

SEZIONE ISTRUZIONE

- Delibera del consiglio regionale del 8 febbraio 2005, n. 463 "Piano triennale per l'attuazione del diritto allo studio anni 2004-2006 legge regionale 16 dic.2002 n. 28" – BUR n. 10 del 4/03/2005
- Delibera di giunta regionale del 12 luglio 2006, n. 1247 "Programma annuale per il diritto allo studio anno 2006" – BUR n. 36 del 26/07/2006
- Delibera del consiglio regionale del 11 dicembre 2007, n. 208 "Piano triennale per l'attuazione del diritto allo studio- anni 2007/2009 - LR 16 dic. 2002 n. 28" – BUR n. 56 del 27/12/2007
- Delibera di giunta regionale del 25 giugno 2007, n. 1067 "Programma annuale per il diritto allo studio anno 2007" – BUR n. 32 del 18/07/2007
- Delibera di giunta regionale del 28 luglio 2008, n. 1026 "Programma annuale per il diritto allo studio anno 2008" – BUR n. 40 del 3/09/2008

SEZIONE MOBILITÀ

- Delibera di giunta regionale del 22 dicembre 2003 "DGR 1345/2002 e DGR 1705/2003 in materia di affidamento dei servizi di Tpl – determinazioni"
- Determina del 15 novembre 2006, n. 10240 "Legge n. 194/98, art.2, c.6. Legge n. 166/02, art. 13, c.2. Contributo acquisto autobus. Impegno e liquidazione di € 241.055,31".
- Determina del 7 giugno 2006, n. 5023 "Legge n. 166/02, art. 13, c.2. Contributo acquisto autobus. Impegno e liquidazione di € 516.615,00".
- Delibera di giunta regionale del 11 dicembre 2006, n. 2146 "DGR 22.12.2003 N. 2006 contributi ai comuni per l'applicazione di tariffe speciali – determinazioni"
- Determina del 18 luglio 2007, n. 6776 "Legge n. 166/02, art. 13, c.2. Contributo acquisto autobus. Impegno e liquidazione di € 2.052.457,50".

7.4. REGIONE LAZIO

Pop. Domiciliata	N. Comm. accert.	N. Distr. Sanitari	N. Pres. Osp.

Popolazione domiciliata nella Asl al 31 dicembre 2008, certificata ex lege 104

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

Popolazione domiciliata nella Asl certificata per la prima volta ex lege 104 dal 1/1/08 al 31/12/08

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

OSSERVATORI E BANCHE DATI

CAPITOLO 8

L'AREA SUD E ISOLE

8.1. REGIONE ABRUZZO

Pop. Domiciliata	N. Comm. accert.	N. Distr. Sanitari	N. Pres. Osp.

Popolazione domiciliata nella Asl al 31 dicembre 2008, certificata ex legge 104

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

Popolazione domiciliata nella Asl certificata per la prima volta ex legge 104 dal 1/1/08 al 31/12/08

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

OSSERVATORI E BANCHE DATI

INTEGRAZIONE SOCIALE

Nel periodo in esame (anni 2006-2007-2008) la Regione Abruzzo ha cominciato a realizzare un percorso di integrazione dei servizi sociali e sanitari sul territorio, attraverso la sperimentazione, in alcuni ATS, di un modello di gestione integrata di servizi di rete per disabili, definendo il processo di presa in carico tramite il progetto assistenziale individualizzato.

Gli interventi previsti per il sostegno al disabile e alla sua famiglia comprendevano: assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare socio assistenziale, centri diurni, trasporto, altre attività sperimentali finalizzate al supporto delle autonomie residue, al reinserimento socio lavorativo, ecc. (€ 1.800.000,00 – fondi regionali).

Nel 2006 sono stati avviati interventi in favore delle famiglie che assistevano in casa anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti. Il sostegno alla domiciliarità è stato perseguito attraverso l'attuazione dei seguenti servizi: assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare socio assistenziale, telesoccorso-teleassistenza, assegni di cura, centri diurni.

L'area di intervento ha riguardato l'intero territorio regionale, con 35 Ats e con 1.532 progetti (€ 2.500.000,00 – riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali).

Dal 2008 gli Ats hanno cominciato a realizzare il Piano locale per la non autosufficienza (Plna), quale strumento di concertazione tra Ente di ambito sociale e distretto sanitario di base, che stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari mirati alla non autosufficienza.

Il Plna è stato concepito come uno degli strumenti operativi più consoni per favorire la creazione e lo sviluppo continuo di una rete composta e organizzata di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e di famiglie che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti (€ 6.945.822,97 – fondi statali e regionali).

Il sostegno alla domiciliarità peraltro è stato obiettivo comune del complesso delle politiche sociali, perseguito attraverso l'implementazione sia della rete dei servizi già programmati all'interno dei Piani di Zona sia dei servizi attivati con il precedente PLNA (approvato con atti regionali distinti per disabili e per anziani).

