

## proposta di atto amministrativo n. 81/08

a iniziativa della Giunta regionale  
*presentata in data 29 gennaio 2008*

---

PIANO SOCIALE 2008/2010  
PARTECIPAZIONE, TUTELA DEI DIRITTI, PROGRAMMAZIONE LOCALE  
IN UN PROCESSO DI CONTINUITÀ, STABILIZZAZIONE E INTEGRAZIONE  
DELLE POLITICHE DI WELFARE

---

## IL CONSIGLIO REGIONALE

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Vista la legge regionale 5 settembre 1992, n. 46 “Norme sulle procedure della programmazione regionale e locale”;

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d), della l.r. 15 ottobre 2001, n. 20 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del servizio politiche sociali, nonché l'attestazione

dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può comunque derivare un impegno di spesa a carico della Regione, resi nella proposta della Giunta regionale;

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

## D E L I B E R A

di approvare il “Piano sociale 2008/2010. Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare”, nel testo allegato che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

## **PIANO SOCIALE 2008/2010**

**Partecipazione, tutela dei diritti,  
programmazione locale in un processo di continuità,  
stabilizzazione e integrazione delle politiche di welfare**

## INDICE

<b>SINTESI PROGRAMMATICA</b>	<b>3</b>
<b>PARTE PRIMA</b>	<b>13</b>
<b>IL PERCORSO DAL 2000 AD OGGI</b>	<b>13</b>
<b>I</b> <b>Un percorso in continuità.....</b>	<b>13</b>
<b>II</b> <b>Le strategie seguite e i principali risultati raggiunti .....</b>	<b>14</b>
<b>III</b> <b>Le maggiori criticità .....</b>	<b>18</b>
<b>IV</b> <b>Il potenziamento del sistema integrato socio-sanitario .....</b>	<b>23</b>
<b>IV.1</b> <b><i>Il percorso di questi anni.....</i></b>	<b>23</b>
<b>IV.2</b> <b><i>Le criticità rilevate.....</i></b>	<b>24</b>
<b>PARTE SECONDA</b>	<b>28</b>
<b>LE DIMENSIONI DEL SISTEMA INTEGRATO TRA CONSOLIDAMENTO E INNOVAZIONE</b>	<b>28</b>
<b>I</b> <b>Obiettivi in continuità.....</b>	<b>28</b>
<b>II</b> <b>Le strategie per gli anni 2008/2010 .....</b>	<b>29</b>
<b>III</b> <b>Consolidamento e innovazione dell'assetto istituzionale.....</b>	<b>33</b>
<b>III.1</b> <b><i>Il "nuovo" Ambito Territoriale Sociale .....</i></b>	<b>34</b>
<b>III.2</b> <b><i>Il potenziamento degli strumenti di programmazione e della gestione integrata dei servizi .....</i></b>	<b>36</b>
<b>III.3</b> <b><i>Il potenziamento del sistema informativo regionale.....</i></b>	<b>38</b>
<b>III.4</b> <b><i>Il collegamento con le università marchigiane.....</i></b>	<b>39</b>
<b>III.5</b> <b><i>La partecipazione .....</i></b>	<b>40</b>
<b>III.6</b> <b><i>L'assetto finanziario.....</i></b>	<b>45</b>
<b>IV</b> <b>Consolidamento e innovazione dell'assetto operativo .....</b>	<b>49</b>
<b>IV.1</b> <b><i>Gli Uffici di Promozione Sociale .....</i></b>	<b>49</b>
<b>IV.2</b> <b><i>Un accesso equo ai servizi.....</i></b>	<b>52</b>
<b>IV.3</b> <b><i>Un riordino del sistema delle figure professionali sociali.....</i></b>	<b>52</b>
<b>IV.4</b> <b><i>Lo sviluppo dei processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie .....</i></b>	<b>53</b>
<b>IV.5</b> <b><i>Il riordino del sistema tariffario regionale.....</i></b>	<b>55</b>
<b>V</b> <b>Consolidamento e innovazione della rete socio-sanitaria .....</b>	<b>57</b>
<b>V.1</b> <b><i>Principi generali di riferimento dell'integrazione sociale e sanitaria .....</i></b>	<b>57</b>
<b>V.2</b> <b><i>Contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria .....</i></b>	<b>58</b>
<b>V.3</b> <b><i>Assetto istituzionale .....</i></b>	<b>58</b>
<b>V.4</b> <b><i>Programmazione integrata sociale e sanitaria .....</i></b>	<b>60</b>
<b>V.5</b> <b><i>Processi, percorsi, procedure.....</i></b>	<b>61</b>
<b>V.6</b> <b><i>Organizzazione e gestione .....</i></b>	<b>61</b>
<b>V.7</b> <b><i>Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento .....</i></b>	<b>62</b>
<b>PARTE TERZA</b>	<b>63</b>
<b>LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE DI SETTORE</b>	<b>63</b>
<b>I</b> <b>Unitarietà dell'approccio e attenzione alle specificità .....</b>	<b>63</b>
<b>II</b> <b>Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza .....</b>	<b>65</b>
<b>III</b> <b>Politiche di sostegno al cittadino disabile.....</b>	<b>73</b>
<b>IV</b> <b>Politiche di tutela della salute mentale - I servizi di sollievo .....</b>	<b>90</b>
<b>V</b> <b>Politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche</b>	<b>94</b>
<b>VI</b> <b>Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza .....</b>	<b>99</b>
<b>VII</b> <b>Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati.....</b>	<b>107</b>
<b>VIII</b> <b>Politiche di intervento nel campo della prostituzione e della tratta .....</b>	<b>113</b>
<b>IX</b> <b>Politiche di inclusione sociale per adulti in difficoltà e provenienti dal carcere ..</b>	<b>116</b>
<b>X</b> <b>Politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale .....</b>	<b>118</b>
<b>XI</b> <b>Politiche e interventi di sostegno per i cittadini marchigiani residenti all'estero.</b>	<b>124</b>

# SINTESI PROGRAMMATICA

La stesura di un documento regionale di programmazione ampia come un Piano sociale ha come limite oggettivo la difficoltà di lettura di un testo che tenta di affrontare problematiche complesse, difficilmente riducibili a slogan, proponendo percorsi possibili di cambiamento. E' necessario però che ogni cittadino abbia la possibilità di accedere ai contenuti di un processo che lo vede protagonista sia come usufruttore di servizi che come promotore di strategie. Per questo motivo abbiamo voluto riassumere, in questa "sintesi programmatica", posta ad introduzione del Piano, tutti i principali contenuti del documento in modo che la lettura di queste pagine dia immediatamente un'idea completa di tutto il Piano.

Il Piano Sociale Regionale 2008/2010 delle Marche si propone come strumento di programmazione di continuità e di innovazione, per dare garanzie e sviluppo al sistema dei servizi sociali della regione.

L'obiettivo del Piano Sociale Regionale è la costruzione di un sistema dei servizi sociali impegnato nel miglioramento della qualità della vita di tutti e che privilegia la prossimità con i cittadini.

All'interno di un percorso strategico che si pone in sostanziale continuità con i percorsi avviati in questi anni il presente Piano individua obiettivi di sostanziale rafforzamento del sistema in tutte le sue componenti.

Si vogliono ampliare le indicazioni emerse dalla Conferenza regionale delle Politiche Sociali del 2004 nel cui documento finale veniva ribadita l'attenzione al ben-essere di tutte le persone e le famiglie, con particolare riferimento ai più deboli e alle fragilità; la prospettiva della *governance*, con regole e obiettivi condivisi, che coinvolge tutti i portatori di interesse: gli enti istituzionali, le formazioni sociali, i cittadini; la metodologia dei Piani di Ambito Territoriale Sociale, costruiti con una metodologia caratterizzata da consultazione, concertazione, coprogettazione, cogestione/corresponsabilità, controllo partecipato; l'impegno per i nuovi bisogni che comportano la capacità di abbinare una grande flessibilità istituzionale a regole certe.

Il documento si articola in:

- una prima parte dedicata ad un riepilogo analitico delle strategie seguite in questi primi sei anni di attività e alla illustrazione dei principali risultati raggiunti assieme alle criticità rilevate che si intendono affrontare con il presente Piano. In questa parte si illustrerà anche lo stato di attuazione dei processi di integrazione socio-sanitaria;
- una seconda parte dedicata invece alla definizione delle vere e proprie strategie per gli anni 2008/2010 finalizzate a dare stabilità al sistema integrato di interventi e servizi sociali e a individuare elementi innovativi sia sul versante dell'assetto istituzionale che su quello dell'assetto operativo. In questa parte verranno riportate anche le strategie da seguire per consolidare la rete integrata socio-sanitaria;
- una terza parte infine dedicata alla programmazione sociale di settore nella quale verranno individuati gli obiettivi delle varie aree di intervento del Servizio Politiche sociali da raggiungere nel corso del triennio nell'ambito di una metodologia di lavoro finalizzata ad unitarietà di approccio e di attenzione alle specificità.

In questa parte di sintesi programmatica, come dicevamo, vengono riassunti, in poche pagine, i principali contenuti del Piano in modo che il lettore possa averne immediatamente conoscenza per procedere poi, nelle pagine successive ai necessari approfondimenti e analisi di dettaglio.

## 1. Il percorso dal 2000 ad oggi

Dal 2000, con l'approvazione del precedente Piano Sociale Regionale "per un sistema integrato di interventi e servizi sociali", è iniziato un lavoro intenso e partecipato che ha rifondato il sistema dei servizi sociali nella regione Marche. Le attività realizzate hanno riguardato alcune **dimensioni** fondamentali:

- Innanzitutto la definizione concertata e l'avvio degli Ambiti Territoriali Sociali, che ha permesso di avviare il coordinamento delle politiche e dei servizi sociali garantendo un adeguato bacino territoriale e la definizione e l'individuazione dei Coordinatori di Ambito, figure di sostegno allo sviluppo del benessere locale e di connessione tra i soggetti pubblici e privati, ha permesso di introdurre un elemento catalizzatore nel sistema integrato dei servizi.
- Successivamente la predisposizione, l'implementazione e la valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale, quali strumenti privilegiati di programmazione partecipata degli interventi e dei servizi sociali, ha permesso di uscire da una logica di improvvisazione ed estemporaneità a partire dalla costruzione del "profilo di comunità" per la definizione degli obiettivi.
- La costruzione del Sistema Informativo, con l'attivazione dell'Osservatorio Regionale per le Politiche Sociali articolato sul territorio, ha favorito la conoscenza ed il progressivo monitoraggio della condizione della popolazione e la situazione dei servizi sociali.
- La progressiva implementazione del sistema regionale di autorizzazione delle strutture sociali e socio-sanitarie a ciclo residenziale e semiresidenziale ha rappresentato un indispensabile strumento di organizzazione e qualificazione dei servizi cui è stato collegato il potenziamento del livello assistenziale.

Le **criticità** ancora da affrontare riguardano questioni legate all'assetto istituzionale e questioni legate all'assetto operativo.

Sull'assetto istituzionale si evidenzia la necessità di intervenire per rafforzare il livello istituzionale dell'Ambito Territoriale Sociale, senza togliere la titolarità dell'intervento ai Comuni, ma favorendo una migliore attività di coordinamento della programmazione e della gestione; sostenere forme di gestione associata dei servizi come prassi abituale e non eccezionale sollevando, soprattutto i piccoli comuni, dal sovraccarico amministrativo e organizzativo; riordinare la materia delle IPAB inserendo le stesse nella rete dei servizi territoriali.

Sul piano organizzativo vanno ridefinite operativamente una serie di "aree logiche" relative all'accesso e accoglienza, qualificando i punti di accesso alla rete dei servizi e integrandoli sia con i punti di accesso sanitari che con quelli realizzati da soggetti del privato sociale; alla valutazione e presa in carico da parte dei servizi territoriali integrati facenti capo all'Ambito e al Distretto; alla continuità dell'assistenza, ridefinendo i profili assistenziali dei servizi territoriali; al consolidamento infine del sistema di autorizzazione e accreditamento.

**Il potenziamento del sistema integrato socio-sanitario** è un altro processo di particolare importanza, su cui questo Piano dà precise indicazioni in linea con il riordino del sistema sanitario delineato dalla L.R. 13/03 e confermato dal recente Piano Sanitario Regionale.

In particolare si intende dare risposta ad alcune criticità rilevate nell'assetto istituzionale, negli strumenti istituzionali di programmazione, nell'assetto operativo, nelle azioni di sistema sull'assetto organizzativo, anche in relazione al necessario riordino delle figure professionali sociali in accordo con le figure sanitarie.

