.432,58	€ 25.662,78	€ 22.337,82	€ 27.025,90	€ 18.595,81	€ 193.054,89
Molfetta	BA/2	<b>Totale 3</b>	€ 131.704,64	€ 33.751,74	€ 29.928,31	€ 34.463,96	€ 37.191,63	€ 267.040,27
Altamura	BA/3	1	€ 102.260,64	€ 22.126,65	€ 31.946,23	€ 21.227,26	€ 18.595,81	€ 196.156,59
Gravina in Puglia	BA/3	1	€ 67.165,29	€ 15.203,48	€ 21.076,86	€ 13.654,95	€ 18.595,81	€ 135.696,40
Poggiorsini	BA/3	1	€ 2.417,46	€ 619,88	€ 812,11	€ 570,57	€ 18.595,81	€ 23.015,83
Santeramo in Colle	BA/3	1	€ 41.489,92	€ 10.193,97	€ 11.380,97	€ 9.420,86	€ 18.595,81	€ 91.081,53
Altamura	BA/3	<b>Totale 1</b>	€ 213.333,31	€ 48.143,98	€ 65.216,18	€ 44.873,63	€ 74.383,25	€ 445.950,35
Acquaviva delle Fonti	BA/3	2	€ 34.388,73	€ 8.481,08	€ 8.573,77	€ 9.154,93	€ 18.595,81	€ 79.194,33
Binetto	BA/3	2	€ 3.074,74	€ 737,28	€ 954,75	€ 555,08	€ 18.595,81	€ 23.917,67
Cassano delle Murge	BA/3	2	€ 19.070,72	€ 4.824,02	€ 5.078,08	€ 4.288,31	€ 18.595,81	€ 51.856,94
Grumo Appula	BA/3	2	€ 19.804,39	€ 5.021,26	€ 5.367,16	€ 4.884,70	€ 18.595,81	€ 53.673,33
Palo del Colle	BA/3	2	€ 33.185,57	€ 8.099,52	€ 9.311,71	€ 6.660,95	€ 18.595,81	€ 75.853,56
Sannicandro di Bari	BA/3	2	€ 14.915,36	€ 3.593,66	€ 4.083,38	€ 4.043,04	€ 18.595,81	€ 45.231,26
Toritto	BA/3	2	€ 14.180,10	€ 3.537,31	€ 4.077,68	€ 3.495,71	€ 18.595,81	€ 43.886,60
Grumo Appula	BA/3	<b>Totale 2</b>	€ 138.619,62	€ 34.294,13	€ 37.446,52	€ 33.082,72	€ 130.170,69	€ 373.613,69
B a r i	BA/4	1, 2, 3	€ 503.350,56	€ 129.718,01	€ 109.644,58	€ 133.657,90	€ 18.595,81	€ 894.966,87
Bari	BA/4	<b>Totale 1, 2, 3</b>	€ 503.350,56	€ 129.718,01	€ 109.644,58	€ 133.657,90	€ 18.595,81	€ 894.966,87
Bitetto	BA/4	4	€ 16.153,54	€ 3.996,34	€ 4.193,69	€ 3.645,45	€ 18.595,81	€ 46.584,84
Bitonto	BA/4	4	€ 90.587,12	€ 21.192,13	€ 26.240,53	€ 16.827,94	€ 18.595,81	€ 173.443,53
Bitritto	BA/4	4	€ 15.671,32	€ 3.775,63	€ 4.271,67	€ 2.816,70	€ 18.595,81	€ 45.131,13
Modugno	BA/4	4	€ 57.317,20	€ 13.489,42	€ 14.433,53	€ 9.870,08	€ 18.595,81	€ 113.706,05
Bitonto	BA/4	<b>Totale 4</b>	€ 179.729,18	€ 42.453,53	€ 49.139,41	€ 33.160,17	€ 111.574,88	€ 378.865,54

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

Adelfia	BA/4	5	€ 25.839,29	€ 6.551,00	€ 6.656,65	€ 6.020,67	€ 18.595,81	€ 63.663,43
Capurso	BA/4	5	€ 22.898,23	€ 5.615,31	€ 5.920,62	€ 4.234,09	€ 18.595,81	€ 57.264,07
Cellamare	BA/4	5	€ 7.527,71	€ 1.761,02	€ 2.396,39	€ 1.027,54	€ 18.595,81	€ 31.308,48
Triggiano	BA/4	5	€ 41.925,99	€ 10.352,46	€ 10.991,08	€ 9.012,94	€ 18.595,81	€ 90.878,28
Valenzano	BA/4	5	€ 27.367,11	€ 6.869,16	€ 6.917,21	€ 5.210,00	€ 18.595,81	€ 64.959,30
<b>Triggiano</b>	<b>BA/4</b>	<b>Totale 5</b>	<b>€ 125.558,34</b>	<b>€ 31.148,95</b>	<b>€ 32.881,96</b>	<b>€ 25.505,24</b>	<b>€ 92.979,06</b>	<b>€ 308.073,55</b>
Mola di Bari	BA/4	6	€ 41.295,76	€ 9.845,28	€ 9.323,12	€ 10.714,32	€ 18.595,81	€ 89.774,29
Noicattaro	BA/4	6	€ 37.718,11	€ 8.815,67	€ 10.911,20	€ 7.084,36	€ 18.595,81	€ 83.125,16
Rutigliano	BA/4	6	€ 27.978,24	€ 6.747,06	€ 7.464,96	€ 6.433,75	€ 18.595,81	€ 67.219,83
<b>Mola di Bari</b>	<b>BA/4</b>	<b>Totale 6</b>	<b>€ 106.992,11</b>	<b>€ 25.408,02</b>	<b>€ 27.699,28</b>	<b>€ 24.232,43</b>	<b>€ 55.787,44</b>	<b>€ 240.119,28</b>
Conversano	BA/5	1	€ 38.291,04	€ 10.051,91	€ 9.315,51	€ 9.717,76	€ 18.595,81	€ 85.972,03
Monopoli	BA/5	1	€ 74.354,01	€ 18.207,79	€ 18.431,32	€ 18.361,50	€ 18.595,81	€ 147.950,44
Polignano a Mare	BA/5	1	€ 26.041,41	€ 6.705,97	€ 6.647,14	€ 6.629,97	€ 18.595,81	€ 64.620,31
<b>Conversano</b>	<b>BA/5</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 138.686,47</b>	<b>€ 34.965,67</b>	<b>€ 34.393,97</b>	<b>€ 34.709,23</b>	<b>€ 55.787,44</b>	<b>€ 298.542,78</b>