Oltre che ad anziani non autosufficienti ultra sessantacinquenni i suddetti servizi sono

stati rivolti a persone con disabilità grave ex Legge 05.02.1992 n. 104 – art. 3, c. 3, e hanno previsto i servizi di: assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare socio assistenziale, telesoccorso-teleassistenza, assegni di cura, trasporto, centri diurni.

ATTO DI INDIRIZZO APPLICATIVO PER LO SVILUPPO LOCALE PER GLI INTERVENTI RIVOLTI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA.

La Regione Abruzzo, al fine di sostenere la qualità di vita delle persone in condizioni di non autosufficienza, in particolare delle persone disabili gravi e delle persone anziane con più di sessantacinque anni, promuove nell'intero territorio regionale un complesso di interventi al fine di facilitare la piena integrazione della persona non autosufficiente in ogni contesto della vita, di valorizzare la domiciliarità ed alleviare l'impegno quotidiano dei nuclei familiari, caratterizzato da un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria, pianificato e gestito tramite il Piano Locale per la non autosufficienza (Plna).

Il Decreto interministeriale del 12.10.2007, con il quale sono ripartite le risorse assegnate al Fondo per le non autosufficienze, stabilisce, all'art. 2, tre aree prioritarie di intervento:

1. la previsione o il rafforzamento di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi sociosanitari;
2. l'attivazione di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
3. l'attivazione o il rafforzamento di servizi sociosanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Il Piano Locale per la non autosufficienza è finalizzato, pertanto, a rendere la permanenza della persona non autosufficiente nel nucleo familiare meno difficile e più soddisfacente anche sotto il profilo delle relazioni affettive intrafamiliari e delle relazioni sociali e ad evitare i ricoveri impropri. Esso ha durata pari a quella dei Piani di zona degli Ats.

Tale finalità viene perseguita attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete, composita ed organizzata, di politiche, di risorse e di interventi a sostegno della domiciliarità e dei nuclei familiari che si fanno carico della cura, dell'assistenza e della tutela delle persone non autosufficienti.

Il Piano locale per la non autosufficienza si caratterizza come strumento di concertazione tra Ente dell'ambito territoriale sociale (Ats) e Distretto sanitario di base (Dsb) e stabilisce le modalità operative per l'attuazione degli interventi territoriali e domiciliari per la non autosufficienza, nel rispetto delle indicazioni fornite dal DPCM 29.11.2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza). Esso ha durata pari a quella dei Piani di Zona degli Ats.

Dal punto di vista del cittadino, l'integrazione si fonda sul processo di presa in carico.

La presa in carico, dalla quale può originarsi l'invio e l'accesso ai diversi tipi di prestazioni e di interventi, richiede unitarietà nei momenti della valutazione, della definizione del progetto individualizzato di intervento, della verifica e dell'aggiornamento del progetto medesimo.

Il Piano Locale per la non autosufficienza definisce:

- il sistema delle responsabilità locali nell'attuazione delle politiche sociali e sanitarie per la domiciliarità;
- individua i processi unitari per la valutazione del bisogno di cura da parte dell'Unità di valutazione multidimensionale (Uvm) di cui al Piano Sociale Regionale 2007 – 2009;
- individua un processo di presa in carico attraverso il progetto individualizzato di intervento, di sostegno e di accompagnamento della persona non autosufficiente e del suo nucleo familiare nell'ambito degli interventi specificati nel paragrafo successivo, da valutare nella loro globalità, in rapporto alla situazione di bisogno di assistenza rilevato mediante utilizzazione di specifiche scale di valutazione;
- gli interventi e le risorse (professionali e finanziarie, sociali e sanitarie, quote di cofinanziamento da parte dell'Ats e dell'Asl ed eventuali quote di partecipazione da parte di altri enti) da attuare;
- gli strumenti per la valutazione degli interventi attuati.

TIPOLOGIA DEGLI INTERVENTI PER LA DOMICILARIÀ

L'insieme delle politiche di sostegno della domiciliarità si caratterizza nell'implementazione della rete dei servizi già programmati all'interno dei Piani di Zona o attivati con il precedente Plna, a seguito della presa in carico della persona non autosufficiente.

Adi – Assistenza domiciliare integrata. L'Adi consiste in prestazioni socio assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate a domicilio a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere l'anziano e il disabile grave nel proprio ambiente di vita.

Con la predisposizione e l'approvazione del progetto individualizzato di assistenza, l'Uvm dovrà individuare l'operatore di riferimento, sia per la persona assistita ed i suoi familiari sia per gli altri operatori che intervengono a domicilio per la realizzazione del piano. Tale compito si sostanzia in una attività di raccordo e di collegamento tra servizi e nucleo familiare che deve essere resa in forma unitaria, evitando sovrapposizioni di interventi che molto spesso risultano deleteri ai fini assistenziali. Fatta salva l'autonomia della Uvm nell'individuazione dell'operatore più adeguato a svolgere tale funzione nello specifico progetto assistenziale, si ritiene che l'assistente sociale dell'Ats e l'infermiere professionale del Dsb siano le figure professionali che in misura prevalente dovranno essere implicate nello svolgimento di tale compito.