## **2. Le dimensioni del sistema integrato tra consolidamento e innovazione**

Le **strategie regionali per gli anni 2008/2010** si svilupperanno secondo alcune importanti direttrici che sintetizziamo di seguito:

- *il benessere dei singoli cittadini* attraverso il recupero della strategia del "con-vivere" che viene considerata come priorità su cui costruire azioni concrete, rispetto, partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale;
- *il potenziamento delle politiche familiari* perché la famiglia è luogo privilegiato per le relazioni, interne ed esterne. Le politiche familiari non si esauriscono con le politiche sociali dedicate alla famiglia, ma devono essere oggetto di impegno per tutti i settori dell'amministrazione pubblica regionale e locale, con linee di azione complessive: interventi di politica generale e investimenti modulati sulle esigenze della famiglia, servizi diretti ai nuclei familiari, interventi di promozione e sviluppo delle relazioni familiari e dei progetti di vita delle famiglie;

- *strategie regionali e costruzione di un sistema trasversale di welfare* attraverso l'integrazione della programmazione sociale graduale agli atti di programmazione prodotti dai servizi di sostegno alle politiche industriali, alle politiche di formazione, lavoro, istruzione, alle politiche giovanili politiche per la casa e politiche di tutela ambientale, cooperazione internazionale;
- *l'introduzione di prospettive di genere* nelle politiche sociali nella logica del superamento di programmazioni di settore a favore di una prospettiva attenta al ciclo di vita collocando al centro dell'analisi un cittadino distinto per genere: uomo e donna;
- il consolidamento degli *assetti istituzionali e organizzativi* per la piena attuazione della riforma delle politiche sociali (legge 328/2000) ed una efficace programmazione territoriale condivisa, stabilizzando tre dimensioni: quella istituzionale sociale, quella operativo sociale, quella socio-sanitaria in termini di integrazione e potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali rispetto alla componente ospedaliera.

La strategia di stabilizzazione del sistema troverà un ulteriore momento di attuazione nella nuova legge regionale in materia di politiche sociali che dovrà sostituire l'attuale l.r. 43/1988 e recepire sostanzialmente le indicazioni della legge 328/2000.

**Il Consolidamento e l'innovazione dell'assetto istituzionale** comportano l'individuazione di strategie che portino al superamento dei nodi critici individuati.

- Una prima strategia riguarda il rafforzamento istituzionale dell'*Ambito Territoriale Sociale* - già oggetto di una linea guida - che passa attraverso il potenziamento dei ruoli e delle funzioni degli organismi tecnici e politici degli ambiti e dei relativi strumenti di programmazione. Il Piano interviene sul nuovo ruolo e funzioni del Comitato dei Sindaci che è il soggetto politico di riferimento sia per il livello territoriale che per il necessario raccordo istituzionale provinciale e regionale; sull'individuazione di un orizzonte di "area vasta" per il sociale con la identificazione di un riferimento per il sociale in grado di relazionarsi correttamente al corrispettivo nella sanità; sulla figura del Coordinatore di Ambito che viene rafforzata aumentando le competenze in termini non solo legati alla programmazione e alla costruzione di reti, ma anche alla gestione degli atti. Questo si realizza con atti specifici in una cornice amministrativa unitaria, nel rispetto delle possibili configurazioni giuridiche dell'Ambito, scelte dai Comitati dei Sindaci in base alle indicazioni delle linee guida.
- Una seconda strategia riguarda il *potenziamento degli strumenti di programmazione* di livello regionale e di livello locale *che* dà forza alla logica del "bisogno sociale" come criterio di costruzione di una rete integrata. Accanto al Piano sociale regionale il potenziamento riguarda il Piano di Ambito Sociale (predisposti sulla base di linee guida e schemi regionali), i Piani attuativi annuali, con un taglio di carattere operativo e di implementazione delle indicazioni generali riportate sul Piano triennale. Il processo avviato, sia pur sperimentalmente, di inquadramento dei Piani di settore nella programmazione territoriale unitaria viene stabilizzato attraverso il superamento di forme gestionali di finanziamento dei singoli settori a favore del criterio del fondo unico agli Ambiti; la definizione da parte della Regione di specifici obiettivi di settore a cui vincolare specifiche quote di finanziamento; la ridefinizione del ruolo regionale in termini di indirizzi, accompagnamento, controllo.
- Una terza strategia riguarda il *potenziamento del sistema informativo regionale* che viene garantito dalla realizzazione di un nuovo disegno organizzativo basato sulla implementazione dei sistemi informativi-gestionali di ATS; l'adozione della cartella sociale informatizzata; il consolidamento del ruolo degli Osservatori Provinciali che supportano e coordinano le attività di progettazione, realizzazione e raccordo dei Sistemi Informativi Gestionali di ATS; la realizzazione dei sistemi informativi di ATS all'interno di un disegno unitario del sistema; il consolidamento dell'attività di indagine statistica, procedendo alla adozione di un Programma Statistico Regionale per il Settore Sociale; la promozione della costituzione, in forma associata tra i Comuni dell'Ambito, di uffici statistici di Ambito organizzati all'interno del SISTRAR (Sistema Statistico Regionale); il consolidamento, a livello regionale, delle "unità organizzative" del sistema informativo sociale regionale.

- Una quarta strategia riguarda il *collegamento con le università marchigiane* finalizzato a produrre valore aggiunto alla programmazione sociale (anche con attività di confronto sul modello di welfare nelle Marche), ai percorsi formativi, alle attività di ricerca della Regione e delle università marchigiane referenti di corsi di laurea in materie sociali che si sono organizzate in un Coordinamento degli Atenei Marchigiani.
- Una quinta strategia riguarda infine l'opzione della *partecipazione* che ha portato ad approfondire alcune sue dimensioni qualificanti, sviluppate nel concreto della costruzione dei Piani di Ambito e finalizzate a dare sostanza alla "concertazione" quale processo di definizione delle scelte di un soggetto istituzionale attraverso il confronto con le indicazioni di soggetti diversi, istituzionali e non; alla "consultazione" che si articola nella raccolta delle conoscenze e delle opinioni dei portatori di interessi rispetto ad un tema sociale; alla "co-progettazione" intesa come metodologia e prassi che prevede il coinvolgimento diretto del numero più ampio possibile di soggetti interessati alla realizzazione di una politica o di un intervento. La Regione Marche nel proprio percorso di implementazione della riforma delle politiche sociali riconosce come principio quello della sussidiarietà orizzontale e verticale. La strada seguita è quella di sostenere l'evoluzione di un sistema in cui il carattere pubblico di un servizio prescinde dalla natura pubblica o privata del soggetto che in nome proprio lo gestisce. Questa accezione innovativa del concetto di partecipazione ha come immediata conseguenza la ridefinizione del rapporto della pubblica amministrazione con gli "attori" della partecipazione che sono quelli indicati all'art. 1 della legge 328/2000. Una ridefinizione che mantiene però forte il ruolo di governo da parte dell'ente locale e di regolatore del sistema.
- Sempre nell'ambito di questa strategia i soggetti della partecipazione costituiscono il riferimento principale della Regione Marche in quanto espressione ed identità del "terzo settore". La Regione Marche infatti attribuisce grande importanza a ruolo e funzioni della cooperazione sociale a fronte di una situazione di sostanziale sottovalutazione del valore aggiunto che queste organizzazioni non profit hanno generato nel sistema dei servizi sociali. Nella Regione Marche la **cooperazione sociale** svolge un ruolo importante sia qualitativo che quantitativo. Rappresenta un soggetto importante su cui la Regione intende investire non solo in termini di capacità produttiva, ma anche e soprattutto in termini di partecipazione intervenendo nella predisposizione di atti di indirizzo che promuovano l'utilizzo di strumenti giuridici di diritto pubblico nella costruzione di rapporti di co-progettazione accanto ad una seria rivisitazione della normativa regionale in materia di appalti; **il volontariato** svolge un ruolo determinante nell'attività di assistenza al cittadino-utente e costituisce una risorsa essenziale della rete di welfare regionale, è interlocutore privilegiato per la Regione che intende coinvolgerlo nella predisposizione di atti di indirizzo finalizzati a promuovere i rapporti nella sussidiarietà orizzontale contribuendo ad una rivisitazione del ruolo di questa importante realtà nelle politiche marchigiane utilizzando tutti gli strumenti a disposizione a cominciare dal Centro Servizi del Volontariato in stretto raccordo con il Comitato di gestione dei Fondi speciali e con le stesse Fondazioni bancarie; **l'associazionismo di promozione sociale** costituisce l'ultimo riferimento in termini di partecipazione a seguito dell'approvazione della l.r. 9/2004 e che ha visto l'iscrizione al registro regionale di associazioni di grande rilievo organizzativo a grande capacità di coinvolgimento. Intendimento della Regione è quello di valorizzare questa esperienza di partecipazione utilizzando gli organi di consultazione previsti dalla legge stessa con particolare riferimento all'Osservatorio dell'associazionismo di promozione sociale. Altro soggetto importante e protagonista della partecipazione è il **Forum del terzo settore** che, in qualità di organo autonomo di rappresentanza del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale e della cooperazione sociale, funge da interfaccia regionale e locale per la promozione della cittadinanza attiva su tutto il territorio regionale. Un ultimo soggetto, accanto al modo sindacale, è quello dei **patronati** che sono indicati dalla stessa legge 328/2000 come soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi con i quali sono stati avviati percorsi comuni sia in termini generali sia relativamente alla capacità di offerta degli stessi nell'ambito delle competenze attribuite agli uffici di promozione sociale.

La Regione Marche ritiene irrinunciabile la caratterizzazione in senso solidaristico della funzione sociale, il suo solido ancoraggio alla definizione di diritti sociali realmente esigibili, nel rispetto dei principi costituzionali e nel quadro della legge nazionale n. 328/2000.



Si ribadisce l'intenzione della Regione Marche di non ridurre il principio di sussidiarietà alla mera privatizzazione, intesa quale dismissione da parte delle Istituzioni di attività relative a funzioni e compiti che meglio possano essere svolte da parte dei privati; al contrario, in particolar modo nella funzione sociale, l'applicazione del principio di sussidiarietà passa attraverso il riconoscimento della condivisione da parte di soggetti privati di pubbliche responsabilità quale l'espressione più genuina del principio.

Su questi presupposti è stato costruito un percorso che articola le diverse possibilità poste in essere dalla normativa esistente per "sostanziare" il rapporto tra Ambiti Territoriali Sociali e mondo del non profit; dalle procedure per l'affidamento e l'acquisto di servizi sociali (appalto e concessione) agli "accordi di sostegno" e agli "accordi di collaborazione".

**L'assetto finanziario** dell'intero sistema integrato di interventi e servizi sociali, che con il presente Piano si potenzia, viene modificato attraverso strategie modulari da articolare nel corso del triennio di vigenza del Piano, sulla base delle seguenti direttrici: 1. una riduzione dei flussi di finanziamento dedicati a comparti specifici, concentrando il grosso del fondo all'interno del fondo unico; 2. L'individuazione di una precisa e realistica indicazione degli obiettivi da raggiungere in ogni comparto, con una elasticità di gestione in coerenza con le diversità territoriali, ma anche con parametri misurabili oggettivamente; 3. La trasformazione, nel corso del triennio attraverso l'adozione di atti specifici, delle attuali modalità di finanziamento in un sistema orientato alla definizione di budget ed obiettivi di ambito sociale. Un nuovo sistema a sostegno del quale si individueranno meccanismi di incentivazione e disincentivazione in funzione alla realizzazione degli obiettivi concordati con particolare riferimento alla gestione integrata dei servizi

**Consolidamento e innovazione dell'assetto operativo.** Si tratta di un obiettivo che implica la definizione di percorsi in grado di riorganizzare in modo unitario sul territorio regionale le tematiche collegate alla gestione dei servizi e alla erogazione delle prestazioni e che coinvolgono:

- Gli *Uffici di Promozione Sociale (UPS)*: luogo della prima presa in carico dell'utenza e dell'orientamento verso i servizi territoriali, hanno visto la progressiva elaborazione e implementazione di "linee guida". Il presente Piano, nel riprendere i contenuti delle linee guida, ribadisce ruolo e funzioni di tale "punto di accesso" che assicura la lettura ed osservazione dei bisogni, il monitoraggio e la promozione delle risorse del territorio, l'ascolto, l'orientamento, l'accompagnamento e la presa in carico dei cittadini, l'informazione sui diritti, le prestazioni e le modalità d'accesso ai servizi pubblici e privati, la trasparenza nei rapporti tra cittadini e servizi, la possibilità di presentare reclami. Non costituisce un nuovo ufficio, ma un sistema integrato di punti di accesso finalizzato a facilitare l'orientamento del cittadino verso una adeguata conoscenza delle caratteristiche del sistema di offerta dei servizi presenti sul territorio. Per la definizione ed organizzazione degli UPS infatti possono essere indicati gli strumenti dei protocolli d'intesa o delle convenzioni con tutte le realtà pubbliche, del privato sociale e del patronato sindacale che svolgono tali funzioni. L'obiettivo più importante, di medio e lungo periodo è l'integrazione dell'Ufficio di Promozione Sociale con lo Sportello della Salute al fine di attivare una unica porta di accesso ai servizi sociali e sanitari territoriali all'interno del sistema integrato dei servizi di welfare.
- Per un *accesso equo ai servizi* (prestazioni sociali e socio-sanitarie, a richiesta individuale, per la parte non coperta dal Servizio Sanitario Regionale) la Regione indica lo strumento dell'ISE-ISEE. L'ISE-ISEE va attivato a livello di Ambito Territoriale Sociale con accordi condivisi fra i responsabili degli Enti Locali dell'Ambito e con il coinvolgimento dei rappresentanti locali del mondo del lavoro nonché degli enti e soggetti di cui alla legge 328/2000 art. 1.
- Il *riordino del sistema delle figure professionali sociali* prevede la ripresa di un processo avviato gli anni scorsi e riepilogato in altra parte del presente Piano sociale regionale. Gli obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio riguardano l'approvazione di un atto deliberativo che riordini i percorsi formativi e definisca una disciplina unitaria delle attività formative relative alla qualifica di Operatore socio-sanitario e l'avvio di un tavolo interistituzionale per la stesura del repertorio delle professioni sociali e per definire le priorità formative in base alle politiche di welfare regionale.