Casamassima	BA/5	2	€ 26.654,13	€ 6.682,49	€ 6.801,20	€ 6.170,42	€ 18.595,81	€ 64.904,05
Gioia del Colle	BA/5	2	€ 44.001,28	€ 11.236,49	€ 9.290,79	€ 13.244,45	€ 18.595,81	€ 96.368,81
Sammichele di Bari	BA/5	2	€ 11.065,57	€ 2.935,04	€ 2.274,67	€ 3.784,87	€ 18.595,81	€ 38.655,96
Turi	BA/5	2	€ 17.993,29	€ 4.886,25	€ 4.001,60	€ 5.721,19	€ 18.595,81	€ 51.198,14
<b>Gioia del Colle</b>	<b>BA/5</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 99.714,27</b>	<b>€ 25.740,26</b>	<b>€ 22.368,26</b>	<b>€ 28.920,92</b>	<b>€ 74.383,25</b>	<b>€ 251.126,95</b>
Alberobello	BA/5	3	€ 17.315,32	€ 4.569,26	€ 3.771,47	€ 5.357,16	€ 18.595,81	€ 49.609,02
Castellana Grotte	BA/5	3	€ 29.084,32	€ 7.478,47	€ 7.367,96	€ 7.549,08	€ 18.595,81	€ 70.075,65
Locorotondo	BA/5	3	€ 22.164,56	€ 5.936,99	€ 5.133,23	€ 6.808,11	€ 18.595,81	€ 58.638,71
Noci	BA/5	3	€ 31.130,97	€ 7.851,81	€ 7.307,10	€ 8.713,45	€ 18.595,81	€ 73.599,14
Putignano	BA/5	3	€ 44.784,29	€ 11.591,04	€ 10.040,13	€ 11.166,13	€ 18.595,81	€ 96.177,40
<b>Putignano</b>	<b>BA/5</b>	<b>Totale 3</b>	<b>€ 144.479,46</b>	<b>€ 37.427,58</b>	<b>€ 33.619,90</b>	<b>€ 39.593,93</b>	<b>€ 92.979,06</b>	<b>€ 348.099,92</b>
Brindisi	BR/1	1	€ 141.535,22	€ 37.141,12	€ 34.439,62	€ 32.540,55	€ 18.595,81	€ 264.252,31
San Vito dei Normanni	BR/1	1	€ 31.925,12	€ 8.239,23	€ 7.246,24	€ 9.154,93	€ 18.595,81	€ 75.161,34
<b>Brindisi</b>	<b>BR/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 173.460,34</b>	<b>€ 45.380,35</b>	<b>€ 41.685,86</b>	<b>€ 41.695,48</b>	<b>€ 37.191,63</b>	<b>€ 339.413,65</b>
Cisternino	BR/1	2	€ 19.218,73	€ 5.351,16	€ 4.157,56	€ 6.839,09	€ 18.595,81	€ 54.162,35
Fasano	BR/1	2	€ 61.571,23	€ 15.295,06	€ 15.323,61	€ 13.946,69	€ 18.595,81	€ 124.732,41
Ostuni	BR/1	2	€ 52.353,37	€ 13.427,20	€ 11.156,55	€ 16.213,48	€ 18.595,81	€ 111.746,41
<b>Fasano</b>	<b>BR/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 133.143,34</b>	<b>€ 34.073,42</b>	<b>€ 30.637,72</b>	<b>€ 36.999,25</b>	<b>€ 55.787,44</b>	<b>€ 290.641,16</b>
Ceglie Messapica	BR/1	3	€ 33.927,20	€ 8.949,51	€ 8.398,79	€ 10.265,09	€ 18.595,81	€ 80.136,41
Carovigno	BR/1	3	€ 23.814,93	€ 6.172,97	€ 6.443,64	€ 5.692,79	€ 18.595,81	€ 60.720,14
Francavilla Fontana	BR/1	3	€ 57.678,47	€ 14.580,08	€ 16.202,29	€ 12.534,46	€ 18.595,81	€ 119.591,12
Oria	BR/1	3	€ 24.152,32	€ 6.154,18	€ 6.135,53	€ 6.624,81	€ 18.595,81	€ 61.662,66
San Michele Salentino	BR/1	3	€ 9.922,89	€ 2.652,10	€ 2.369,77	€ 2.963,86	€ 18.595,81	€ 36.504,43
Villa Castelli	BR/1	3	€ 13.787,00	€ 3.138,14	€ 4.001,60	€ 3.118,77	€ 18.595,81	€ 42.641,33
<b>Francavilla Fontana</b>	<b>BR/1</b>	<b>Totale 3</b>	<b>€ 163.282,81</b>	<b>€ 41.646,98</b>	<b>€ 43.551,63</b>	<b>€ 41.199,78</b>	<b>€ 111.574,88</b>	<b>€ 401.256,08</b>



**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Cellino San Marco	BR/1	4	€ 10.850,72	€ 2.780,07	€ 2.417,32	€ 3.160,08	€ 18.595,81	€ 37.803,99
Erchie	BR/1	4	€ 13.917,51	€ 3.228,54	€ 4.138,54	€ 3.090,37	€ 18.595,81	€ 42.970,76
Latiano	BR/1	4	€ 24.459,48	€ 6.318,54	€ 5.933,93	€ 6.707,42	€ 18.595,81	€ 62.015,19
Mesagne	BR/1	4	€ 43.834,17	€ 10.945,34	€ 9.998,29	€ 11.940,66	€ 18.595,81	€ 95.314,27
San Donaci	BR/1	4	€ 11.302,70	€ 2.911,56	€ 2.611,31	€ 3.291,75	€ 18.595,81	€ 38.713,13
San Pancrazio Salentino	BR/1	4	€ 16.785,35	€ 3.981,08	€ 4.186,08	€ 4.293,47	€ 18.595,81	€ 47.841,81
San Pietro Vernotico	BR/1	4	€ 23.859,49	€ 6.345,55	€ 5.336,73	€ 7.404,50	€ 18.595,81	€ 61.542,08
Torchiarolo	BR/1	4	€ 8.156,34	€ 1.997,00	€ 2.227,13	€ 1.962,14	€ 18.595,81	€ 32.938,42