Assistenza domiciliare socio assistenziale. Il servizio è rivolto a persone che necessitano di interventi di carattere socio-assistenziale finalizzati alla prevenzione, al mantenimento e al recupero delle potenzialità residue che permettono alla persona di rimanere nel proprio domicilio e nel proprio contesto di relazione.

Sono servizi rivolti alla cura ed igiene della persona, aiuto nella gestione della propria abitazione e sostegno psicologico.

Telesoccorso – Teleassistenza. Il servizio prevede interventi tempestivi che coprono l'intero arco della giornata, rivolti ad anziani e disabili in situazione di gravità che possono incorrere in situazioni di emergenza, o di improvvisa difficoltà, derivanti da difficoltà psico-fisiche, abitative ed economiche. Tale tipo di assistenza garantisce interventi di supporto e di aiuto da eseguirsi in tempi e modi adeguati al bisogno e, comunque idonei a consentire la fruizione degli interventi attivati e dei servizi pubblici presenti nel territorio.

Trasporto. Il servizio di trasporto, anche mediante un servizio taxi sociale, è rivolto principalmente alle persone anziane sole o disabili gravi al fine di facilitare il contatto con

le realtà sociali, ricreative, culturali del proprio territorio e partecipare ad attività quali laboratori, teatri, manifestazioni, ecc. Tale servizio comprende inoltre l'accompagnamento a visite mediche, o terapie riabilitative ed altre attività di socializzazione ed integrazione sociale.

Assegno di cura. L'assegno di cura è un sostegno economico in favore dei nuclei familiari finalizzato ad integrare le risorse economiche necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza alla persona non autosufficiente ed a garantire a soggetti anziani non autosufficienti la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza evitando il ricovero in strutture residenziali.

L'erogazione dell'assegno di cura è subordinata alla disponibilità del nucleo familiare ad assicurare la permanenza della persona non autosufficiente nel proprio contesto abitativo, sociale ed affettivo e ad evitare il ricorso al ricovero ospedaliero o in istituto. Tale disponibilità si realizza attraverso l'assistenza diretta verso la persona non autosufficiente da parte del nucleo familiare, ovvero mediante ricorso alla prestazione lavorativa di assistenti familiari.

La disponibilità all'assistenza diretta e, qualora ricorra il caso, l'individuazione dell'assistente familiare, devono essere formalizzate attraverso apposito accordo sottoscritto con il Servizio sociale competente ed inserito nel progetto assistenziale individualizzato. Nell'accordo devono essere indicati:

- il programma assistenziale personalizzato e gli obiettivi da perseguire;
- le attività assistenziali che il nucleo familiare si impegna ad assicurare;
- la durata del contratto/accordo;
- le modalità ed i tempi della verifica;
- l'entità del contributo;
- le modalità di erogazione;
- gli altri impegni da parte del familiare che si assume la responsabilità dell'accordo.

L'Ente di Ambito Sociale è tenuto a verificare il rispetto dell'accordo sottoscritto e, in caso di ricorso ad assistenti familiari esterni, ad acquisire copia dei versamenti contributivi trimestrali effettuati.

Al fine della concessione dell'assegno di cura il nucleo familiare di riferimento è costituito dalla sola persona non autosufficiente beneficiaria delle cure; si considera, pertanto, la situazione economica e patrimoniale della stessa, estratta da quella del nucleo familiare di riferimento. Per la definizione della priorità di accesso all'assegno di cura, viene valutato il possesso del reddito più basso ai sensi della normativa vigente sull'ISEE.

È esclusa ogni possibilità di attribuzione dell'assegno di cura attraverso bandi o altre forme di diffusione e selezione pubblica dei nuclei familiari destinatari. L'importo massimo mensile dell'assegno di cura è stabilito in 300 Euro.

Centri diurni. Le attività di assistenza e cura delle persone non autosufficienti da parte dei nuclei familiari richiedono di essere supportati e sostenuti da una rete di servizi sul territorio, attraverso i quali sia possibile accedere a servizi e prestazioni che integrano il carico assistenziale sostenuto dal nucleo familiare.

Fanno parte di questa area di intervento servizi quali i centri diurni, intesi come strutture semiresidenziali finalizzate alla prevenzione della istituzionalizzazione, al sostegno e sollevo al nucleo familiare ed al miglioramento e mantenimento dell'autonomia residua della persona non autosufficiente.