- Lo *sviluppo dei processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie*, avviato dalla l.r. 20/2002, comporta la definizione delle procedure e dei requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali con un forte accento sulla qualità dei processi organizzativi ed assistenziali. La Regione si impegna, nell'arco del triennio, a portare a compimento i processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali attraverso un confronto costante e aperto con tutti gli attori del sistema sociale. La l.r. 20/2002 non pone limiti nell'accesso all'accreditamento che rimane subordinato al possesso dei requisiti richiesti e condizione indispensabile per instaurare rapporti con il servizio pubblico. L'orientamento della Regione Marche è verso un modello di accreditamento qualitativo, strumento dinamico per la promozione ed il miglioramento della qualità dei servizi. Tale orientamento, comunque, necessita di essere implementato con atti di governo tesi a precisare meglio la configurazione dell'accreditamento. Con successivi provvedimenti inoltre la Regione estende l'accreditamento a tutti i servizi territoriali non regolamentati dalla l.r. 20/2002 e dalla l.r. 9/2003.
- Il *riordino del sistema tariffario regionale*, ordinato e coerente agli standard ed alle prestazioni richieste, è un obiettivo della Regione Marche che si impegna per una politica tariffaria più equa e più equamente ripartita tra costi alberghieri e quota sanitaria. La costruzione del sistema tariffario segue un percorso di ampio coinvolgimento degli Enti Locali, dei soggetti gestori, delle associazioni di tutela e delle parti sociali per analizzare e valutare tutti i fattori che incidono nella produzione ed erogazione dei servizi.

**Consolidamento e innovazione della rete socio-sanitaria** rappresentano due degli obiettivi prioritari di questo Piano Sociale Regionale e del Piano Sanitario Regionale recentemente approvato dal Consiglio Regionale delle Marche. Per questo motivo i due Piani sono stati costruiti in stretto collegamento tra loro al punto da contenere una parte comune riguardante l'integrazione sociale e sanitaria centrata sulla "rete socio-sanitaria".

La recente Delibera di Giunta Regionale n. 720 del 28/06/07 tra l'altro definisce "il piano di lavoro e le priorità delle diverse strutture organizzative regionali e territoriali, per le proprie competenze e responsabilità, finalizzati al consolidamento e allo sviluppo del sistema integrato della rete dei servizi alla Persona di competenza sociale e di competenza sanitaria.

- Tra i *principi generali di riferimento dell'integrazione sociale e sanitaria* la Regione Marche riconferma l'approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute che non possono essere ridotte alla sfera della "sanità", ma vanno affrontate in una prospettiva complessiva e globale, appunto "integrata", con riferimento al benessere e alla protezione sociale. Il modello marchigiano di integrazione sociale e sanitaria viene confermato, consolidato e innovato coniugando in maniera armoniosa e organica l'opzione della Regione di mantenere la competenza sociale ai Comuni, promuovendo la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale e la competenza sanitaria al sistema ASUR/Zone/Distretti. L'integrazione socio-sanitaria, sul territorio, non viene delegata a figure specializzate e dedicate, ma affidata alla responsabilità comune degli operatori e dei professionisti sanitari e degli operatori e dei professionisti sociali. Questo Piano Sociale, anche per l'integrazione sociale e sanitaria, rafforza la logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale.
- La definizione dei *contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria* nella Regione Marche passa per l'armonizzazione della normativa nazionale sulla definizione delle prestazioni socio-sanitarie (d.p.c.m. 14.02.2001) e sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (d.p.c.m. 29.11.2001) e per l'eventuale anticipazione delle decisioni del Governo sui Livelli essenziali di assistenza sociale (ex legge 328/2000).
- Il consolidamento e l'innovazione dell'*assetto istituzionale* a livello regionale e locale dell'integrazione sociale e sanitaria passa attraverso l'individuazione dei soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria ai diversi livelli istituzionali (cabine di regia); la conferma dei "luoghi" privilegiati dell'integrazione sociale e sanitaria identificati nel Distretto sanitario e nell'Ambito territoriale sociale con ruoli e identità rafforzati; la rimodulazione dell'offerta dei

servizi sociali e sanitari attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria; il consolidamento e lo sviluppo del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali che, mantenendo al settore pubblico le funzioni di indirizzo, orientamento e monitoraggio e verifica, valorizzi la crescente presenza del terzo settore e della società civile, favorendo i processi di gestione mista pubblico/privato o di affidamento dei servizi di integrazione sociale e sanitaria al privato sociale nella logica del sistema integrato pubblico/privato; il finanziamento dell'integrazione sociale e sanitaria, con risorse certe e adeguate ai bisogni per gli interventi di integrazione sociale e sanitaria. La Regione Marche si impegna a definire entro il periodo di validità del Piano Sociale, in raccordo con i soggetti istituzionali che hanno competenze finanziarie nei settori sociale e sanitario un complessivo "budget socio-sanitario", che renda conto delle spese e degli investimenti effettivi in questa area comune; la partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini, valorizzando gli strumenti e le forme di informazione e partecipazione che dovranno essere attivati ai sensi della l.r. 13/2003.

- Per la *programmazione integrata sociale e sanitaria* l'impegno del presente Piano è quello di arrivare al termine del triennio di riferimento alla predisposizione di un unico strumento di programmazione sociale e sanitaria a livello regionale. In una logica complessiva e globale va definita e sviluppata la prospettiva del "Piano regolatore" dei servizi integrati alla persona, sia a livello regionale che, soprattutto, a livello locale per favorire un reale adeguamento della "città" ai bisogni della persona e delle famiglie. In questa fase si conferma l'impostazione della programmazione per l'integrazione sociale e sanitaria che è stata definita e approvata nel Piano Sanitario e si esprime l'indicazione di armonizzazione degli strumenti di programmazione territoriale sociale (Piani di Ambito) e sanitaria (Programmi Attività di Distretto).
- La *definizione e l'implementazione dell'assetto organizzativo operativo* della integrazione di interventi e servizi dell'area socio-sanitaria viene garantita attraverso la definizione di processi, percorsi e procedure per le principali funzioni comuni ai diversi settori di intervento, che troveranno le necessarie specificità e contestualizzazioni solo all'interno di un quadro coerente ed organico. Con riferimento all'impostazione e agli indirizzi dati dal Piano Sanitario le aree comuni da sviluppare riguardano: l'accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso), l'area logica della valutazione integrata (UVI), l'area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata. Il miglioramento della adeguatezza della struttura di offerta per le prestazioni socio-sanitarie, gestite in maniera integrata dai servizi sociali e dai servizi sanitari, verrà garantita anche con la progressiva definizione, con specifici atti, di standard di intervento e di prodotto. Lo sviluppo dell'integrazione professionale tra gli operatori sociali e sanitari e i tanti soggetti gestionali, istituzionali e non, che compongono la diffusa ed articolata rete marchigiana di strutture e servizi sociali e sanitari rappresenta un impegno prioritario che dovrà essere perseguito promuovendo molteplici e articolate occasioni di incontro, scambio, approfondimento comune che siano caratterizzate da multiprofessionalità, interdisciplinarietà, multiterritorialità.
- Sui versanti dell'*organizzazione e gestione* per consolidare e sviluppare la rete degli interventi e dei servizi sanitari e dei servizi sociali integrati sul territorio della Regione Marche verrà affrontata a livello centrale e decentrato la questione della localizzazione delle strutture di offerta per garantire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle risposte ai diversi bisogni presenti sul territorio. Successivamente alla predisposizione ed approvazione dell'atto di regolamentazione di accesso, valutazione, continuità assistenziale integrati tra i servizi sanitari e i servizi sociali, saranno individuati e definiti con precisione i "luoghi integrati" di accettazione territoriale, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza. Nel frattempo si dispone che, a livello locale, siano attivate le risorse e le azioni necessarie a preparare e predisporre l'integrazione dei "luoghi" attraverso il raccordo ed il coordinamento di organizzazione e gestione degli interventi.

Il presente Piano Sociale conferma gli indirizzi e le azioni per l'integrazione sociale e sanitaria di settore del Piano Sanitario considerandoli l'indispensabile completamento delle indicazioni, degli obiettivi specifici e delle scelte che verranno illustrate nelle sezioni del Piano Sociale dedicate ai settori di intervento.

### 3. La programmazione sociale di settore

L'**unitarietà dell'approccio e l'attenzione alle specificità** sono le dimensioni che caratterizzano la programmazione sociale di settore.

Ogni programmazione sociale di settore declina anche le seguenti direttrici essenziali:

- l'integrazione con i criteri programmatori generali del livello regionale e degli ambiti sociali;
- le modalità specifiche di integrazione tra la programmazione sociale e quella sanitaria;
- l'esigenza di integrare gli interventi ed i servizi alle persone tenendo conto delle condizioni e delle dinamiche delle famiglie in cui sono inseriti.

Per la definizione degli obiettivi dei diversi settori di intervento, il Piano Sociale Regionale ha predisposto un'adeguata e articolata ricognizione della situazione e della condizione delle diverse tipologie di cittadini destinatari degli interventi. Sono stati raccolti, elaborati ed analizzati dati, informazioni e riprese ricerche specifiche che hanno permesso di approfondire la conoscenza.

È stata realizzata anche una ricognizione sullo stato dell'arte della situazione normativa di settore sia in relazione agli atti approvati che alla loro effettiva applicazione. Gli obiettivi che vengono esposti in maniera sintetica rispondono alle criticità rilevate per ognuno dei settori di intervento.

Per le **politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza** le linee di indirizzo della programmazione definita dal Piano sociale riguardano la promozione di una cultura che assuma l'infanzia e l'adolescenza come soggetti che esprimono bisogni propri; la promozione, nei servizi, di una metodologia di lavoro che assuma come criterio il bisogno di salute sviluppando nei territori scelte integrate e partecipate; il monitoraggio e la valutazione costante della programmazione e dei servizi territoriali; la predisposizione di piani formativi per gli operatori dei servizi territoriali in relazione agli indirizzi regionali.

Nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza assumono particolare rilevanza i seguenti obiettivi specifici: 1. la definizione del programma di attuazione dei servizi ai sensi dell'art. 3 della l.r. 9/2003 e della D.G.R. 643/2004, con riferimento a quelli di base, ai servizi innovativi, agli interventi e ai progetti preventivi e promozionali; 2. l'attuazione delle linee d'indirizzo regionali in tema di adozione ed affidamento familiare D.G.R. 1896/2002 e D.G.R. 869/2003; 3. l'implementazione dell'area della prevenzione attivando e potenziando la rete di promozione del benessere e della salute, la rete di prevenzione del disagio adolescenziale, la rete di intercettazione del disagio.

Per le **politiche di sostegno al cittadino disabile** le linee di indirizzo della programmazione definite dal Piano sociale riguardano cinque opzioni fondamentali: 1. il consolidamento dell'assetto istituzionale e operativo del livello territoriale (ambito/distretto) per esprimere le più alte potenzialità nella programmazione e gestione unitaria del sistema dei servizi; 2. il superamento degli squilibri territoriali e della frantumazione degli interventi che determinano condizioni di disuguaglianza nell'accessibilità e fruibilità dei servizi tra i cittadini; 3. l'integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo del sistema a rete per garantire la presa in carico territoriale e livelli uniformi di assistenza secondo modelli organizzativi adeguati ed efficaci; 4. la promozione della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali, dei servizi, delle prestazioni e degli interventi; 5. la formazione e la professionalizzazione degli operatori dei servizi territoriali.

Gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano sinteticamente: 1. l'armonizzazione degli indirizzi della normativa di settore (L.R. 18/96) all'interno della nuova legge regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali; 2. la definizione di un piano pluriennale di intervento sulle disabilità, concertato tra sanità, sociale, istruzione, formazione e lavoro, trasporti, ecc. che individui gli obiettivi strategici, gli strumenti e le risorse per implementare la rete dei servizi e le reti comunitarie; 3. l'assegnazione delle risorse agli ambiti, definendo adeguati criteri di ripartizione (pesatura dei fattori demografici, territoriali, epidemiologici e della presenza/carenza di servizi e strutture), indicando gli obiettivi di investimento, valutando la congruità della pianificazione territoriale (indicatori); 4. l'accreditamento delle unità di offerta, definendo procedure, requisiti e strumenti per l'accreditamento dei servizi alla persona, modalità e soggetti competenti per la valutazione iniziale e periodica dei requisiti di qualità; modalità di affidamento dei servizi ai soggetti accreditati; 5. la verifica periodica dei requisiti funzionali,

strutturali e organizzativi delle strutture di cui alla l.r. 20/2002; 6. l'accreditamento delle strutture l.r. 20/2002, con la definizione di procedure, requisiti e strumenti; modalità e soggetti competenti per la valutazione iniziale e periodica dei requisiti di qualità; 7. la revisione dei criteri per l'assistenza domiciliare indiretta (legge 162/1998) con la definizione di criteri omogenei sul territorio regionale per determinare l'entità del contributo da assegnare e attribuzione agli ambiti delle competenze per l'assegnazione del contributo; 8. l'approvazione di linee guida e protocollo di intesa per la definizione di percorsi integrati finalizzati al recupero sociale e all'integrazione lavorativa di persone con disabilità; 9. l'avvio del progetto sperimentale per la "vita indipendente"; 10. la collaborazione alla ridefinizione dei percorsi formativi per gli operatori impegnati nei servizi alla persona (tutelari, educatori, mediatori, animatori, ecc ) in coerenza con la definizione dei profili professionali; 11. la definizione delle tariffe delle prestazioni e dei servizi con attribuzione percentuale della spesa in quota sanitaria e quota sociale; 12. la prosecuzione e il consolidamento del progetto "Autismo Marche".

Per le **politiche di tutela della salute mentale (I servizi di sollievo)** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. la trasformazione dei "servizi di sollievo", partiti come progetti pilota annuali e attualmente articolati in programmazione triennale, alla scadenza della terza annualità (31 marzo 2009) in un "Servizio territoriale" effettivo; 2. il consolidamento delle equipe integrate provinciali del "Sollievo" quale luogo di concertazione e programmazione degli interventi, in una logica di area vasta della salute mentale, lasciando ai singoli progetti territoriali la co-progettazione; 3. lo sviluppo dei servizi residenziali e semi-residenziali a prevalenza sociale (l.r. 20/2002) per la salute mentale, in una logica di rete con le strutture sanitarie; 4. l'avvio di una riflessione sulla riorganizzazione del Dipartimento di Salute Mentale, seguendo il percorso già avviato nelle Dipendenze Patologiche attraverso l'istituzione del Dipartimento integrato in una logica di rete e di pari dignità tra tutti i soggetti coinvolti.

Per le **politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche** gli obiettivi generali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. la definizione di protocolli diagnostici, certificativi, terapeutici ed operativi omogenei e condivisi da tutti i servizi del territorio regionale; 2. la ridefinizione del sistema di offerta dei servizi residenziali, semiresidenziali e non residenziali (di strada, d'inserimento lavorativo); 3. l'analisi e la ridefinizione del sistema delle rette per le strutture residenziali private accreditate; 4. l'analisi delle dotazioni organiche e tecnologiche dei servizi e stabilizzazione del sistema; 5. l'avvio del sistema informativo regionale sulle dipendenze (SIND-SESIT).

Gli obiettivi specifici, in una logica di modularità annuale, riguardano invece: 1. il pieno funzionamento di tutti gli organi dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche (DDP) e superamento delle criticità specifiche dei DDP sovrazionali; 2. la stesura del primo Piano integrato pluriennale degli interventi del DDP, con programmi attuativi annuali redatti con i Coordinatori d'Ambito, e da includere nei Piani d'Ambito territoriale sociale; 3. l'implementazione delle attività di prevenzione del disagio sociale e del consumo di droghe legali ed illegali e di promozione del benessere; 4. l'implementazione delle attività di reinserimento socio-lavorativo; 5. lo studio di prassi operative integrate tra DDP, Distretti sanitari ed Ambiti Territoriali Sociali; 6. il consolidamento della prassi operativa integrata dipartimentale; 7. lo sviluppo di nuove ipotesi organizzative, di ricerca e di sperimentazione sia clinica che gestionale.

Per le **politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. il contenimento del flusso di "istituzionalizzazione" dell'anziano non autosufficiente all'interno delle strutture residenziali; 2. la ridefinizione della dotazione di posti letto convenzionati in Residenza Protetta dagli attuali 2.500 posti letto ai quali è stata garantita una assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) minima di 50'; 3. la possibilità di incremento del livello di assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) fino a raggiungere la disponibilità di operatori necessari per sostenere la soglia dei 100' di assistenza prevista dal regolamento di autorizzazione per il numero complessivo dei posti letto convenzionati; 4. l'individuazione del percorso di formazione programmata degli OSS e degli Infermiere; 5. la ridefinizione delle caratteristiche del servizio ADI al fine di poter conseguire caratteri di omogeneità nel processo di valutazione, presa in carico, trattamento e dimissione del paziente; 6. il potenziamento dell'assistenza domiciliare agli anziani

non autosufficienti fino a una capacità di servizio di circa 10.000 utenti anno; 7. la definizione di criteri equi ed omogenei di accesso all'offerta dei servizi definendo linee guida per l'utilizzo dello strumento dell'ISEE; 8. l'avvio di un percorso concertato con le parti sociali finalizzato ad individuare i contenuti di un intervento di qualificazione, emersione dal lavoro nero, potenziamento del servizio di "assistenza domiciliare privata" (badanti); 9. la riqualificazione infine e il potenziamento dei centri diurni per anziani.

Per le **politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. il sostegno alla partecipazione degli stranieri tramite il voto amministrativo o la creazione di strutture di rappresentanza; 2. la promozione di una politica locale basata sulla partecipazione delle associazioni che li rappresentano, sulla condivisione degli obiettivi delle politiche locali, sul riconoscimento della rappresentanza degli immigrati tramite le Consulte, i Consigli Territoriali, i Consiglieri stranieri aggiunti, ecc.; 3. la riconversione, da studiare con le Province, della riconversione dei Centri Polivalenti come luoghi di progettualità interassociativa, di condivisione delle progettualità con gli Enti Locali, di acquisizione di competenze tecniche per lo svolgimento di mansioni qualificate e di utilizzo delle risorse comunitarie per la realizzazione di progetti di inclusione sociale; 4. l'offerta di servizi di accoglienza e l'accesso all'abitazione; 5. interventi sul mercato del lavoro per favorire l'inserimento dei cittadini stranieri immigrati; 6. l'intensificazione di misure di sostegno alla famiglia e alla tutela dei minori; 7. la garanzia del diritto alla salute degli immigrati; 8. la promozione di azioni di sensibilizzazione e consapevolezza sul rapporto tra immigrazione e diritti umani; 9. l'emanazione di una specifica normativa, che definisca il profilo professionale del Mediatore Culturale e la conseguente standardizzazione del percorso formativo allo scopo di superare le attuali criticità.

Per le **politiche di intervento nel campo della prostituzione e della tratta** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. l'avvio, in tempi celeri e in un'ottica di sistema, di progetti di prima assistenza a favore delle vittime di tratta ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Tratta n. 228/2003; 2. la continuità dei progetti avviati; 3. La promozione del lavoro di rete tra enti pubblici, organizzazioni non profit, forze dell'ordine, magistratura per l'identificazione e la tutela delle vittime di tratta sia a livello locale che nazionale e per contribuire al contrasto al fenomeno criminale; 4. la costruzione, per le persone che fruiscono di un programma di Protezione sociale, di un percorso di cittadinanza attiva, con l'attenzione all'autonomia abitativa e lavorativa, al radicamento territoriale, alla partecipazione ai processi di cittadinanza; 5. l'inserimento in maniera strutturata del tema della tratta nelle politiche sociali regionali e locali.

Per le **politiche di inclusione sociale per adulti in difficoltà e provenienti dal carcere** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. l'approvazione della proposta di legge regionale sul sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti in esecuzione penale, degli ex detenuti e dei minorenni sottoposti a procedimento penale; 2. l'applicazione della legge regionale attraverso provvedimenti ed accordi interistituzionali attuativi; 3. il monitoraggio sull'applicazione della legge regionale.

Per le **politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. la definizione di un Piano regionale sul disagio grave; 2. la promozione dello sviluppo di politiche e strategie di intervento a favore delle persone senza fissa dimora e in grave stato di disagio ed emarginazione; 3. il superamento della logica emergenziale e del mero intervento di pronto soccorso nel settore del disagio grave, per individuare percorsi e progetti per l'inclusione sociale; 4. la garanzia di un pronto intervento e di una continuità del percorso assistenziale; 5. la formazione congiunta (pubblico-privato sociale) degli operatori; 6. l'individuazione di una quantità di risorse più adeguata.

Per le **politiche e interventi di sostegno per i cittadini marchigiani residenti all'estero** gli obiettivi principali da raggiungere nel periodo di validità del Piano sociale riguardano: 1. la sensibilizzazione degli organismi pubblici e privati del territorio; 2. l'individuazione di risorse da destinare agli interventi di sostegno alle famiglie ed alle persone in disagiate condizioni economiche e sociali; 3. la definizione di procedure di assegnazione ed erogazione delle risorse ai Comuni.

# PARTE PRIMA

## IL PERCORSO DAL 2000 AD OGGI

### I Un percorso in continuità

Il “Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali” del 2000 è un piano processo che ha delineato un sistema che continua ad essere un riferimento sostanziale per questo piano sociale regionale 2008/2010.

La stesura di un nuovo Piano Sociale regionale infatti viene realizzata in sostanziale continuità con i principi espressi nel precedente Piano del 2000, primo atto conseguente all’approvazione della legge 328/2000.

Una continuità che tiene conto sia di alcune importanti modifiche avvenute nella cornice istituzionale (a seguito dell’approvazione delle modifiche al Titolo V della II parte della Costituzione italiana) che affidano alle Regioni competenza esclusiva in materia sociale sia dell’evoluzione del contesto sociale e sanitario della regione.

La modifica al Titolo V ha costituito un elemento di forte criticità nel percorso della legge 328/2000 togliendo sostanzialmente ruolo ad una legge che si poneva come “legge quadro” di orientamento alle successive leggi e piani che le Regioni avrebbero dovuto adottare.

Questa novità, se da una parte ha affidato importanti competenze al livello regionale, ha però rafforzato il rischio di una “pluralità di welfare” dato che il compito attribuito dal legislatore costituzionale allo Stato si è limitato alla definizione dei livelli essenziali, non a caso a tutt’oggi non ancora individuati.

La Regione Marche, in questo contesto normativo, ha ritenuto di considerare la legge 328/2000 come riferimento importante in ordine ai principi dalla stessa indicati e di proseguire sulla linea avviata con il primo Piano del 2000 che individuava un sistema a tutt’oggi ancora valido.

Rimangono quindi validi la filosofia e gli assi portanti del “Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali” del 2000 che orientavano l’azione verso:

- il superamento della logica delle politiche di settore, che da sempre caratterizzano il sociale, per promuovere la qualità della vita;
- la conseguente costruzione di un sistema integrato di servizi alla persona attraverso l’autosviluppo della comunità locale e la tutela della salute.

Il Piano si poneva come “piano processo” che doveva affrontare:

- una architettura istituzionale articolata in Ambiti Territoriali Sociali intercomunali intesi come: 1. sede più significativa per il raccordo tra Regione e Comuni ai fini della programmazione degli interventi sociali; 2. sede in cui definire le modalità di coordinamento e di collaborazione fra i Comuni, così come fra questi e gli altri soggetti pubblici rilevanti; 3. livello di attuazione e di verifica degli indirizzi della programmazione regionale sul territorio; 4. livello rispetto al quale ripartire il Fondo sociale regionale; 5. livello dell’integrazione tra servizi socio-assistenziali e servizi sanitari sul territorio;
- una architettura sistemica basata sulla qualità della vita come nucleo centrale intorno al quale ruotano i “patrimoni” (salute, benessere, qualità ambientale), i servizi (sanità, promozione sociale, servizi ambientali e urbani), le politiche sociali integrate;
- un modello funzionale basato sul “bisogno sociale” come momento costituente il funzionamento del sistema e come principio strutturante (rilevazione e lettura del bisogno);

- un modello “a rete” centrato sul protagonismo dei diversi soggetti sociali (collocazione e dignità sociale a istituti come la famiglia, le risorse sociali informali, l’associazionismo, il volontariato, le imprese sociali).

## **II Le strategie seguite e i principali risultati raggiunti**

I sei anni intercorsi dall’approvazione del Piano sociale regionale sono stati caratterizzati da un intenso lavoro di implementazione dei principi ivi riportati.