Torre Santa Susanna	BR/1	4	€ 16.871,29	€ 4.077,35	€ 4.743,34	€ 3.939,77	€ 18.595,81	€ 48.227,57
<b>Mesagne</b>	<b>BR/1</b>	<b>Totale 4</b>	<b>€ 170.037,06</b>	<b>€ 42.585,02</b>	<b>€ 41.592,67</b>	<b>€ 45.790,16</b>	<b>€ 167.362,32</b>	<b>€ 467.367,22</b>
Apricena	FG/1	1	€ 21.703,03	€ 5.621,18	€ 5.816,01	€ 5.171,27	€ 18.595,81	€ 56.907,31
Chieuti	FG/1	1	€ 2.836,02	€ 767,81	€ 694,19	€ 911,36	€ 18.595,81	€ 23.805,19
Lesina	FG/1	1	€ 9.981,77	€ 2.715,50	€ 2.440,14	€ 2.579,18	€ 18.595,81	€ 36.312,40
Poggio Imperiale	FG/1	1	€ 4.586,65	€ 1.334,85	€ 981,38	€ 1.608,44	€ 18.595,81	€ 27.107,14
San Paolo di Civitate	FG/1	1	€ 9.706,45	€ 2.500,65	€ 2.599,90	€ 2.656,63	€ 18.595,81	€ 36.059,44
San Severo	FG/1	1	€ 88.675,75	€ 22.160,69	€ 24.568,75	€ 18.978,54	€ 18.595,81	€ 172.979,56
Serracapriola	FG/1	1	€ 6.927,72	€ 1.777,46	€ 1.510,11	€ 2.863,18	€ 18.595,81	€ 31.674,27
Torremaggiore	FG/1	1	€ 27.087,01	€ 7.027,65	€ 7.257,65	€ 7.254,76	€ 18.595,81	€ 67.222,89
<b>S. Severo</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 171.504,40</b>	<b>€ 43.905,79</b>	<b>€ 45.868,14</b>	<b>€ 42.023,37</b>	<b>€ 148.766,50</b>	<b>€ 452.068,20</b>
Rignano Garganico	FG/1	2	€ 3.663,59	€ 1.054,26	€ 891,99	€ 1.345,10	€ 18.595,81	€ 25.550,76
San Giovanni Rotondo	FG/1	2	€ 41.617,24	€ 10.137,61	€ 12.118,91	€ 9.366,64	€ 18.595,81	€ 91.836,22
San Nicandro Garganico	FG/1	2	€ 28.681,68	€ 7.451,47	€ 7.379,38	€ 8.530,15	€ 18.595,81	€ 70.638,48
San Marco in Lamis	FG/1	2	€ 25.065,83	€ 6.323,24	€ 6.871,57	€ 7.110,18	€ 18.595,81	€ 63.966,63
<b>San Marco in Lamis</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 99.028,34</b>	<b>€ 24.966,59</b>	<b>€ 27.261,85</b>	<b>€ 26.352,06</b>	<b>€ 74.383,25</b>	<b>€ 251.992,09</b>
Cagnano Varano	FG/1	3	€ 13.704,25	€ 2.885,73	€ 3.491,89	€ 3.524,11	€ 18.595,81	€ 42.201,78
Carpino	FG/1	3	€ 7.494,29	€ 2.142,58	€ 1.645,14	€ 2.956,12	€ 18.595,81	€ 32.833,94
Ischitella	FG/1	3	€ 7.207,82	€ 2.115,57	€ 1.839,14	€ 2.444,93	€ 18.595,81	€ 32.203,27
Isole Tremiti	FG/1	3	€ 588,85	€ 238,32	€ 91,29	€ 191,05	€ 18.595,81	€ 19.705,33
Peschici	FG/1	3	€ 6.895,89	€ 1.856,12	€ 1.900,00	€ 1.670,40	€ 18.595,81	€ 30.918,22
Rodi Garganico	FG/1	3	€ 5.996,70	€ 1.641,27	€ 1.468,27	€ 1.773,67	€ 18.595,81	€ 29.475,73
Vico del Gargano	FG/1	3	€ 12.932,38	€ 3.458,65	€ 3.238,94	€ 3.660,94	€ 18.595,81	€ 41.886,71
Vieste	FG/1	3	€ 21.372,00	€ 5.303,02	€ 5.947,24	€ 5.062,84	€ 18.595,81	€ 56.280,92
<b>Vico del Gargano</b>	<b>FG/1</b>	<b>Totale 3</b>	<b>€ 76.192,17</b>	<b>€ 19.641,26</b>	<b>€ 19.621,91</b>	<b>€ 21.284,06</b>	<b>€ 148.766,50</b>	<b>€ 285.505,90</b>
Manfredonia	FG/2	1	€ 91.750,50	€ 20.881,02	€ 25.000,49	€ 19.998,34	€ 18.595,81	€ 176.226,15
Mattinata	FG/2	1	€ 10.088,40	€ 2.629,79	€ 2.668,37	€ 2.806,38	€ 18.595,81	€ 36.788,75
Monte Sant'Angelo	FG/2	1	€ 22.100,90	€ 5.735,06	€ 5.447,04	€ 7.277,99	€ 18.595,81	€ 59.156,81
<b>Manfredonia</b>	<b>FG/2</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 123.939,80</b>	<b>€ 29.245,87</b>	<b>€ 33.115,90</b>	<b>€ 30.082,71</b>	<b>€ 55.787,44</b>	<b>€ 272.171,71</b>



**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Margherita di Savoia	FG/2	2	€ 20.025,61	€ 5.320,63	€ 5.009,61	€ 5.605,01	€ 18.595,81	€ 54.556,67
San Ferdinando di Puglia	FG/2	2	€ 22.832,98	€ 5.671,66	€ 6.401,80	€ 6.059,40	€ 18.595,81	€ 59.561,66
Trinitapoli	FG/2	2	€ 23.011,23	€ 5.654,05	€ 6.688,99	€ 5.478,50	€ 18.595,81	€ 59.428,58
Zapponeta	FG/2	2	€ 4.771,26	€ 1.141,14	€ 1.515,81	€ 833,91	€ 18.595,81	€ 26.857,94
Margherita di Savoia	FG/2	<b>Totale 2</b>	€ 70.641,09	€ 17.787,49	€ 19.616,20	€ 17.976,82	€ 74.383,25	€ 200.404,85