MODALITÀ DI PRESENTAZIONE DEL PIANO LOCALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Il Piano locale per la non autosufficienza viene approvato dall'organo esecutivo dell'Ente di ambito sociale (Eas), con atto formale, recante la previsione del cofinanziamento, da

parte dell'Eas, di una quota pari almeno al 20%, così come previsto dal vigente Piano sociale regionale. Il Plna, oltre alla definizione del contenuto di cui al punto 1, individua l'intervento o gli interventi che l'Ambito territoriale sociale intende attuare esclusivamente tra quelli elencati al punto 2.

Nella fase di redazione del Piano, l'Eas assicurerà il confronto con le OO.SS. dei pensionati e le Associazioni per disabili a livello locale.

Al Piano devono essere allegati:

- il verbale della Conferenza dei Sindaci dei Comuni facenti parte dell'ambito territoriale sociale pluricomunale;
- il protocollo d'intesa, specifico per il Plna, tra l'Ambito territoriale sociale e l'Azienda USL territorialmente competente. Questo dovrà indicare, specificamente per l'ADI, la copertura dell'80% del costo del servizio da parte della Asl, così come previsto dal Piano sociale regionale.

Il Piano locale deve essere presentato a cura dell'Eas alla Regione Abruzzo - Direzione Regionale "Qualità della Vita", in Via Rieti 45, Pescara, entro il termine perentorio di 90 giorni dalla data di comunicazione dell'importo annualmente assegnato. Decorso tale termine, gli importi assegnati agli Ats inadempienti verranno ripartiti tra gli altri Ambiti aventi diritto con gli stessi criteri utilizzati per la ripartizione del fondo.

MODALITÀ DI LIQUIDAZIONE DEI CONTRIBUTI ASSEGNAZI

La liquidazione dei fondi regionali agli ambiti territoriali sociali verrà disposta, a seguito di verifica di compatibilità del Plna rispetto a quanto previsto dal presente atto di indirizzo applicativo, con le seguenti modalità:

- 50% dell'importo assegnato all'acquisizione del Piano locale per la non autosufficienza;
- 50% alla presentazione del rapporto semestrale sulle attività svolte conformemente a quelle previste nel Piano locale.

RENDICONTAZIONE

Gli Enti di ambito sociale, destinatari dei contributi, sono tenuti ad inviare apposita rendicontazione entro 60 giorni dalla conclusione del Piano locale per la non autosufficienza unitamente ad un rapporto finale sui risultati raggiunti con il Piano locale per la non autosufficienza. In caso di mancata o irregolare rendicontazione si procederà al recupero delle somme non utilizzate.

PROVVEDIMENTI NORMATIVI

- Legge regionale del 20 giugno 1980, n.60 "Interventi a favore dei cittadini portatori di handicap"
- Legge regionale del 28 luglio 1998, n. 57 "Modifiche ed integrazioni alla LR 20 giugno 1980, n. 60. "interventi in favore dei cittadini portatori di handicap", già modificata ed integrata con LR 28 agosto 1981, n. 34."
- Legge regionale del 20 aprile 1995, n.64 " Attuazione degli interventi regionali per l'applicazione della legge 23.12.1993, n 548."
- Legge regionale del 25 agosto 2006, n. 29 " Modifiche ed integrazioni alla LR 31 dicembre 2005, n. 46 (Disposizioni finanziarie per la redazione del bilancio annuale 2006 e pluriennale 2006-2008 - Legge finanziaria regionale 2006) e alla LR 31

dicembre 2005, n. 47 (bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2006 - bilancio pluriennale 2006-2008) - 1° Provvedimento di variazione" - BUR n. 82 dell'8 settembre 2006

- Delibera di giunta regionale del 10 dicembre 2007, n. 1281 "Piano Sociale Regionale 2007/2009 approvato con delibera di CR n. 57/1 del 28.12.2006 - Atto di indirizzo applicativo per lo sviluppo locale per gli interventi rivolti alla non autosufficienza" – BUR n. 6 del 23/01/2008
- Delibera GR n. 282 del 15/06/2009

8.2. REGIONE MOLISE

Pop. Domiciliata	N. Comm. accert.	N. Distr. Sanitari	N. Pres. Osp.

Popolazione domiciliata nella Asl al 31 dicembre 2008, certificata ex lege 104

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

Popolazione domiciliata nella Asl certificata per la prima volta ex lege 104 dal 1/1/08 al 31/12/08

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

OSSERVATORI E BANCHE DATI

INTEGRAZIONE SOCIALE

Con le leggi n. 104/92, 162/98, 17/99, 68/99 e con la stessa 328/2000, sono stati compiuti passi avanti nella politica di integrazione del soggetto portatore di handicap, a partire dai suoi primi giorni di vita e sino alla senescenza. Gli enti locali, proprio attraverso i piani di zona, perseguono una politica di intervento unitaria, integrata, collaborativa rivolta al raggiungimento di obiettivi che devono prevedere:

- la promozione ed il sostegno dello sviluppo dell'autonomia e della determinazione della persona portatrice di handicap;
- il sostegno alla famiglia che ha al proprio interno un soggetto disabile, anche attraverso iniziative di pronto intervento finalizzate ad assicurare l'accudimento della persona svantaggiata;
- lo sviluppo degli interventi rivolti all'assistenza domiciliare e la permanenza a domicilio del disabile;
- la qualità degli interventi presso le strutture di sostegno socio-assistenziale, socio-riabilitative;
- le azioni e le misure rivolte al suo inserimento in ambito scolastico, per la sua formazione compresa quella lavorativa;
- il sostegno e lo sviluppo della vita di relazione sociale ed affettiva;
- la garanzia delle pari opportunità anche in ambito sportivo e ludico.