Gli strumenti utilizzati sono stati quelli delle linee guida o dei regolamenti attuativi delle indicazioni del Piano, non avendo la Regione ritenuto, allo stato delle cose, di adottare un testo legislativo di recepimento della legge 328/2000 o comunque di aggiornare la l.r. 43 che dal 1988 regola la materia.

Le principali attività hanno riguardato: 1. la costituzione degli ambiti territoriali sociali; 2. l’inserimento nel sistema della figura del Coordinatore di ambito; 3. l’avvio della programmazione territoriale con i Piani di ambito; 4. la costruzione di un sistema informativo specifico sulle politiche sociali in collaborazione con le 4 Province marchigiane; 5. l’implementazione di un percorso di autorizzazione del sistema residenziale e semiresidenziale sociale e socio-sanitario; 6. alcuni interventi di settore particolarmente innovativi su cui si intende procedere con il presente Piano per il prossimo triennio.

### Gli Ambiti Territoriali Sociali

Gli Ambiti Territoriali Sociali sono stati definiti, dopo un lungo e intenso processo di concertazione, nel numero di 24 recependo sostanzialmente le indicazioni provenienti dai territori ai quali era stato chiesto di indicare il bacino territoriale di riferimento più idoneo ad una seria ed equilibrata programmazione.

Con successivi atti sono stati definiti ruolo e compiti dell’organo politico dell’Ambito (il Comitato dei Sindaci), funzioni del Coordinatore di Ambito, competenze delle Province e modalità di costituzione di punti integrati di accesso alla rete dei servizi (Uffici di Promozione Sociale); con due atti successivi sono state date indicazioni su come procedere alla elaborazione dei Piani di Ambito e infine sono state definite linee per il rafforzamento istituzionale dell’Ambito per facilitare una politica realmente integrata sia a livello di gestione dei servizi che di organizzazione delle funzioni sociali.

### I Coordinatori di Ambito

La figura professionale del “Coordinatore di Ambito” è stata definita attraverso ulteriori atti esplicativi delle indicazioni del Piano Sociale regionale del 2000, in particolare nelle “linee guida per l’attuazione del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali” del 2001 il Coordinatore di Ambito è stato così definito:

- è una figura professionale che deve sostenere lo sviluppo del benessere locale secondo le indicazioni date dal Piano Sociale regionale;
- risponde del suo operato al Comitato dei Sindaci che è la sede istituzionale delegata a prendere decisioni in ordine alla costruzione del Piano di Zona Sociale e alle relative modalità di gestione dei servizi sociali;
- supporta il Comitato dei Sindaci nella programmazione della rete dei servizi essenziali da garantire sul territorio dell’Ambito, dei servizi di rilievo intercomunale, delle nuove progettualità e sperimentazioni; nella definizione del Bilancio Sociale;
- è una figura che facilita le connessioni tra i soggetti pubblici e privati che operano su quel territorio;
- la struttura tecnica di cui si avvale per assolvere alle proprie funzioni è costituita preferibilmente da professionalità presenti nell’Ambito;
- è una figura di professionalità sociale, incaricata, a tempo pieno, dal Comitato dei Sindaci dell’Ambito;



- è una figura che si rapporta con i Servizi regionali a cui risponde del suo operato per quanto riguarda l'esecuzione delle indicazioni strategiche generali e di settore.

Per l'individuazione della figura da parte dei Comitati dei Sindaci la Regione ha istituito un "Elenco Regionale dei Coordinatori di Ambito Territoriale Sociale" in cui vengono iscritti i candidati che dimostrano di avere le professionalità e le caratteristiche richieste.

Tale figura ha costituito uno degli elementi di maggiore innovazione del sistema fungendo da elemento catalizzatore delle varie modalità organizzative dei servizi sul territorio marchigiano e di supporto tecnico allo sviluppo dei processi nei Comuni di più piccole dimensioni.

Elementi di criticità sono stati quelli relativi alla scarsa capacità del Coordinatore di attivare strumenti di governo tecnico del sistema dei servizi dovendo dipendere per l'utilizzo degli strumenti gestionali (impegni di spesa, strumenti di gestione del bilancio, attività contrattuali) dal comune capo fila dell'ambito e dal suo apparato burocratico non sempre disponibile a facilitare i complessi percorsi amministrativi.

Per questo motivo si è proceduto, negli anni seguenti, alla individuazione di ulteriori elementi di chiarezza circa il ruolo e la funzione del Coordinatore di Ambito con l'approvazione delle "linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali" con la DGR 551 del 15.05.2006 le cui indicazioni di fondo sono riprese nel presente Piano.

### I Piani di Ambito Territoriale Sociale

La strada intrapresa, che ha visto in questi anni la elaborazione di due piani territoriali da parte di tutti gli Ambiti e un significativo processo di partecipazione da parte degli attori sociali coinvolti nello sviluppo della rete dei servizi, ha reso cosciente la Regione della positività di un sistema di welfare a forti connotazioni locali.

I Piani sono stati costruiti da tutti e 24 gli Ambiti sulla base di linee guida che hanno offerto indicazioni strategiche generali su cui i territori hanno successivamente definito le rispettive priorità.

Le "linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona 2003" hanno dato corpo al sistema della programmazione locale individuando un percorso di predisposizione dei Piani a livello, soprattutto, di metodo ed elaborando una modalità unitaria di classificazione della rete dei servizi sociali. Il percorso individuava nella "partecipazione" l'elemento di innovazione. Le linee individuavano in tal senso una fase di partecipazione informativa, di partecipazione conoscitiva, di partecipazione elaborativa e di partecipazione propedeutica alla gestione su cui poi si è accumulata una notevole esperienza da parte dei territori e la conseguente necessità di arrivare a definire ulteriori indicazioni di metodo in ordine al complesso problema del rapporto tra enti e associazione del privato sociale ed enti pubblici. Altro elemento importante, su cui poi si è molto concentrata l'attenzione degli Ambiti, è stato quello relativo alla costruzione del "profilo di comunità come fase informativa propedeutica alla definizione degli obiettivi di Piano.

Le successive "linee guida per la predisposizione dei Piani triennali di Ambito Territoriale Sociale – obiettivi 2005/2007" hanno cercato di dare maggiore stabilità al sistema sperimentato con i Piani 2003 intervenendo maggiormente su questioni di contenuto con particolare riferimento alla necessità di potenziare i percorsi di partecipazione allargandoli in particolare a giovani, cittadini e famiglie e al mondo delle imprese. Altre questioni importanti affrontate dalle linee guida hanno riguardato il sostegno a forme associate di gestione dei servizi a livello di Ambito e la connessione tra la programmazione di settore regionale (gestita in particolare da leggi specifiche) e i Piani di Ambito. Le linee guida si sono infine soffermate su alcuni progetti strategici da potenziare quali: 1. il Sistema informativo sulle politiche sociali; 2. gli Uffici di Promozione Sociale; 3. il bilancio sociale; 4. i progetti europei; 5. le figure professionali sociali; 6. il coinvolgimento delle Ipab nel sistema locale; 7. la definizione di criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni e dei servizi sociali.

Accanto a questo sono state poste ulteriori basi per una maggiore integrazione con i servizi a carattere socio-educativo.

L'esito del processo è stato sicuramente significativo in ordine ai processi di partecipazione e al ruolo svolto in tal senso dal Coordinatore di Ambito quale "facilitatore di sistema", un po' meno in ordine al rapporto effettivo tra lo strumento di programmazione (piano di Ambito) e il necessario supporto finanziario agli obiettivi ivi indicati (bilanci dei singoli Comuni). Per questo si è reso necessario, negli anni successivi, procedere ad ulteriori esplicitazioni con linee guida più specificamente rivolte al rafforzamento istituzionale e gestionale dell'Ambito e delle sue figure tecniche.

### Il Sistema informativo

L'Osservatorio per le Politiche Sociali (previsto dalla legge 328\2000 e istituito nelle Marche con deliberazione della Giunta Regionale n. 1768 del 1.07.2000) è stato oggetto di un primo processo di ridefinizione tecnico-organizzativa culminato con l' "Accordo di Programma per la realizzazione dell'Osservatorio per le Politiche Sociali", sottoscritto dalla Regione Marche e dalle Province di Ancona, Ascoli Piceno, Macerata e Pesaro-Urbino nel mese di ottobre 2003.

Il modello organizzativo previsto dall'Accordo si sostanzia in un sistema di rete integrato che comprende un Osservatorio di livello regionale, quattro Osservatori di livello provinciale e che opera in raccordo organico con gli Ambiti Territoriali Sociali e con tutti gli altri soggetti che, per le loro specificità professionali, presentano livelli di interazione con l'attività dell'OPS: Dipartimento Servizi alla Persona e alla Comunità; Agenzia Regionale Sanitaria; Servizio Sistema Informativo Statistico; Servizio Informatica; Centro regionale documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani; Centro regionale ricerca e documentazione disabilità.

Il modello organizzativo messo in campo (accordo di programma) e l'attività svolta nel triennio 2004-2006 hanno permesso di consolidare il seguente quadro di risultati:

- Definizione e classificazione dei servizi e degli interventi sociali in sintonia con le Leggi Regionali che regolano il sistema dei servizi in oggetto (Legge 20\2002 e legge 9\2003) ed in raccordo con l'analogia classificazione di livello nazionale;
- Censimento dei servizi sociali e degli Enti titolari o gestori dei servizi - Il censimento riguarda tutti i servizi sociali e i servizi residenziali socio-sanitari;
- Informatizzazione delle banche dati amministrative regionali (Albo regionale delle cooperative sociali; Registro regionale delle associazioni di volontariato e promozione sociale; Registro regionale "autorizzazione-accreditamento" dei servizi normati dalla l.r. 9\2003; Registro regionale "autorizzazione-accreditamento" servizi normati dalla l.r. 20\2003);
- Implementazione del database regionale integrato Servizi-Enti - Nel database sono allocate tutte le informazioni relative ai servizi e agli enti, sia quelle rilevate attraverso il censimento, sia quelle risultanti dalla informatizzazione degli archivi amministrativi regionali. Il database è strutturato per gestire, anche via web, l'inserimento, l'aggiornamento e la consultazione dei servizi e degli enti;
- Indagini previste dal Programma Statistico Nazionale – Questa attività si inquadra nell'ambito della collaborazione tra Osservatorio Politiche Sociali e SIS ed è finalizzata a conseguire il massimo sfruttamento informativo delle Indagini ISTAT relative al settore socio-assistenziale. L'attività interessa quattro indagini: servizi residenziali socio assistenziali e socio sanitari; spesa sociale dei Comuni; cooperative sociali; associazioni di volontariato;
- Banca dati-indicatori statistici "Profilo di comunità" - Sistema di indicatori statistici (desunti dalle fonti ufficiali disponibili) che permette di analizzare i principali caratteri socio-economico-demografici del territorio e della popolazione delle Marche (la base dati è consultabile via Internet nel sito [www.sistar.marche.it](http://www.sistar.marche.it)).

### Il sistema regionale di autorizzazione delle strutture sociali e socio-sanitarie e ciclo residenziale e semiresidenziale.

La legge 328/2000 prevedeva, all'art. 11, che "i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale" fossero autorizzate dai Comuni e che tale autorizzazione fosse rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale.

Con successivo Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della solidarietà sociale - del 21 maggio 2001 veniva approvato il “Regolamento concernente i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale” che dava indicazioni precise su come costruire gli atti regionali di riferimento.

Sulla base di questa cornice di riferimento la Regione ha provveduto ad elaborare e ad approvare la legge regionale n. 20/2002 “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale” e il regolamento n. 1/2004 - e successive modifiche - redatto in base alla specificità dei settori di intervento e della diversa modalità di approccio alla qualità delle strutture preposte sia in termini strutturali che organizzativi e di rete.

La legge ha riclassificato l'intera offerta residenziale e semi residenziale articolando il sistema in:

- Strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa caratterizzate da bassa intensità assistenziale destinate a soggetti autosufficienti privi di valido supporto familiare distinte in: 1. strutture per minori (comunità familiare); 2. strutture per disabili (comunità alloggio); 3. strutture per anziani (comunità alloggio e casa albergo); 4. strutture per persone con problematiche psico-sociali (comunità alloggio, comunità familiare, alloggio sociale per adulti in difficoltà, centro di pronta accoglienza per adulti);
- Strutture con funzione tutelare caratterizzate da media intensità assistenziale destinate a soggetti fragili e a rischio di perdita di autonomia privi di valido supporto familiare distinte in: 1. strutture per minori (comunità educativa, comunità di pronta accoglienza, comunità alloggio per adolescenti); 2. strutture per disabili (comunità socio-educativa-riabilitativa); 3. strutture per anziani (casa di riposo); 4. strutture per persone con problematiche psico-sociali (casa famiglia, centro di accoglienza per ex detenuti o per soggetti comunque sottoposti a misure restrittive di libertà personale da parte dell'autorità giudiziaria, casa di accoglienza per donne, anche con figli minori, vittime di violenza o vittime della tratta a fine di sfruttamento sessuale);
- Strutture con funzione protetta caratterizzate da un alto livello di intensità e complessità assistenziale destinate a soggetti non autosufficienti che necessitano di protezione a ciclo diurno o di residenzialità permanente e temporanea con funzione di sollievo alle famiglie distinte in: 1. Strutture per disabili (residenza protetta, centro diurno socio-educativo-riabilitativo); 2. strutture per anziani (residenza protetta, centro diurno).