Carapelle	FG/2	3	€ 9.364,28	€ 2.208,32	€ 2.936,53	€ 1.370,92	€ 18.595,81	€ 34.475,86
Cerignola	FG/2	3	€ 91.295,33	€ 21.738,05	€ 27.628,91	€ 17.003,50	€ 18.595,81	€ 176.261,60
Ordona	FG/2	3	€ 4.112,39	€ 963,87	€ 1.234,33	€ 833,91	€ 18.595,81	€ 25.740,31
Orta Nova	FG/2	3	€ 28.145,35	€ 6.632,01	€ 8.164,86	€ 5.555,96	€ 18.595,81	€ 67.093,98
Stomara	FG/2	3	€ 7.546,80	€ 1.831,46	€ 2.303,20	€ 1.618,77	€ 18.595,81	€ 31.896,05
Stomarella	FG/2	3	€ 8.003,56	€ 1.912,47	€ 2.259,46	€ 1.662,66	€ 18.595,81	€ 32.433,96
Cerignola	FG/2	<b>Totale 3</b>	€ 148.467,71	€ 35.286,17	€ 44.527,30	€ 28.045,70	€ 111.574,88	€ 367.901,76
Foggia	FG/3	1 e 2	€ 246.978,82	€ 56.695,50	€ 60.461,43	€ 59.060,42	€ 18.595,81	€ 441.791,98
Foggia	FG/3	<b>Totale 1 e 2</b>	€ 246.978,82	€ 56.695,50	€ 60.461,43	€ 59.060,42	€ 18.595,81	€ 441.791,98
Alberona	FG/3	3	€ 1.801,56	€ 568,22	€ 372,77	€ 828,75	€ 18.595,81	€ 22.167,11
Biccari	FG/3	3	€ 4.884,26	€ 1.350,12	€ 909,11	€ 1.871,78	€ 18.595,81	€ 27.611,07
Carlantino	FG/3	3	€ 2.054,60	€ 658,62	€ 427,93	€ 774,53	€ 18.595,81	€ 22.511,49
Casalnuovo Monterotaro	FG/3	3	€ 3.097,02	€ 956,82	€ 536,34	€ 1.409,64	€ 18.595,81	€ 24.595,64
Casalvecchio di Puglia	FG/3	3	€ 3.423,28	€ 1.000,26	€ 737,94	€ 1.187,61	€ 18.595,81	€ 24.944,90
Castelnuovo della Daunia	FG/3	3	€ 2.764,40	€ 831,20	€ 581,98	€ 1.161,79	€ 18.595,81	€ 23.935,19
Celenza Valfortore	FG/3	3	€ 3.155,91	€ 940,39	€ 591,49	€ 1.363,17	€ 18.595,81	€ 24.646,77
Lucera	FG/3	3	€ 55.926,25	€ 13.785,28	€ 14.722,61	€ 12.965,62	€ 18.595,81	€ 115.995,57
Motta Montecorvino	FG/3	3	€ 1.499,18	€ 503,65	€ 226,33	€ 802,93	€ 18.595,81	€ 21.627,90
Pietramontecorvino	FG/3	3	€ 4.709,19	€ 1.328,98	€ 981,38	€ 1.817,56	€ 18.595,81	€ 27.432,93
Roseto Valfortore	FG/3	3	€ 2.088,02	€ 696,19	€ 387,99	€ 1.061,10	€ 18.595,81	€ 22.829,12
San Marco la Catola	FG/3	3	€ 2.399,95	€ 720,84	€ 465,97	€ 952,67	€ 18.595,81	€ 23.135,25
Volturara Appula	FG/3	3	€ 948,52	€ 358,07	€ 123,62	€ 668,68	€ 18.595,81	€ 20.694,71
Volturino	FG/3	3	€ 3.171,82	€ 972,08	€ 561,06	€ 1.407,06	€ 18.595,81	€ 24.707,84
Lucera	FG/3	<b>Totale 3</b>	€ 91.923,97	€ 24.670,74	€ 21.626,51	€ 28.272,89	€ 260.341,38	€ 426.835,49

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Accadia	FG/3	4	€ 4.292,23	€ 1.232,71	€ 901,50	€ 1.572,29	€ 18.595,81	€ 26.594,55
Anzano di Puglia	FG/3	4	€ 3.542,64	€ 923,95	€ 1.025,12	€ 988,82	€ 18.595,81	€ 25.076,34
Ascoli Satriano	FG/3	4	€ 10.137,74	€ 2.603,96	€ 2.518,12	€ 3.061,97	€ 18.595,81	€ 36.917,60
Bovino	FG/3	4	€ 6.332,50	€ 1.866,68	€ 1.184,88	€ 2.615,33	€ 18.595,81	€ 30.595,21
Candela	FG/3	4	€ 4.486,39	€ 1.264,41	€ 1.124,02	€ 1.494,84	€ 18.595,81	€ 26.965,48
Castelluccio dei Sauri	FG/3	4	€ 3.101,80	€ 817,11	€ 804,50	€ 867,47	€ 18.595,81	€ 24.186,70
Castelluccio Valmaggiore	FG/3	4	€ 2.328,34	€ 679,75	€ 534,43	€ 965,58	€ 18.595,81	€ 23.103,92
Celle di San Vito	FG/3	4	€ 296,02	€ 103,31	€ 39,94	€ 154,91	€ 18.595,81	€ 19.189,99
Deliceto	FG/3	4	€ 6.550,54	€ 1.918,34	€ 1.470,17	€ 2.398,46	€ 18.595,81	€ 30.933,32
Faeto	FG/3	4	€ 1.199,98	€ 390,95	€ 247,25	€ 573,15	€ 18.595,81	€ 21.007,14
Monteleone di Puglia	FG/3	4	€ 2.232,85	€ 673,88	€ 473,57	€ 970,74	€ 18.595,81	€ 22.946,86
Orsara di Puglia	FG/3	4	€ 5.267,80	€ 1.603,70	€ 952,85	€ 2.478,49	€ 18.595,81	€ 28.898,67
Panni	FG/3	4	€ 1.534,19	€ 493,09	€ 289,09	€ 898,45	€ 18.595,81	€ 21.810,63
Rocchetta Sant'Antonio	FG/3	4	€ 3.238,66	€ 907,51	€ 726,53	€ 1.259,90	€ 18.595,81	€ 24.728,42
Sant'Agata di Puglia	FG/3	4	€ 3.685,87	€ 1.203,36	€ 663,76	€ 1.807,23	€ 18.595,81	€ 25.956,05
Troia	FG/3	4	€ 11.896,32	€ 3.013,69	€ 3.012,61	€ 3.635,12	€ 18.595,81	€ 40.153,57