L'art. 14, comma 2, della legge 328/2000, prevede che in favore dei portatori di handicap venga predisposto un "progetto individuale" costituito da un insieme di azioni di pertinenza tanto del servizio sanitario nazionale, quanto del Comune secondo il principio dell'integrazione e collaborazione tra sociale e sanitario.

PREVENZIONE, DIAGNOSI, CURA E RIABILITAZIONE

Sul versante del sostegno infermieristico/riabilitativo, al portatore di handicap deve essere garantita la possibilità di poterne usufruire anche a domicilio in particolare anche per le persone più anziane. Entrambi gli interventi si possono realizzare attraverso la collaborazione tra il Comune o il Distretto Sociale con l'Asl.

INTEGRAZIONE SCOLASTICA E UNIVERSITARIA

La legge 104/92, e successive modifiche ed integrazioni, sollecita gli Enti Locali, la scuola e la Asl, ad attivare tutte le risorse necessarie per l'inclusione dell'alunno disabile.

Il lavoro di integrazione nella scuola già svolto in gran parte dagli insegnati di sostegno può essere potenziato utilizzando le figure del "Tutor alla Pari" o del "Tutor Specializzato". Tali profili favoriscono l'apprendimento scolastico e soprattutto l'inclusione sociale riducendo il divario tra il disabile ed il normodotato.

FORMAZIONE E LAVORO

La borsa lavoro è un'azione rivolta a garantire, anche se temporaneamente, l'inserimento lavorativo del disabile. Ovviamente, si tratta di un intervento attivato per consentire il processo di inclusione sociale e lavorativo di chi viene reputato non in grado di svolgere determinate attività. Essa ha alti due obiettivi:

1. garantire risorse economiche al disabile, attraverso la produzione di attività in cui egli diventa attore;
2. alleviare la famiglia dal peso di gestione della quotidianità del disabile.

MOBILITÀ, ACCESSIBILITÀ E TRASPORTI

Il servizio trasporto, in favore dei portatori di handicap, rappresenta uno degli interventi rivolti a favorire la loro inclusione sociale. I destinatari del servizio trasporto sono tutti quei disabili che non hanno alcun mezzo attrezzato o adeguato per raggiungere il luogo desiderato (es. scuole, ufficio, centro di riabilitazione, palestra).

Il disabile può accedere al servizio dietro propria richiesta o della famiglia presentata al Comune di residenza o al Distretto Sociale. Nel caso in cui trattasi di minore, la richiesta viene presentata dall'esercente la patria potestà.

Il servizio trasporto deve correlarsi al servizio di segretariato sociale e /o allo sportello per l'informa handicap, al fine di consentire l'accesso all'offerta da parte dell'utente. Sarà proprio compito di questi due servizi offrire la opportuna assistenza al disabile e/o ai suoi familiari. Il servizio trasporto è gratuito.

La demotica per disabili è una delle ultime iniziative per favorire l'inclusione sociale delle persone disabili. Attraverso le tecnologie informatiche innovative applicabili alla casa si può migliorare la qualità della vita dei disabili (ed anche degli anziani). Possono essere soggetti beneficiari tutti i disabili fisici e sensoriali. Tale intervento può essere organizzato direttamente dal Comune o dall'Ambito Territoriale, anche in collaborazione con le formazioni sociali che abbiano competenza nel campo delle tecnologie informatiche innovative.

INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

L'obiettivo del Centro di Documentazione e Risorse Handicap è quello di ascoltare le istanze che provengono dal territorio e fornire informazioni il più possibile complete ed aggiornate nel settore della disabilità. Il Centro si colloca in una rete di collegamento con gli enti locali al fine di valorizzare le risorse territoriali esistenti costruendo così un circuito di informazioni che garantisca una reciproca collaborazione e l'integrazione di tutte le forze presenti sul territorio.

ARGOMENTI NON RIENTRANTI NEGLI AMBITI TEMATICI PRECEDENTI**CENTRI DI ACCOGLIENZA**

Comunità Alloggio. Struttura che rappresenta la risposta residenziale del portatore di handicap, quando si riscontrano per lui situazioni pregiudizievoli all'interno del nucleo familiare. Sono destinatari della struttura i portatori di handicap non gravi, ma che per ragioni ambientali e di risposta ad latri interventi domiciliari hanno difficoltà a potere gestire la loro vita. La Comunità può ospitare da un minimo di 7 ad una massima di 20 unità.