Il processo autorizzativo avviato con la legge 20/2002 ha coinvolto tutti gli ambiti territoriali all'interno dei quali sono state costituite apposite commissioni tecnico-consultive di ambito presiedute dal Coordinatore di ambito e composte da esperti in materia di edilizia, impiantistica, organizzazione e gestione di strutture sociali, designati dal Comitato dei Sindaci dell'ambito, nonché da un medico del dipartimento di prevenzione, designato dalla competente Zona territoriale dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR).

Con decreto n. 4 del 26.04.2007 è stata infine istituita l'anagrafe regionale delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale autorizzati.

Questo processo ha permesso l'avvio di una seria riqualificazione del sistema residenziale socio-sanitario a cui la Regione ha contribuito anche finanziariamente sostenendo sia la parte relativa al potenziamento personale infermieristico e socio-sanitario delle Residenze protette per anziani, sia la parte relativa al miglioramento della parte strutturale nei termini indicati dal regolamento 1/04 e successive modificazioni.

Per quanto riguarda il potenziamento del livello assistenziale la Regione ha avviato un complesso percorso di riordino del sistema delle residenze protette che si è sviluppato nel corso degli ultimi tre anni nel seguente modo:

- Approvazione della DGR 323/2005 con la quale veniva sottoscritto con le organizzazioni sindacali un ulteriore documento di applicazione del protocollo d'intesa del 2004 e approvati una serie di importanti documenti relativi a: 1. Criteri tariffari per RSA e Residenze protette, 2. modello di convenzione da utilizzare per aggiornare le convenzioni in atto tra Zone territoriali

ed enti gestori alle nuove condizioni di assistenza; 3. l'indicazione affinché venga predisposto dai servizi regionali l'atto di ripartizione dei posti letto in RSA e RP suddivisi per area vasta con relativa ipotesi di allocazione delle risorse aggiuntive;

- L'approvazione successiva, come da DGR 323/2005, con decreto dirigenziale n. 289/2005 a forma congiunta "politiche sociali" e "Salute" della ripartizione dei posti letto in RSA e in RP e allocazione delle risorse aggiuntive per area vasta partendo dal riferimento complessivo previsto dal Piano sanitario "Un'alleanza per la salute" di 1.320 p.l in RSA e 2.500 p.l. in RP e articolando l'intervento in livelli assistenziali alti, medi, minimi;
- L'approvazione successiva con decreto dirigenziale n. 501/2005 a firma congiunta "politiche sociali" e "Salute" dell'impegno di spesa per la riqualificazione dell'assistenza socio-sanitaria quantificato per i p.l. in RP in euro 7.398.862 che costituisce l'impegno aggiuntivo assunto dalla Giunta per l'avvio del processo di riqualificazione dell'offerta residenziale per anziani non autosufficienti conseguente alla normativa regionale n. 20/2002 e agli impegni assunti e portati avanti con le organizzazioni sindacali;
- Con il mese di novembre 2005 il processo è stato avviato a seguito dell'invio dei finanziamenti aggiuntivi in questione all'ASUR e quindi alle Zone impegnando i 2/12 della cifra complessiva pari a euro 1.233.143,72;
- Nell'anno 2006 si è proceduto, con decreto 232/2006, alla conferma dell'intero finanziamento di euro 7.398.862,00 trasmessi all'ASUR per la prosecuzione del percorso avviato chiedendo alle Zone la sottoscrizione delle convenzioni 2006 per tutto l'anno e liquidando da subito il 70% dell'importo complessivo rinviando alla presentazione della documentazione attestante l'avvenuta stipula delle convenzioni, il restante 30%. Il finanziamento è stato confermato per l'anno 2007.

### III Le maggiori criticità

Il percorso seguito in questi anni ha rivelato ovviamente anche alcune criticità che hanno sostanzialmente impedito la piena realizzazione degli obiettivi riportati sul Piano Sociale regionale del 2000 e che abbiamo riepilogato in: 1. questioni legate all'assetto istituzionale e 2. questioni legate all'assetto operativo.

Le problematiche sono state in questi anni così riassunte:

- **Questioni legate all'assetto istituzionale:**

#### 1. Necessità di rafforzare il livello istituzionale dell'Ambito Territoriale Sociale:

La modalità gestionali dei servizi e l'esercizio stesso della funzione sociale in forma integrata, necessaria per superare quegli elementi di debolezza caratterizzati dalla frammentazione degli interventi, hanno posto l'urgenza di una maggiore celerità nei processi decisionali all'interno dell'Ambito Territoriale Sociale. L'utilizzo dello strumento dell'Accordo di programma si è rivelato insufficiente in questi anni per dare stabilità al sistema che si è trovato di fronte ad ostacoli dovuti alla difficoltà di decidere a fronte di una complessità di passaggi intermedi raramente omogenei tra loro.

L'esigenza è stata quindi quella di intervenire per: 1. dare una maggiore consistenza alla forma giuridica degli Ambiti territoriali sociali; 2. valorizzare il ruolo politico e rappresentativo dei Comuni, senza confonderlo con quello gestionale; 3. evitare duplicazioni di competenze e di strutture a ciò dedicate favorendo l'utilizzo di articolazioni territoriali già presenti sul territorio marchigiano; 4. evitare il sistema "a scatole cinesi", cioè fondato su contenitori sostanzialmente vuoti che "rimandano" ad altri; 5. evitare di introdurre nel sistema il rischio di confusione tra i ruoli; 6. evitare il protagonismo di pochi e la deresponsabilizzazione di molti.

Le modalità per giungere ad una riorganizzazione istituzionale dell'ambito territoriale sociale hanno convinto la Regione Marche ad offrire alle autonome valutazioni dei Comuni spunti di riflessione al fine di operare consapevolmente le scelte ritenute più opportune con riferimento alle specificità che caratterizzano i territori di riferimento.

Con l'approvazione delle "linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali" avvenuta con DGR 551/2006 la Regione ha inteso porre in luce l'opportunità di soluzioni che:

- tenessero conto dei processi avviati in diversi Ambiti territoriali sociali regionali;
- intervenissero per governare i processi complessivi in atto negli Ambiti definendo elementi essenziali da garantire e suggerendo modalità efficaci e di semplice fattibilità previste dalla normativa vigente sulla base dei seguenti criteri:
  - non frapponere tra cittadini e istituzioni ulteriori organismi di secondo livello che inficerebbero i processi di partecipazione ai tavoli e alle decisioni di rilievo;
  - garantire momenti forti di partecipazione da parte dei cittadini nel rispetto del ruolo di indirizzo, promozione e disciplina che spetta unicamente all'ente locale;
  - non vincolare l'esercizio in forma associata delle funzioni sociali unicamente alla creazione di ulteriori soggetti a ciò deputati (aziende speciali o altro).

Volontà della Regione non è stata quella di preconstituire forme istituzionali decise dal livello centrale, ma di offrire un contributo alle autonomie locali affinché le stesse fossero sollecitate a modificare l'assetto istituzionale attuale all'interno di alcune indicazioni di carattere strategico frutto delle concertazioni attivate negli anni in sede di sperimentazione dei Piani di ambito sociale.

La prospettiva di fondo che la Regione invece intende sostenere è quella dello sviluppo della "governance" delle politiche sociali fondata sul coinvolgimento degli attori sociali nei processi decisionali attraverso grossi investimenti nella partecipazione della società civile.

Si tratta quindi di evitare in ogni modo l'introduzione di condizioni di mercato nella produzione dei beni e servizi sociali realizzata nell'ambito della commercializzazione e normalmente associata alla riduzione delle funzioni pubbliche di erogazione e gestione diretta a favore di soggetti privati per favorire – anche con lo strumento giuridico opportuno e adeguato - lo sviluppo di politiche pubbliche capaci di aprirsi ad una pluralità di attori e organizzazioni pubblici e privati con la diffusione di stili negoziali delle azioni pubbliche e di strutture di tipo partenariale.

All'interno di tale strategia, che affida all'Ente locale il governo del sistema, gli strumenti giuridici previsti dalla normativa esistente ("Testo unico sull'ordinamento delle autonomie locali d.lgs. 267/2000") erano stati così elencati e vengono così ribaditi nel presente Piano sociale Regionale:

- L'Accordo di programma (art. 34): è lo strumento utilizzato dagli ambiti a tutt'oggi per approvare il piano di ambito e definirne le modalità attuative. Si tratta di uno strumento che si intende superare dati i limiti di operatività manifestati in questi anni di sperimentazione. In base alla normativa comunque l'accordo di programma è utilizzabile per la definizione ed attuazione di opere, interventi o programmi di intervento che per la loro completa realizzazione richiedono l'azione integrata e coordinata di più enti, si può realizzare un accordo di programma per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinare i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento. E' evidente che questa modalità non porta alla creazione di un soggetto giuridicamente autonomo;
- Il Consorzio e l'azienda Speciale Consortile (art. 31): si tratta di una forma giuridica prevista non solo per la gestione associata di uno o più servizi, ma anche per l'esercizio associato delle funzioni. E' dotato di personalità giuridica e di autonomia gestionale, organizzativa, finanziaria e statutaria. I consorzi possono anche assumere la forma di aziende speciali consortili. Ovviamente non è compreso, in questo modello, il Consorzio avente rilevanza economica e imprenditoriale;
- Le Unioni dei Comuni (art. 32): sono enti locali costituiti da due o più comuni, di norma contermini, allo scopo di esercitare congiuntamente una pluralità di funzioni di loro competenza. Si tratta di una forma particolarmente significativa per il sistema dell'ambito perché garantisce il governo al Comitato dei Sindaci e una organizzazione interna particolarmente unitaria e coordinata per quanto riguarda le funzioni (all'interno delle Unioni dei Comuni inseriamo anche le Comunità Montane – art. 27 – che sono considerate esse stesse, dalla norma, delle Unioni dei Comuni).

Altri strumenti come le Aziende speciali e le Istituzioni (art. 114), in quanto enti od organismi strumentali del singolo Ente locale funzionali alla gestione integrata dei servizi e non al coordinamento delle funzioni sono stati considerati non idonei, in quanto tali, al raggiungimento degli obiettivi di sistema riportati sul piano Sociale Regionale. Questi vengono invece ripresi nella parte del Piano riguardante la gestione integrata dei servizi.

Accanto a questi strumenti a disposizione degli enti locali, che costituiscono modalità conosciute e già utilizzate per mettere in rete in maniera stabile sia le funzioni che la gestione dei servizi, si ritenne opportuno offrire, nelle stesse linee guida, un approfondimento sullo strumento della "Convenzione intercomunale" con 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 (art. 30, comma 4).

Al fine di rendere operativo tale processo la Regione si era impegnata a sostenere l'applicazione dei processi di rafforzamento di ambito fornendo assistenza e consulenza agli enti locali ai fini di rafforzare gli ambiti, strutturandoli nelle modalità minime riportate nelle stesse linee guida.

## 2. Necessità di sostenere forme di gestione associata dei servizi come prassi abituale e non eccezionale;

Nelle "linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali", che a loro volta richiamavano le "linee guida per la predisposizione dei Piani triennali di ambito sociale – obiettivi 2005/2007" veniva offerta una cornice di riferimento.

La frammentazione dei livelli gestionali dei servizi alla persona ha costituito una delle criticità più rilevanti del sistema integrato delle politiche sociali su cui si è lavorato in questi anni unicamente in termini di linee guida finalizzate ad offrire elementi generali da mettere a disposizione degli enti locali.

Accanto al rafforzamento delle funzioni integrate finalizzato a sostenere le capacità decisionali dell'Ambito Territoriale sociale in termini istituzionali e operativi, si è cercato di offrire stimoli e opportunità sul fronte specifico della gestione integrata dei servizi finalizzata a razionalizzare l'intero sistema dell'offerta in termini di qualità.

Le linee guida sul rafforzamento istituzionale dell'ambito sociale già indicavano alcuni punti fermi a partire dai quali procedere e che con il presente Piano vengono ripresi nel dettaglio nella parte dedicata alle strategie di potenziamento (punto III.2) e sostenute con incentivi previsti nella parte invece dedicata alle linee strategiche di finanziamento riportate al punto III.6.