<b>Troia</b>	<b>FG/3</b>	<b>Totale 4</b>	<b>€ 70.123,85</b>	<b>€ 19.696,44</b>	<b>€ 15.968,36</b>	<b>€ 25.742,76</b>	<b>€ 297.533,00</b>	<b>€ 429.064,42</b>
Arnesano	LE/1	1	€ 5.485,84	€ 1.440,52	€ 1.266,67	€ 1.549,06	€ 18.595,81	€ 28.337,89
Cavallino	LE/1	1	€ 16.977,92	€ 4.300,41	€ 4.226,02	€ 3.353,71	€ 18.595,81	€ 47.453,89
Lequile	LE/1	1	€ 12.692,06	€ 3.269,63	€ 2.951,75	€ 3.330,48	€ 18.595,81	€ 40.839,73
Lizzanello	LE/1	1	€ 16.182,18	€ 4.085,57	€ 4.007,30	€ 3.808,10	€ 18.595,81	€ 46.678,97
San Cesario di Lecce	LE/1	1	€ 11.711,71	€ 3.052,44	€ 2.459,16	€ 3.544,76	€ 18.595,81	€ 39.363,88
San Donato di Lecce	LE/1	1	€ 9.104,87	€ 2.275,24	€ 2.008,41	€ 2.568,85	€ 18.595,81	€ 34.553,18
San Pietro in Lama	LE/1	1	€ 5.925,09	€ 1.465,17	€ 1.293,29	€ 1.778,84	€ 18.595,81	€ 29.058,20
Monteroni di Lecce	LE/1	2	€ 21.769,87	€ 5.499,08	€ 5.146,54	€ 5.695,37	€ 18.595,81	€ 56.706,68
<b>L e c c e</b>	<b>LE/1</b>	<b>1</b>	<b>€ 132.310,99</b>	<b>€ 36.338,09</b>	<b>€ 25.538,72</b>	<b>€ 37.985,49</b>	<b>€ 18.595,81</b>	<b>€ 250.769,11</b>
<b>Lecce</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 232.160,54</b>	<b>€ 61.726,15</b>	<b>€ 48.897,87</b>	<b>€ 63.614,66</b>	<b>€ 167.362,32</b>	<b>€ 573.761,52</b>
Campi Salentina	LE/1	2	€ 17.880,29	€ 4.555,18	€ 3.952,15	€ 5.150,62	€ 18.595,81	€ 50.134,05
Carmiano	LE/1	2	€ 19.354,01	€ 4.888,60	€ 4.387,69	€ 5.555,96	€ 18.595,81	€ 52.782,05
Guagnano	LE/1	2	€ 9.827,40	€ 2.629,79	€ 1.898,10	€ 3.338,22	€ 18.595,81	€ 36.289,32
Novoli	LE/1	2	€ 13.486,21	€ 3.417,56	€ 2.791,99	€ 4.654,92	€ 18.595,81	€ 42.946,49
Salice Salentino	LE/1	2	€ 14.103,71	€ 3.495,04	€ 3.276,98	€ 3.864,90	€ 18.595,81	€ 43.336,44
Squinzano	LE/1	2	€ 24.391,04	€ 6.074,35	€ 5.304,40	€ 7.231,52	€ 18.595,81	€ 61.597,13
Surbo	LE/1	2	€ 20.331,18	€ 4.900,34	€ 5.433,73	€ 4.012,06	€ 18.595,81	€ 53.273,11
Trepuzzi	LE/1	2	€ 22.500,36	€ 5.550,74	€ 5.359,56	€ 5.697,95	€ 18.595,81	€ 57.704,43
Veglie	LE/1	2	€ 22.355,54	€ 5.556,61	€ 5.798,90	€ 5.558,54	€ 18.595,81	€ 57.865,39
<b>Campi Salentina</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 164.229,74</b>	<b>€ 41.068,19</b>	<b>€ 38.203,48</b>	<b>€ 45.064,68</b>	<b>€ 167.362,32</b>	<b>€ 455.928,42</b>

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Copertino	LE/1	3	€ 35.480,49	€ 8.614,92	€ 8.954,15	€ 8.808,98	€ 18.595,81	€ 80.454,34
Galatone	LE/1	3	€ 25.263,18	€ 6.271,58	€ 6.544,44	€ 6.808,11	€ 18.595,81	€ 63.483,12
Leverano	LE/1	3	€ 22.177,29	€ 5.428,64	€ 5.534,53	€ 5.669,55	€ 18.595,81	€ 57.405,83
Nardò	LE/1	3	€ 48.565,65	€ 12.379,98	€ 12.149,34	€ 13.401,93	€ 18.595,81	€ 105.092,72
Porto Cesareo	LE/1	3	€ 7.086,87	€ 1.749,28	€ 1.776,38	€ 1.463,86	€ 18.595,81	€ 30.672,20
Seclì	LE/1	3	€ 3.041,32	€ 793,63	€ 777,88	€ 792,60	€ 18.595,81	€ 24.001,25
Sternatia	LE/1	3	€ 4.292,23	€ 1.161,10	€ 884,38	€ 1.332,19	€ 18.595,81	€ 26.265,71
Zollino	LE/1	3	€ 3.509,22	€ 874,64	€ 842,54	€ 1.006,89	€ 18.595,81	€ 24.829,10
<b>Nardò</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 3</b>	<b>€ 149.416,23</b>	<b>€ 37.273,78</b>	<b>€ 37.463,64</b>	<b>€ 39.284,11</b>	<b>€ 148.766,50</b>	<b>€ 412.204,27</b>
Calimera	LE/1	4	€ 11.627,36	€ 3.085,31	€ 2.282,28	€ 3.715,16	€ 18.595,81	€ 39.305,92
Caprarica di Lecce	LE/1	4	€ 4.470,47	€ 1.189,28	€ 869,17	€ 1.463,86	€ 18.595,81	€ 26.588,59
Carpignano Salentino	LE/1	4	€ 6.108,11	€ 1.429,95	€ 1.392,19	€ 1.623,93	€ 18.595,81	€ 29.149,99
Castri di Lecce	LE/1	4	€ 4.932,00	€ 1.262,07	€ 1.179,18	€ 1.358,01	€ 18.595,81	€ 27.327,07
Martano	LE/1	4	€ 15.149,31	€ 3.948,21	€ 3.389,19	€ 4.453,54	€ 18.595,81	€ 45.536,06