Centro Socio Educativo. Struttura non residenziale, che ha la funzione di accogliere disabili con scarsa autonomia. Due sono gli obiettivi primari:

1. contribuire alla crescita evolutiva del disabile pur sapendo di poter fare leva soltanto su residue capacità dell'assistito;
2. fornire il necessario appoggio alla famiglia, contribuendo ai processi educativi e socializzanti.

PROGETTI E INTERVENTI INNOVATIVI

La Regione, ai sensi della Legge 328/2000, ha emanato apposito bando per la realizzazione di almeno due strutture, una per provincia, destinate ad offrire risposte residenziali a disabili gravi privi di sostegno familiare o di adeguato supporto familiare. La struttura deve essere a valenza socio-educativa-riabilitativa e finalizzata a garantire una vita quotidiana significativa, sicura e soddisfacente a persone maggiorenni di ambo i sessi, in situazione di grave compromissione funzionale e con limitata autonomia, che non richiedono interventi sanitari continuativi. La struttura offre prestazioni di tipo alberghiero e tutelare, interventi di sostegno e di sviluppo di abilità individuali, nella prospettiva della massima autonomia ed attività di integrazione sociale e comunitaria.

PROVVEDIMENTI NORMATIVI**PROVVEDIMENTI A CARATTERE GENERALE**

- Delibera di giunta regionale del 6 marzo 2006, n. 203 "Direttiva in materia di autorizzazione e accreditamento dei servizi e delle strutture, con partecipazione degli utenti al costo dei servizi, rapporto tra enti pubblici ed enti gestori" – BUR n. 4 del 6/03/2006
- Legge regionale del 20 giugno 2007, n. 17 "Interventi a favore di soggetti sottoposti a trapianto di organi o affetti da patologie rare" - Pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n.15 del 30 giugno 2007" – BUR n. 15 del 30/06/2007
- Legge regionale del 24 giugno 2007, n. 18 "Norme regionali in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" – BUR n. 2 del 10/01/2009

SEZIONE SOCIALE

- Delibera di giunta regionale del 12 novembre 2004, n. 251 "Piano Socio-assistenziale

regionale - Triennio 2004/2006 - Legge dell'8 novembre 2000, N.328 e Legge regionale del 7 gennaio 2000, N.1" - BUR n. 008 del 1/04/2006

8.3. REGIONE CAMPANIA

Pop. Domiciliata	N. Comm. accert.	N. Distr. Sanitari	N. Pres. Osp.
5.811.390	0	72	0

Popolazione domiciliata nella Asl al 31 dicembre 2008, certificata ex legge 104

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

Popolazione domiciliata nella Asl certificata per la prima volta ex legge 104 dal 1/1/08 al 31/12/08

Totale	Totale gravi	0-17 anni	0-17 anni gravi	18-64 anni	18-64 anni gravi	>65 anni	>65 anni gravi

OSSERVATORI E BANCHE DATI

INTEGRAZIONE SOCIALE

Nel campo della integrazione sociale si è assistito ad un cambiamento intervenuto con l'approvazione della L. 328/2000, in seguito alla quale gran parte dei fondi prima erogati dallo Stato per la disabilità ai sensi della L. 104/92 sono confluiti, prima a destinazione vincolata e poi in maniera non vincolata (in seguito alle modifiche apportate dalla riforma costituzionale del 2001), nel FNPS trasferito alle Regioni e da queste, in varia misura e in modi diversi, agli enti locali per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali.

Nel compilare la sezione sulla integrazione sociale si è pertanto inteso il monitoraggio nel senso più ampio possibile, ossia come orientato ad ottenere dati sulle politiche per la disabilità piuttosto che sulla spesa dei fondi ottenuti o programmati in maniera specifica ai sensi dei vari articoli della L. 104/92. Si sono poi individuati attraverso un'azione interpretativa, tra i vari articoli della L. 104, quelli che potevano maggiormente racchiudere i vari interventi programmati o realizzati.

Fatta questa premessa di carattere più generale, si fornisce un commento sui dati riportati nella sezione. Le politiche sulla disabilità in Regione Campania possono essere suddivise in quelle a titolarità regionale e quelle a regia regionale. Per queste ultime i fondi vengono trasferiti agli Ambiti sociali territoriali per la realizzazione dei servizi per i disabili previsti nei Piani di Zona approvati dalla Regione Campania. Per queste misure è stata riportata nella scheda l'entità dello stanziamento destinato nei tre anni oggetto della rilevazione, all'area della disabilità, come riportato nelle delibere di programmazione del FNPS.