## 3. Necessità di riordinare la materia delle IPAB inserendo le stesse nella rete dei servizi territoriali;

In sede di valutazione dei primi Piani di ambito sociale, predisposti e presentati in Regione nell'anno 2003, si evidenziò in maniera particolare lo scarso coinvolgimento delle IPAB nella fase di consultazione, concertazione e co-progettazione a testimonianza di una ingiustificabile sottovalutazione del ruolo che queste avrebbero invece dovuto assumere per la costruzione di un vero sistema di welfare locale.

La legge 328/2000 infatti all'art. 10 rileva che le IPAB, che operano in campo sociale, sono inserite a tutti gli effetti nel sistema integrato di interventi e servizi sociali e che nel rispetto degli Statuti e dei patrimoni, la sua figura giuridica viene trasformata in soggetto più snello e moderno, di tipo aziendale, che si struttura come un'azienda pubblica, mutuando dal privato gli aspetti di minor burocrazia: la direzione, il controllo di gestione, il bilancio economico patrimoniale.

La normativa rileva altresì che la trasformazione si può raggiungere anche attraverso fusioni e accorpamenti per superare la polverizzazione delle piccole strutture, utilizzare economie di scala e quindi migliorare l'efficienza organizzativa e gestionale e che le piccole IPAB sono escluse dalla eventuale trasformazione.

Il decreto legislativo 4 maggio 2001, n. 207 disciplinava l'applicazione dell'articolo 10 illustrando le procedure di trasformazione delle IPAB nelle modalità che si è cercato di seguire negli anni scorsi in sede di elaborazione del testo di legge regionale:

1. competenza affidata alle Regioni circa le modalità applicative per l'inserimento delle IPAB nel sistema dei servizi sociali e sociosanitari; 2. Individuazione, per le IPAB oggetto di ridisciplina, del profilo di Aziende Pubbliche di Servizi alla persona fissandone i criteri generali per la trasformazione, salvaguardando interessi originari e patrimoni; 3. possibilità di accedere a profilo di diritto privato per le piccole istituzioni il cui volume di attività e reddito non consente la trasformazione in Azienda di Servizi alla Persona; 4. Individuazione dei criteri per le modifiche statutarie da parte delle IPAB che si aziendalizzano; 5. Individuazione dei compiti degli Organi delle Aziende di Servizi alla Persona; 6. Individuazione dei criteri per la nomina del Direttore e per le sue funzioni.

Secondo tale prospettiva è in via di definizione un atto normativo di riforma delle IPAB che dovrà essere concluso nel triennio di vigenza del presente Piano Sociale Regionale al fine di integrare in sistema di interventi e servizi sociali anche in termini di partecipazione delle IPAB.

Inoltre, come riportato al punto III.2 del presente Piano la riforma del sistema delle IPAB porterà, nel caso delle IPAB di maggiori dimensioni, alla creazione di Aziende pubbliche di servizi alla persona, che costituiranno un importante strumento di gestione integrata dei servizi.

- **Questioni legate ai processi dell'assetto organizzativo (accesso, accoglienza, presa in carico, continuità assistenziale):**

1. Necessità di far funzionare e di integrare i punti di accesso alla rete dei servizi attivando le indicazioni riportate nelle linee guida sugli UPS sia della integrazione con i punti di accesso sanitari che con quelli realizzati da soggetti del privato sociale.

Nonostante questo obiettivo fosse stato individuato come prioritario per gli ambiti territoriali nel precedente Piano Regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali del 2000 e nelle successive linee guida per la elaborazione dei Piani di ambito, nonché riportato negli obiettivi affidato ai Direttori di Zona in sede di definizione del budget, i risultati sono stati inferiori alle aspettative.

Nel monitoraggio sull'attività dei Piani di Zona 2003 si rilevò che tutti gli ambiti territoriali avevano visto l'attivazione degli sportelli UPS dandone però una definizione non sempre coincidente con l'articolazione prevista dalle linee guida sugli UPS approvati dalla Regione. Allora infatti 21 ambiti su 24 dichiaravano di attribuire agli UPS sia la funzione di promozione della cittadinanza, sia la funzione di accesso unificato ai servizi mentre solo 3 ambiti su 24 dichiaravano di orientarsi verso un UPS con funzioni di esclusivo accesso ai servizi. Nel complesso, rilevava il monitoraggio, a maggio 2004 16 Ambiti dichiaravano di aver attivato 123 sportelli localizzati in 122 comuni per un totale di 944 ore di front-office per l'utenza. A dicembre 2004 21 ambiti dichiaravano che erano attivi sul territorio 194 sportelli UPS localizzati in 190 comuni per un totale di 1.706 ore di front office per l'utenza.

In sintesi, concludeva il monitoraggio, a fine 2004 il 77% dei Comuni risultava servito da almeno uno sportello UPS; ciascuno sportello presentava un tempo medio di front office di 8,8 ore alla settimana; la popolazione residente negli ambiti poteva contare su un tempo di front office pari a 80 minuti/settimana per 1000 abitanti.

Un dato medio che offre un quadro significativo di un tentativo importante di costruire un accesso alla rete capace di orientare il cittadino nella rete dell'offerta.

Una situazione ben diversa riguarda invece il processo di integrazione socio-sanitaria tra UPS e Sportelli della salute.

L'obiettivo di integrazione, auspicato anche dal Piano Sanitario Regionale "Un'alleanza per la salute" 2005/2007, è in realtà rimasto al palo se in sede di valutazione degli obiettivi dei direttori di Zona anno 2006 è risultato che nessuno Sportello della salute fosse adeguatamente integrato con gli UPS degli ambiti sociali.

Si tratta quindi di una criticità che costituisce uno degli obiettivi del presente Piano così come riportati nella parte relativa agli indirizzi strategici 2008/2010.

2. Necessità di riorganizzare il sistema della valutazione e presa in carico da parte dei servizi territoriali integrati facenti capo all'Ambito e al Distretto.

Le criticità riportate nel sistema di accesso riguardano conseguentemente anche la parte relativa alle situazioni di bisogno a più alta criticità che comportano interventi di vera e propria "presa in carico" da parte dei servizi. Questa criticità è ripresa anche nella parte relativa ai percorsi di integrazione socio-sanitaria riportati in un capitolo apposito del presente Piano sociale perché coinvolge anche il sistema sanitario regionale.

Si tratta infatti di riorganizzare un sistema coordinato di valutazione dei bisogni e di presa in carico con progetto personalizzato che fino ad oggi ha avuto referenti tecnico professionale diversificati e non collegati tra loro: l'assistente sociale del Comune per alcune situazioni di emergenza, gli organismi previsti dal sistema sanitario all'interno delle Zone come le Umee/Umea, le UVD, le equipe integrate di ambiti (per lo più inesistenti) e poco altro.

Si tratta quindi di un processo quasi completamente da attivare all'interno delle indicazioni normative regionale che affidano all'ambito territoriale sociale e al Distretto Sanitario l'attuazione concreta dei percorsi di integrazione socio-sanitaria.

3. Ridefinire i profili assistenziali dei servizi territoriali più importanti a cominciare dal sistema residenziale fino al sistema delle cure domiciliari.

La riorganizzazione complessiva dell'offerta dei servizi ha visto la Regione impegnata in questi anni soprattutto sul versante del sistema residenziale sociale e socio-sanitario a seguito dell'approvazione della l.r. 20/2002 e del relativo regolamento.

Questo ha favorito l'avvio di un processo di ridefinizione dei profili di assistenza che necessita però di essere proseguito e integrato con un uguale lavoro da svolgere assieme al servizio Salute attraverso un aggiornamento della l.r. 20/2002.

Stesso lavoro dovrà essere avviato per il sistema delle cure domiciliari che costituisce uno degli elementi di debolezza e che comporterà l'aggiornamento delle linee guida sull'ADI e la individuazione di un sistema condiviso di valutazione della non autosufficienza.

4. Proseguire le azioni di sistema dell'assetto organizzativo con particolare riferimento a autorizzazione/accreditamento dei servizi, tariffe, professioni, compartecipazione.

Pur trattandosi di un percorso che ha visto la Regione molto impegnata negli anni precedenti e che ha portato ad alcuni risultati importanti, rimangono aperte ancora alcune criticità che dovranno essere risolte nel prossimo triennio di vigenza del presente Piano sociale regionale e che riguardano:

- Completamento del processo di applicazione della legge regionale n. 20/2002 sia raffinando lo strumento delle autorizzazioni sia costruendo un sistema di qualità dell'offerta attraverso il meccanismo dell'accreditamento;
- Riordino del sistema delle figure professionali sociali coinvolgendo i servizi regionali preposti (Servizio Salute, Servizio formazione professionale e lavoro) partendo dalla questione specifica degli operatori socio-sanitari per arrivare alla riorganizzazione di tutto il sistema e alla individuazione dei relativi percorsi formativi in accordo con le università e i centri di formazione regionale e provinciali;
- Costruire un sistema tariffario omogeneo a livello regionale riguardante tutte le strutture e i servizi residenziali e territoriali per situazioni di assistenza stabile che indichi l'articolazione dei costi, la suddivisione degli stessi tra componente sanitaria (SSR) e cittadini (o enti locali), l'armonizzazione dei criteri di accesso attraverso l'utilizzo dello strumento dell'ISEE e la definizione di soglie di accesso che tengano conto delle diversità territoriali, ma anche della necessità di garantire pari condizioni a tutti i cittadini marchigiani.

Trattandosi di criticità condivise con il sistema sanitario i punti sopra elencati si trovano anche nel Piano sanitario regionale e sono approfonditi nel presente Piano anche nelle parti dedicate all'integrazione socio-sanitaria.



## **IV Il potenziamento del sistema integrato socio-sanitario**

Un processo di particolare importanza su cui questo Piano intende soffermarsi è quello della integrazione sostanziale tra servizi sociali a carico del sistema degli Enti Locali e servizi a carico del sistema sanitario regionale.

Rinviando ad una parte successiva del Piano le indicazioni di prospettiva e le questioni principali da risolvere all'interno del riordino del sistema sanitario regionale, che sono le stesse riportate sul Piano sanitario, ci limitiamo in questa sede introduttiva a riepilogare le principali iniziative intraprese in questi anni e le criticità più evidenti da affrontare congiuntamente al Piano sanitario.

### **IV.1 Il percorso di questi anni**

La elaborazione del Piano sanitario regionale 2003/2006 "Un'alleanza per la salute" e l'approvazione della legge 13/2003 di riordino del sistema sanitario hanno apportato alcuni elementi di grande significato per un salto di qualità in questo lavoro di integrazione.

Si tratta di elementi che costituiscono il "già fatto" e quindi la base su cui procedere in un lavoro di sostanziale continuità con l'esperienza realizzata.

Si riporta di seguito lo scenario di "sistema" costruito in questi anni:

- La coincidenza tra Ambiti Territoriali Sociali e Distretti Sanitari, indicata come obbligatoria dalla l.r. 13/2003 ha portato a ridurre il numero dei Distretti da 36 a 24;
- L'individuazione, all'interno della dirigenza dell'ASUR, del Responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria alla pari del direttore amministrativo e del direttore sanitario ha individuato una figura importante di collegamento tra l'attività di programmazione regionale e l'attività di implementazione affidata all'ASUR;
- L'individuazione nell'Ambito/Distretto del luogo preposto alla realizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria attraverso il Piano di Ambito e il Programma Attuativo di Distretto ha definito un luogo preciso di programmazione territoriale da integrare per implementare le indicazioni regionali;
- La stesura delle linee guida per i PAD e per i Piani di Ambito realizzata in maniera congiunta tra i Servizi regionali Politiche Sociali e Salute, l'Agenzia Regionale Sanitaria e l'ASUR con indicazioni coordinate relativamente ai percorsi da seguire e ai contenuti da garantire ha offerto possibilità concrete di sperimentazione di percorsi integrati di programmazione;
- La valutazione dei rispettivi Piani fatta in maniera coordinata tra Servizi regionali Politiche Sociali e Salute, l'Agenzia Regionale Sanitaria e l'ASUR ha permesso di individuare in maniera congiunta nodi critici e punti di forza importanti da riprendere nel nuovo Piano Sociale Regionale;
- L'approvazione e l'implementazione di progetti di settore importanti come il Piano anziani, il Piano infanzia e il Progetto obiettivo per la tutela della salute mentale ha permesso l'avvio di servizi territoriali in maniera più integrata rispetto a prima;
- Il coordinamento tra i sistemi di monitoraggio della componente sociale e sanitaria dell'Agenzia Regionale Sanitaria ha posto le basi per una mappatura di tutta la rete dei servizi socio-sanitari regionali;
- L'approvazione, con DGR, dell'atto di riordino del sistema regionale delle dipendenze patologiche ha inserito nel sistema una nuova forma di Dipartimento integrato socio-sanitario-pubblico-privato per tutte le attività di prevenzione e presa in carico;
- L'armonizzazione dei processi di riqualificazione delle residenze sociali e socio-sanitarie attraverso l'applicazione della l.r. 20/2002 ha posto le basi per un governo complessivo della rete dell'offerta di servizi residenziali;

- La realizzazione di importanti progetti integrati a livello regionale e territoriale come i “Servizi di Sollievo” per sostenere le famiglie con familiari soggetti a patologie psichiatriche lievi e il progetto “Autismo Marche” che è intervenuto su una patologia seria e ha avviato importanti esperienze di contrasto alla malattia e di sostegno ai familiari hanno costituito altrettanti momenti forti di integrazione a cui dare stabilità istituzionale e finanziaria.