Martignano	LE/1	4	€ 2.816,92	€ 738,45	€ 608,61	€ 991,40	€ 18.595,81	€ 23.751,20
Melendugno	LE/1	4	€ 14.807,14	€ 3.910,64	€ 3.459,56	€ 3.686,76	€ 18.595,81	€ 44.459,91
Vernole	LE/1	4	€ 12.072,98	€ 3.064,18	€ 2.727,33	€ 3.180,73	€ 18.595,81	€ 39.641,03
<b>Martano</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 4</b>	<b>€ 71.984,30</b>	<b>€ 18.628,08</b>	<b>€ 15.907,50</b>	<b>€ 20.473,39</b>	<b>€ 148.766,50</b>	<b>€ 275.759,77</b>
Aradeo	LE/1	5	€ 15.424,64	€ 3.885,99	€ 3.693,49	€ 4.316,71	€ 18.595,81	€ 45.916,64
Cutrofiano	LE/1	5	€ 14.452,24	€ 3.829,63	€ 3.159,06	€ 4.182,46	€ 18.595,81	€ 44.219,20
Galatina	LE/1	5	€ 44.663,33	€ 11.615,70	€ 10.194,19	€ 12.730,68	€ 18.595,81	€ 97.799,71
Neviano	LE/1	5	€ 9.416,80	€ 2.414,95	€ 2.265,16	€ 3.134,26	€ 18.595,81	€ 35.826,98
Sogliano Cavour	LE/1	5	€ 6.486,88	€ 1.761,02	€ 1.399,80	€ 1.933,74	€ 18.595,81	€ 30.177,25
Soletto	LE/1	5	€ 8.807,26	€ 2.376,20	€ 1.981,78	€ 2.677,29	€ 18.595,81	€ 34.438,35
<b>Galatina</b>	<b>LE/1</b>	<b>Totale 5</b>	<b>€ 99.251,15</b>	<b>€ 25.883,49</b>	<b>€ 22.693,48</b>	<b>€ 28.975,13</b>	<b>€ 111.574,88</b>	<b>€ 288.378,13</b>
Alezio	LE/2	1	€ 8.073,59	€ 2.214,19	€ 1.645,14	€ 2.827,03	€ 18.595,81	€ 33.355,76
Alliste	LE/2	1	€ 9.630,05	€ 2.483,04	€ 2.327,93	€ 2.783,14	€ 18.595,81	€ 35.819,97
Gallipoli	LE/2	1	€ 32.265,69	€ 7.960,99	€ 7.974,67	€ 7.494,86	€ 18.595,81	€ 74.292,03
Melissano	LE/2	1	€ 11.880,41	€ 3.009,00	€ 2.970,77	€ 3.067,14	€ 18.595,81	€ 39.523,12
Racale	LE/2	1	€ 16.427,27	€ 4.246,41	€ 4.148,05	€ 4.024,97	€ 18.595,81	€ 47.442,51
Sannicola	LE/2	1	€ 9.768,51	€ 2.672,06	€ 2.054,05	€ 3.433,75	€ 18.595,81	€ 36.524,18
Taviano	LE/2	1	€ 19.906,25	€ 5.213,80	€ 4.739,54	€ 5.302,94	€ 18.595,81	€ 53.758,34
Tuglie	LE/2	1	€ 8.441,22	€ 2.369,16	€ 1.814,41	€ 2.925,14	€ 18.595,81	€ 34.145,74
<b>Gallipoli</b>	<b>LE/2</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 116.392,99</b>	<b>€ 30.168,64</b>	<b>€ 27.674,56</b>	<b>€ 31.858,96</b>	<b>€ 148.766,50</b>	<b>€ 354.861,66</b>

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Bagnolo del Salento	LE/2	2	€ 2.950,61	€ 753,72	€ 709,41	€ 864,89	€ 18.595,81	€ 23.874,44
Cannole	LE/2	2	€ 2.791,46	€ 756,07	€ 557,26	€ 831,33	€ 18.595,81	€ 23.531,92
Castrignano de' Greci	LE/2	2	€ 6.501,20	€ 1.601,36	€ 1.483,48	€ 1.755,60	€ 18.595,81	€ 29.937,45
Corigliano d'Otranto	LE/2	2	€ 8.990,28	€ 2.305,76	€ 2.135,83	€ 2.579,18	€ 18.595,81	€ 34.606,87
Cursi	LE/2	2	€ 6.568,04	€ 1.665,93	€ 1.591,89	€ 1.567,13	€ 18.595,81	€ 29.988,80
Giurdignano	LE/2	2	€ 2.853,53	€ 695,02	€ 620,02	€ 738,38	€ 18.595,81	€ 23.502,76
Maglie	LE/2	2	€ 24.284,42	€ 6.465,30	€ 5.099,00	€ 7.301,23	€ 18.595,81	€ 61.745,75
Melpignano	LE/2	2	€ 3.518,77	€ 926,30	€ 814,01	€ 1.063,69	€ 18.595,81	€ 24.918,58
Muro Leccese	LE/2	2	€ 8.371,19	€ 2.157,84	€ 2.052,15	€ 2.574,02	€ 18.595,81	€ 33.751,01
Otranto	LE/2	2	€ 8.410,98	€ 2.330,42	€ 1.844,84	€ 2.006,03	€ 18.595,81	€ 33.188,08
Palmariggi	LE/2	2	€ 2.546,37	€ 705,58	€ 500,20	€ 740,97	€ 18.595,81	€ 23.088,93
Scorrano	LE/2	2	€ 10.755,23	€ 2.501,82	€ 2.719,72	€ 2.659,22	€ 18.595,81	€ 37.231,80
<b>Maglie</b>	LE/2	<b>Totale 2</b>	€ 88.542,07	€ 22.865,10	€ 20.127,82	€ 24.681,66	€ 223.149,75	€ 379.366,40
Andrano	LE/2	3	€ 8.169,07	€ 2.028,70	€ 1.903,80	€ 2.419,11	€ 18.595,81	€ 33.116,50
Botrugno	LE/2	3	€ 4.839,70	€ 1.217,45	€ 1.059,36	€ 1.419,97	€ 18.595,81	€ 27.132,29
Castro	LE/2	3	€ 4.075,78	€ 1.075,40	€ 945,24	€ 1.089,50	€ 18.595,81	€ 25.781,74
Diso	LE/2	3	€ 5.239,16	€ 1.481,61	€ 1.063,16	€ 2.018,94	€ 18.595,81	€ 28.398,68
Giuggianello	LE/2	3	€ 2.041,87	€ 562,35	€ 433,63	€ 679,00	€ 18.595,81	€ 22.312,67