Si fa presente che tali somme, pari nell'arco del triennio a circa 20,5 milioni di euro cui si aggiungono altri 24 milioni di euro destinati a potenziare i servizi di assistenza tutelare a disabili gravi ed anziani fragili, sono senz'altro sottostimate e non rappresentative del reale investimento nei servizi sociali territoriali, in primo luogo perché la Regione Campania programma anche una quota del fondo in maniera indistinta e pertanto è possibile che gli Ambiti destinino parte di tale quota indistinta a potenziare l'area della

disabilità. Ai fondi programmati dalla Regione vanno inoltre aggiunti quelli derivanti dalla compartecipazione dei Comuni, obbligatoria, che vengono anch'essi destinati in misura rilevante all'area della disabilità e che non sono presenti nella sezione compilata.

Tali fondi sono stati impiegati per realizzare i servizi riportati in maniera sintetica nella parte di dettaglio e che sono stati rilevati attraverso un monitoraggio relativo all'anno 2008, effettuato dalla Regione Campania in collaborazione con il Formmez.

Per quanto riguarda le misure a titolarità regionale, esse impiegano quota parte del FNPS, che può essere utilizzata direttamente dalla Regione per specifiche finalità di sostegno al sistema integrato, oppure comunque destinata a progetti specifici realizzati dal privato sociale o anche dagli stessi Ambiti territoriali. In questo Settore, che ha visto un investimento nell'arco del triennio di circa 3,2 milioni di euro, si sono realizzati progetti mirati al miglioramento dei servizi del tempo libero per le persone con disabilità, in particolare quelli di fruizione del mare e della montagna.

Prestando attenzione anche ai diversi tipi di disabilità esistenti ed in particolare a quelle sensoriali, si sono realizzati alcuni incontri con associazioni di tutela dei non vedenti e dei non udenti. Tali incontri hanno portato a finanziare servizi per il sostegno al diritto allo studio degli alunni non vedenti o ipovedenti attraverso un contributo destinato alla Biblioteca Italiana per i Ciechi Regina Margherita di Monza, affinché fossero forniti a tali alunni i testi in formato braille o a caratteri ingranditi necessari per lo studio, ed un servizio di interaccia tra udenti e non udenti di supporto alla comunicazione delle persone sordi, realizzato dall'Ente Nazionale Sordomuti.

Alle misure già citate se ne aggiungono altre finanziate con fondi statali vincolati, in particolare la realizzazione di alloggi per persone con disabilità grave prive del supporto familiare ("dopo di noi" - L. 388/2000) che si è realizzato con un bando del 2008 per € 2,3 milioni circa, ed altre finanziate con fondi regionali. Tra queste ultime vi sono in particolare quelle previste dalla legge per l'adattamento del posto di lavoro per centralinisti non vedenti, per la quale sono stati impiegati nel corso del triennio circa € 165.000. Gli altri fondi regionali sono destinati al potenziamento di alcuni servizi realizzati dagli Ambiti territoriali, in particolare dei servizi domiciliari ai disabili gravi e dei centri diurni (denominati, dalla LR 11/84, centri socio-educativi diurni).

Per concludere, si fa presente che, tra le diverse misure promosse nei documenti di programmazione regionale, è stata dedicata una certa attenzione agli accordi di programma per l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità da realizzarsi a livello territoriale tra gli Ambiti sociali, le Province, le scuole e le AA.SS.LL. Questa previsione ha avuto una discreta risposta a livello territoriale, tanto che nel 2007-2008 tali accordi erano presenti, pur se con contenuti ed accenti diversi, in circa 20 dei 52 Ambiti sociali.

MOBILITÀ, ACCESSIBILITÀ E TRASPORTI

Il trasporto è l'elemento chiave della mobilità sul territorio europeo, sul quale contano quasi 38 milioni di disabili, ovvero quasi il 10% dell'intera popolazione. Un'efficace mobilità sul territorio è il primo obiettivo da raggiungere per una maggiore autonomia ed un'adeguata integrazione sociale delle persone con ridotta capacità motoria (disabili, anziani, ecc.).

La Regione Campania ha dato attenzione all'accesso dei mezzi di trasporto. A Napoli, la società MetroNapoli, azienda che gestisce le 2 linee metropolitane e le 4 funicolari di Napoli, porta all'attenzione generale il fatto che tali strutture risentono di una progettazione risalente agli anni '20, quando l'accessibilità non ancora era tenuta molto in considerazione, e soprattutto che sono situate in contesti di forte urbanizzazione e soggette a forti condizionamenti architettonici.

Negli anni, comunque, dove possibile, sono stati compiuti adeguamenti strutturali come ad esempio l'eliminazione di barriere architettoniche, la creazione di collegamenti verticali realizzati con ascensori e scale mobili, di percorsi accessibili ai disabili visivi e di tappeti mobili e, quando non possibile, si è data importanza alla formazione professionale del personale finalizzata ad una attenta assistenza della clientela.