Minervino di Lecce	LE/2	3	€ 6.284,76	€ 1.682,36	€ 1.359,86	€ 2.049,92	€ 18.595,81	€ 29.972,71
Nociglia	LE/2	3	€ 4.247,66	€ 1.084,79	€ 1.046,05	€ 1.244,41	€ 18.595,81	€ 26.218,72
Ortelle	LE/2	3	€ 3.950,06	€ 1.050,74	€ 863,46	€ 1.365,75	€ 18.595,81	€ 25.825,83
Poggiardo	LE/2	3	€ 9.655,52	€ 2.446,65	€ 2.350,75	€ 2.752,16	€ 18.595,81	€ 35.800,89
San Cassiano	LE/2	3	€ 3.534,68	€ 934,52	€ 785,49	€ 1.169,54	€ 18.595,81	€ 25.020,03
Sanarica	LE/2	3	€ 2.301,28	€ 614,01	€ 481,18	€ 730,64	€ 18.595,81	€ 22.722,92
Santa Cesarea Terme	LE/2	3	€ 4.936,78	€ 1.368,90	€ 1.009,91	€ 1.456,11	€ 18.595,81	€ 27.367,51
Spongano	LE/2	3	€ 6.061,95	€ 1.547,35	€ 1.466,37	€ 1.812,40	€ 18.595,81	€ 29.483,88
Surano	LE/2	3	€ 2.855,12	€ 909,86	€ 665,67	€ 839,07	€ 18.595,81	€ 23.865,53
Uggiano la Chiesa	LE/2	3	€ 6.913,40	€ 1.777,46	€ 1.610,91	€ 1.923,41	€ 18.595,81	€ 30.820,99
<b>Poggiardo</b>	LE/2	<b>Totale 3</b>	€ 75.106,78	€ 19.782,14	€ 17.044,83	€ 22.969,95	€ 278.937,19	€ 413.840,90
Casarano	LE/2	4	€ 32.751,10	€ 8.173,49	€ 8.105,90	€ 8.044,78	€ 18.595,81	€ 75.671,07
Collepasso	LE/2	4	€ 10.645,42	€ 2.722,54	€ 2.550,45	€ 3.487,96	€ 18.595,81	€ 38.002,18
Matino	LE/2	4	€ 18.493,01	€ 4.612,70	€ 4.536,03	€ 4.768,52	€ 18.595,81	€ 51.006,08
Parabita	LE/2	4	€ 15.240,03	€ 4.152,49	€ 3.368,27	€ 4.740,12	€ 18.595,81	€ 46.096,71
Ruffano	LE/2	4	€ 15.162,04	€ 3.635,92	€ 3.590,79	€ 4.314,13	€ 18.595,81	€ 45.298,69
Supersano	LE/2	4	€ 7.309,67	€ 1.836,16	€ 1.803,00	€ 1.972,47	€ 18.595,81	€ 31.517,11
Taurisano	LE/2	4	€ 19.804,39	€ 4.404,90	€ 5.939,64	€ 3.823,59	€ 18.595,81	€ 52.568,34
<b>Casarano</b>	LE/2	<b>Totale 4</b>	€ 119.405,67	€ 29.538,20	€ 29.894,08	€ 31.151,56	€ 130.170,69	€ 340.160,19

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Acquarica del Capo	LE/2	5	€ 7.511,79	€ 1.885,47	€ 2.016,01	€ 1.975,05	€ 18.595,81	€ 31.984,14
Alessano	LE/2	5	€ 10.428,98	€ 2.641,53	€ 2.453,45	€ 2.989,68	€ 18.595,81	€ 37.109,46
Castrignano del Capo	LE/2	5	€ 8.695,85	€ 2.437,25	€ 1.890,49	€ 3.023,25	€ 18.595,81	€ 34.642,66
Corsano	LE/2	5	€ 9.143,06	€ 2.073,31	€ 2.746,34	€ 2.194,50	€ 18.595,81	€ 34.753,03
Gagliano del Capo	LE/2	5	€ 9.018,93	€ 2.232,98	€ 2.436,33	€ 2.127,37	€ 18.595,81	€ 34.411,42
Miggiano	LE/2	5	€ 5.976,01	€ 1.476,91	€ 1.540,54	€ 1.523,24	€ 18.595,81	€ 29.112,52
Montesano Salentino	LE/2	5	€ 4.405,22	€ 1.050,74	€ 1.188,69	€ 1.066,27	€ 18.595,81	€ 26.306,73
Morciano di Leuca	LE/2	5	€ 5.582,92	€ 1.593,14	€ 1.101,20	€ 2.088,65	€ 18.595,81	€ 28.961,71
Patù	LE/2	5	€ 2.773,95	€ 745,50	€ 623,82	€ 846,82	€ 18.595,81	€ 23.585,91
Presicce	LE/2	5	€ 8.955,27	€ 2.416,12	€ 1.842,94	€ 2.961,28	€ 18.595,81	€ 34.771,42
Salve	LE/2	5	€ 7.246,01	€ 2.046,31	€ 1.443,54	€ 2.543,04	€ 18.595,81	€ 31.874,71
Specchia	LE/2	5	€ 7.860,33	€ 1.989,95	€ 2.055,95	€ 2.093,81	€ 18.595,81	€ 32.595,86
Tiggiano	LE/2	5	€ 4.567,55	€ 1.047,22	€ 1.399,80	€ 981,07	€ 18.595,81	€ 26.591,45
Tricase	LE/2	5	€ 27.663,13	€ 6.910,25	€ 7.331,83	€ 6.818,44	€ 18.595,81	€ 67.319,46
Ugento	LE/2	5	€ 17.194,37	€ 3.912,99	€ 4.157,56	€ 4.396,74	€ 18.595,81	€ 48.257,47
<b>Gagliano del Capo</b>	<b>LE/2</b>	<b>Totale 5</b>	<b>€ 137.023,37</b>	<b>€ 34.459,67</b>	<b>€ 34.228,51</b>	<b>€ 37.629,20</b>	<b>€ 278.937,19</b>	<b>€ 522.277,94</b>
Castellaneta	TA/1	1	€ 27.691,78	€ 7.197,88	€ 6.403,70	€ 6.965,60	€ 18.595,81	€ 66.854,77
Ginosa	TA/1	1	€ 35.254,50	€ 8.926,03	€ 9.359,25	€ 8.452,69	€ 18.595,81	€ 80.588,29
Laterza	TA/1	1	€ 23.877,00	€ 5.813,72	€ 6.468,36	€ 5.731,52	€ 18.595,81	€ 60.486,41
Palagianello	TA/1	1	€ 11.929,74	€ 2.773,02	€ 3.356,85	€ 2.429,44	€ 18.595,81	€ 39.084,87
<b>Ginosa</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 1</b>	<b>€ 98.753,01</b>	<b>€ 24.710,65</b>	<b>€ 25.588,17</b>	<b>€ 23.579,25</b>	<b>€ 74.383,25</b>	<b>€ 247.014,34</b>
Massafra	TA/1	2	€ 49.269,08	€ 11.794,15	€ 13.100,29	€ 10.358,04	€ 18.595,81	€ 103.117,37
Mottola	TA/1	2	€ 26.367,66	€ 6.724,75	€ 6.443,64	€ 6.686,77	€ 18.595,81	€ 64.818,64
Palagianò	TA/1	2	€ 25.174,05	€ 5.965,17	€ 6.991,39	€ 4.959,57	€ 18.595,81	€ 61.685,99
Statte	TA/1	2	€ 23.234,04	€ 5.347,64	€ 5.951,05	€ 3.895,88	€ 18.595,81	€ 57.024,41
<b>Massafra</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 2</b>	<b>€ 124.044,84</b>	<b>€ 29.831,70</b>	<b>€ 32.486,37</b>	<b>€ 25.900,25</b>	<b>€ 74.383,25</b>	<b>€ 286.646,41</b>
<b>Taranto</b>	<b>TA/1</b>	<b>3 e 4</b>	<b>€ 321.087,74</b>	<b>€ 83.097,90</b>	<b>€ 77.036,49</b>	<b>€ 81.108,69</b>	<b>€ 18.595,81</b>	<b>€ 580.926,64</b>
<b>Taranto</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 3 e 4</b>	<b>€ 321.087,74</b>	<b>€ 83.097,90</b>	<b>€ 77.036,49</b>	<b>€ 81.108,69</b>	<b>€ 18.595,81</b>	<b>€ 580.926,64</b>
Crispiano	TA/1	5	€ 20.670,16	€ 5.103,44	€ 4.925,92	€ 4.897,61	€ 18.595,81	€ 54.192,94
Martina Franca	TA/1	5	€ 77.599,04	€ 20.441,94	€ 19.068,46	€ 20.220,37	€ 18.595,81	€ 155.925,62
<b>Martina Franca</b>	<b>TA/1</b>	<b>Totale 5</b>	<b>€ 98.269,20</b>	<b>€ 25.545,38</b>	<b>€ 23.994,38</b>	<b>€ 25.117,98</b>	<b>€ 37.191,63</b>	<b>€ 210.118,56</b>

**Prospetto di riparto delle risorse del Fondo globale dei servizi socioassistenziali - annualità 2004 per Comuni ed ambiti (segue)**

COMUNI	ASL	Distretto	Quota 1	Quota 2	Quota 3	Quota 4	Quota 5	TOTALE
Carosino	TA/1	6	€ 9.653,93	€ 2.371,51	€ 2.470,57	€ 2.251,30	€ 18.595,81	€ 35.343,11
Faggiano	TA/1	6	€ 5.597,24	€ 1.347,77	€ 1.376,98	€ 1.249,57	€ 18.595,81	€ 28.167,37
Grottaglie	TA/1	6	€ 50.687,09	€ 12.118,18	€ 13.585,28	€ 11.336,52	€ 18.595,81	€ 106.322,88
Leporano	TA/1	6	€ 9.236,96	€ 2.362,12	€ 2.122,52	€ 1.605,86	€ 18.595,81	€ 33.923,27
Monteiasi	TA/1	6	€ 8.269,34	€ 1.989,95	€ 1.900,00	€ 1.799,49	€ 18.595,81	€ 32.554,59
Montemesola	TA/1	6	€ 6.806,77	€ 1.719,93	€ 1.641,34	€ 1.882,11	€ 18.595,81	€ 30.645,96
Monteparano	TA/1	6	€ 3.798,87	€ 962,69	€ 888,19	€ 1.084,34	€ 18.595,81	€ 25.329,90
Pulsano	TA/1	6	€ 16.292,00	€ 4.044,48	€ 3.822,82	€ 3.534,43	€ 18.595,81	€ 46.289,54
Roccaforzata	TA/1	6	€ 2.815,33	€ 676,23	€ 802,60	€ 660,93	€ 18.595,81	€ 23.550,91
San Giorgio Ionico	TA/1	6	€ 24.870,08	€ 6.387,81	€ 6.574,87	€ 4.481,94	€ 18.595,81	€ 60.910,52
San Marzano di S.Giuseppe	TA/1	6	€ 14.060,74	€ 3.198,01	€ 3.974,97	€ 3.030,99	€ 18.595,81	€ 42.860,53
Grottaglie	TA/1	<b>Totale 6</b>	€ 152.088,33	€ 37.178,68	€ 39.160,14	€ 32.917,49	€ 204.553,94	€ 465.898,58
Avetrana	TA/1	7	€ 11.608,27	€ 3.059,48	€ 3.077,28	€ 2.705,69	€ 18.595,81	€ 39.046,52
Fragagnano	TA/1	7	€ 8.988,69	€ 2.221,24	€ 2.149,15	€ 2.323,59	€ 18.595,81	€ 34.278,47
Lizzano	TA/1	7	€ 16.206,06	€ 3.888,34	€ 4.528,43	€ 3.358,87	€ 18.595,81	€ 46.577,50
Manduria	TA/1	7	€ 50.502,48	€ 12.810,84	€ 11.833,63	€ 13.988,00	€ 18.595,81	€ 107.730,76
Maruggio	TA/1	7	€ 8.574,90	€ 2.255,28	€ 1.926,63	€ 2.617,91	€ 18.595,81	€ 33.970,53
Sava	TA/1	7	€ 25.670,60	€ 6.454,73	€ 6.487,38	€ 7.107,60	€ 18.595,81	€ 64.316,12
Torricella	TA/1	7	€ 6.502,79	€ 1.718,76	€ 1.559,56	€ 1.804,65	€ 18.595,81	€ 30.181,57
Manduria	TA/1	<b>Totale 7</b>	€ 128.053,78	€ 32.408,66	€ 31.562,04	€ 33.906,30	€ 130.170,69	€ 356.101,48
<b>REGIONE PUGLIA</b>		<b>Totale complessivo</b>	€ 6.396.959,60	€ 1.599.239,90	€ 1.599.239,90	€ 1.599.239,90	€ 4.797.719,70	€ 15.992.399,00