PROVVEDIMENTI NORMATIVI

PROVVEDIMENTI A CARATTERE GENERALE

- Legge regionale del 23 ottobre 2007, n. 11 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale" – BUR n. 57 del 31/10/2007

SEZIONE SOCIALE

- Delibera di giunta regionale del 12 maggio 2006, n. 580 "Programmazione fondo nazionale politiche sociali" – BUR n. 25 del 5/06/2006
- Delibera di giunta regionale del 23 giugno 2006, n. 838 "Linee guida per i Piani Sociali di Zona - V annualità" – BUR n. 33 del 24/07/2006
- Delibera di giunta regionale del 28 ottobre 2006, n. 1699 "Risorse regionali aggiuntive per l'istituzione e il potenziamento da parte dei Comuni di centri socio-educativi per disabili ai sensi della L.R 11/84" – BUR n. 52 del 20/11/2006
- Delibera di giunta regionale del 22 dicembre 2006, n. 2113 "Risorse aggiuntive regionali finalizzate alla realizzazione di servizi di assistenza domiciliare a favore di persone prive di autonomia fisica e psichica" – BUR n. 6 del 22/01/2007
- Delibera di giunta regionale del 1 agosto 2006, n. 1197 "Spese per la trasformazione tecnica dei centralini telefonici e fornitura di strumenti tecnici innovativi finalizzati alla possibilità di impiego di centralinisti non vedenti" – BUR n. 42 del 11/09/2006
- Delibera di giunta regionale del 18 aprile 2007, n. 679 "Programmazione fondo nazionale politiche sociali" – BUR n. 28 del 21/05/2007
- Delibera di giunta regionale del 27 luglio 2007, n. 1403 "Linee guida per i Piani Sociali di Zona - VI annualità e triennio 2007-2009" – BUR del 24/08/2007
- Delibera di giunta regionale del 5 ottobre 2007, n. 1779 "Approvazione protocollo d'intesa con la Biblioteca Italiana Ciechi Regina Margherita di Monza per la fornitura di testi in formato braille, a caratteri ingranditi e/o in formato elettronico agli alunni con disabilità visiva della Regione Campania" – BUR n. 55 del 22/10/2007
- Delibera di giunta regionale del 14 dicembre 2007, n. 2159 "Risorse regionali aggiuntive per l'istituzione e il potenziamento da parte dei Comuni di centri socio-educativi per disabili ai sensi della L.R 11/84" – BUR n. 1 del 7/01/2008
- Delibera di giunta regionale del 12 ottobre 2007, n. 1810 "Spese per la trasformazione tecnica dei centralini telefonici e fornitura di strumenti tecnici innovativi finalizzati alla possibilità di impiego di centralinisti non vedenti" – BUR n. 58 del 5/11/2007
- Delibera di giunta regionale del 17 dicembre 2007, n. 910 "Finanziamento di strutture residenziali per la presa in carico delle persone con disabilità grave prive di supporto familiare ("dopo di noi")" – BUR n. 67 del 31/12/2007
- Delibera di giunta regionale del 11 aprile 2008, n. 601 "Programmazione fondo nazionale politiche sociali" – BUR n. 18 del 5/05/2008

- Delibera di giunta regionale del 22 settembre 2008, n. 898 "Indicazioni operative per l'aggiornamento dei Piani Sociali di Zona - VII annualità" – BUR n. 40 del 6/10/2008
- Delibera di giunta regionale del 19 giugno 2008, n. 1051 "Rinnovo protocollo d'intesa con la Biblioteca Italiana Ciechi Regina Margherita di Monza per la fornitura di testi in formato braille, a caratteri ingranditi e/o in formato elettronico agli alunni con disabilità visiva della Regione Campania" – BUR n. 27 del 7/07/2008
- Delibera di giunta regionale del 26 novembre 2008, n. 1879 "Finanziamento di programmi presentati dagli Ambiti territoriali sociali per la fruizione del mare e della montagna da parte delle persone con disabilità" – BUR n. 53 del 22/12/2008
- Delibera di giunta regionale del 31 dicembre 2008, n. 2091 "Spese per la trasformazione tecnica dei centralini telefonici e fornitura di strumenti tecnici innovativi finalizzati alla possibilità di impiego di centralinisti non vedenti" – BUR n. 7 del 2/2/2009.

SEZIONE SALUTE

- Delibera di Giunta Regionale n. 1980 del 30.11.1980 "Semplificazione degli adempimenti amministrativi per le persone con disabilità ai sensi della legge 6 marzo 2006 n. 80 - Modalità operative" - (BURC 1 del 2.01.2007)
- Delibera di giunta regionale del 30 dicembre 2006, n. 2283 "Programma di screening fibrosi cistica" – BUR n. 10 del 12/02/2007
- Delibera di giunta regionale del 11 aprile 2006, n. 7912 "Programma di screening fenilchetonuria e ipotiroidismo congenito"
- Delibera di Giunta Regionale n. 1811 del 12.10.2007 Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007.