## **IV.2 Le criticità rilevate**

Naturalmente questi processi hanno aperto molte altre criticità che però vanno inserite in un ragionamento complessivo che dovrà supportare il nuovo Piano Sociale Regionale.

Il nuovo Piano deve, infatti, essere inteso come strumento di programmazione delle criticità rimaste aperte, sia pur all'interno di una cornice che rimane concettualmente ben definita dal primo Piano sociale e dalle indicazioni riportate sul “Patto per l'innovazione del welfare” approvato dalla II Conferenza regionale delle politiche sociali tenutasi a Loreto nel gennaio 2004.

Le criticità rimaste aperte costituiscono il contenuto della parte del Piano sociale e del Piano sanitario scritto congiuntamente e che dovrà intervenire sulle stesse.

Si tratta in sintesi di intervenire su questioni che riguardano anch'esse l'assetto istituzionale, gli strumenti di programmazione, l'assetto operativo, le politiche tariffarie per le residenze a carattere più propriamente socio-sanitario.

Si riassumono così:

### **Assetto istituzionale:**

- Rapporto ATS e Distretto Sanitario: potenziare il ruolo di programmazione, di indirizzo e di controllo del Comitato dei Sindaci sia per l'Ambito che per il Distretto; omogeneizzare le competenze dei due “sistemi” organizzati secondo modalità molto differenti (centralizzazione nella sanità e decentramento nel sociale); definire ruolo e funzioni del Coordinatore ATS e Direttore di Distretto anche in ordine al ruolo di gestione delle risorse.
- Rapporto ATS e altre articolazioni territoriali sanitarie: indicazioni relative al rapporto tra ATS, Zona territoriale e area vasta; indicazioni relative al rapporto tra ATS, Dipartimenti (salute mentale, dipendenze patologiche e prevenzione) e Distretti (opportunità di progettazione condivisa tra più ATS corrispondenti al territorio del Dipartimento) tenendo conto che la centralità territoriale e dell'integrazione rimane l'ATS e il Distretto.
- Rapporto tra Pubblica Amministrazione e soggetti non profit nel sistema locale integrato dei servizi e degli interventi sociali e sanitari: implementare nuove modalità di rapporto pubblico/privato non profit tese alla realizzazione del principio di sussidiarietà e non solo a quello dell'acquisto di servizi; individuare e sperimentare strumentazioni giuridiche che predispongano al sistema delle partnership; rafforzare la partecipazione ai tavoli di concertazione e di co-progettazione; attivare un confronto sulla bozza di linee guida regionali sul rapporto pubblico/privato non profit (affidamento e acquisto servizi, concessione amministrativa per la gestione dei servizi sociali e sanitari; sussidiarietà come rapporto e i suoi strumenti -accordi di sostegno e accordi di collaborazione-).

### **Strumenti istituzionali di programmazione**

Necessità di:

- Integrare degli strumenti di programmazione PAD e PdA;
- Omogeneizzare i tempi di elaborazione delle linee guida, di presentazione dei piani, di attuazione degli stessi e di monitoraggio e valutazione successiva arrivando ad un unico atto di programmazione ;
- Omogeneizzare i contenuti dei PdA e dei PAD individuando modalità operative affinché i due Piani diventino un unico atto di programmazione, o due atti di programmazione con parti unitarie;

- Omogeneizzare i percorsi di consultazione in modo che non avvengano doppioni che demotivino alla partecipazione;
- Definire un percorso di armonizzazione tra i tre strumenti di programmazione territoriale in modo che il PCS emerga come sintesi dei Piani di Distretto e di Ambito su alcune questioni di particolare interesse zonale; elaborazione del Bilancio sociale territoriale unico (ATS e Distretto);
- Sviluppare strumenti e metodiche di programmazione sopra ATS\Distretto in grado di permettere un livello omogeneo di confronto-concertazione con la programmazione dipartimentale o di area vasta;
- Armonizzare in maniera efficace le politiche di integrazione istituzionale e operativa con le strategie di sviluppo dei singoli settori di intervento ad alta integrazione socio-sanitaria tenendo conto di atti già prodotti dalla Regione e che necessitano di essere attuati. Si fa riferimento in particolare al Piano "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo", al Piano "sistema dei servizi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo" entrambi approvati nell'anno 2004; l'atto di riordino del sistema regionale delle dipendenze patologiche anch'esso del 2004 e il progetto obiettivo Tutela della salute mentale. Tale documenti contengono indicazioni operative a forte integrazione socio-sanitaria da riprendere e mettere in pratica.

### **Assetto operativo**

Necessità di riorganizzare in maniera armonica le funzioni di accesso, valutazione e presa in carico assistenziale intervenendo su criticità di grande rilevanza:

- Funzioni di accesso - UPS/Sportello della Salute: attivazione integrata socio sanitaria dell'accesso unico al sistema dei servizi attraverso la definizione in questa prospettiva del ruolo dell'ATS e del Distretto Sanitario; definizione degli obiettivi, delle funzioni e delle professionalità da impiegare negli sportelli integrati; raccordo con altri sportelli informativi; raccordo con altri attori territoriali (volontariato, patronati, ecc.); la definizione degli atti per la formalizzazione della istituzione e dell'operatività;
- Funzione di valutazione e presa in carico:
  - Ruolo del servizio sociale professionale (nucleo operativo territoriale costituito da assistenti sociali degli enti locali e dell'ASUR) attraverso: a) definizione delle funzioni integrate; b) definizione della composizione del nucleo operativo territoriale (assistenti sociali dei Comuni/dell'ATS e del Distretto/Zona sanitari).
  - Ruolo e funzione delle UVD attraverso: a) sviluppo e armonizzazione delle funzioni integrate di valutazione multiprofessionale, interdisciplinare; b) metodologie e strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno complesso per le diverse aree di intervento (anziani, minori, disabili, ecc.); c) sviluppo della progettazione personalizzata come livello essenziale di prestazione; d) criteri per l'individuazione del referente del progetto (case manager); e) definizione dei percorsi di continuità assistenziale; f) strumenti di monitoraggio e verifica; g) struttura organizzativa e composizione delle UVD. Definizione delle prassi e delle procedure di raccordo nelle diverse fasi del percorso assistenziale. Formazione comune degli operatori. Documentazione (cartella sociale e socio-sanitaria e sistema informativo).

### **Azioni di sistema dell'Assetto organizzativo**

Necessità di intervenire su:

- Autorizzazione e accreditamento: integrare la componente sociale e sanitaria dei processi di autorizzazione e accreditamento dei servizi attraverso la ridefinizione degli standard organizzativi dei servizi normati dalla l.r. 20\2000 adeguandoli a quelli della l.r. 20\2002) e la conseguente riclassificazione dei servizi operativi.
- Politica delle tariffe: Arrivare alla definizione di un sistema tariffario socio-sanitario che contenga: 1. la definizione di un modello integrato socio-sanitario di organizzazione e

modulazione dell'offerta di prestazioni fondato sull'appropriatezza e la flessibilità quali-quantitativa degli interventi per: a) natura del bisogno; b) tipologia del progetto; c) intensità assistenziale; d) complessità dell'intervento; 2. la definizione dei parametri per la composizione, la pesatura e il costo dei fattori produttivi delle prestazioni e dei servizi relativi a: a) personale (figure professionali sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali, addetti ai servizi generali); b) costi alberghieri (vitto, lavanderia e guardaroba, pulizie); c) spese dirette per gli utenti (materiale per attività didattiche, di animazione e socializzazione, vestiario, trasporti); d) spese di gestione del servizio; e) costi di tipo strutturale; f) costi di amministrazione; 3. la definizione dell'incidenza dei fattori di costo per tipologia di prestazione e di servizio; 4. la definizione di profili tariffari per tipologia di prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell'assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento; 5. la definizione di profili tariffari per tipologia di prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell'assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento; 6. la definizione delle percentuali di attribuzione della spesa in quota sanitaria e quota socio-assistenziale per ogni tipologia di prestazione e di servizio.

### Riordino delle figure professionali

- Riordino delle figure professionali sociali in accordo con le figure sanitarie

Il quadro di riferimento e le iniziative intraprese negli anni passati, e su cui costruire prospettive di sviluppo nel triennio di riferimento per il presente Piano, è molto ridotto sia per l'assenza di iniziativa in tal senso da parte del governo nazionale sia per l'interruzione di un percorso avviato a livello regionale per arrivare ad una proposta di riordino del "Repertorio delle professioni sociali".

In mancanza di indicazioni nazionali di riferimento che dovranno essere prodotte da una normativa nazionale ancora assente, l'unico punto di appoggio su cui negli anni scorsi si è lavorato è il documento "presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo welfare territoriale – la proposta delle autonomie locali del 23 febbraio 2004" siglato dalla Lega delle autonomie locali, dall'ANCI, dall'UPI e dalla federsanità dell'ANCI.<sup>1</sup>

Il documento, dopo aver inquadrato il problema nel contesto legislativo esistente, provava ad individuare figure professionali da regolamentare a livello nazionale invitando le Regioni a trovare coerenza tra la domanda di competenze e l'offerta di formazione delle agenzie presenti.

La proposta avanzata dal documento, a cui mai il governo nazionale ha dato risposta, riguardava la necessità di:

- Una figura unica di educatore professionale per il comparto sanitario, sociale e penitenziario;
- Un profilo nazionale di educatore della prima infanzia;
- Un profilo nazionale di animatore sociale;
- Un profilo nazionale di tecnico dell'inserimento lavorativo;
- Un curriculum di competenze ed esperienze per i ruoli dirigenti nei servizi e nella rete integrata;
- Un percorso formativo omogeneo per l'assistente familiare;
- Un riconoscimento del ruolo di sociologo professionale;
- Un riconoscimento del ruolo del pedagogo;
- Criteri per la comparazione tra figure professionali sociali.

La Regione Marche, in questa prospettiva partendo proprio dal documento della Lega delle Autonomie locali avviò, su iniziativa dell'assessorato alla formazione professionale che coinvolse il Servizio Politiche sociali, una ricerca finalizzata alla elaborazione di una proposta di "repertorio

---

<sup>1</sup> "Presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo welfare territoriale – le proposte delle autonomie locali del 23 febbraio 2004". Incontro confronto con i rappresentanti delle forze politiche in Parlamento e al Governo Roma 17 Marzo 2004 – Documento base per la discussione

delle professioni sociali” che produsse un documento finale con alcune proposte operative che individuavano 5 figure cardine: 1. l' Operatore dell'infanzia; 2. l'animatore sociale; 3. il tecnico dell' inserimento lavorativo; 4. il mediatore culturale; 5. l'operatore professionale per il comparto sanitario, sociale, penitenziario e di comunità educativa/terapeutica.

Oltre alle figure previste dai Liveas, il documento considerava l'opportunità di inserire anche due profili di gestione a cui accedere mediante una laurea, con il vincolo di esperienze gestionali nel settore. Si trattava quindi di individuare le competenze distintive che sono requisiti indispensabili per dirigere servizi sociali, reti integrate, piani di zona, imprese sociali. Requisiti per la selezione a ruoli direttivi venivano individuati in: laurea, corsi di alta formazione quali master e specializzazione in direzione dei servizi, ed esperienza. Tali ruoli consistevano in: 1. Tecnico dell'organizzazione e la gestione di impresa sociale; 2. Tecnico di rete territoriale dei servizi.

Il documento prevedeva altresì l'inserimento nel repertorio di “specializzazioni” suddivise in:

- Specializzazioni di contesto: poiché differenti aree di intervento sociale, richiedono competenze specifiche e differenti nei settori dell'infanzia e adolescenza, anziani non autosufficienti e problematiche psichiatriche, dipendenze patologiche, orientamento e problematiche del lavoro, interculturalità, marginalità.
- Specializzazioni di gestione: le competenze gestionali possono essere sviluppate attraverso un'azione integrata tra le competenze che si formano attraverso il lavoro e la formazione specifica. Tali competenze gestionali venivano suddivise in 4 livelli: 1. responsabile unità di lavoro, 2. responsabile di un servizio semplice, 3. responsabile di un servizio complesso, 4. responsabile di sviluppo sociale.
- All'interno della proposta di repertorio vennero inoltre inserite specializzazioni nel settore dell'handicap, post laurea e/o post diploma tecnico, poiché dalla ricognizione sulle attività formative FSE 2000/2002, risultavano delle specifiche esigenze formative. Le specializzazioni venivano aggiunte ai profili professionali individuati in ambito nazionale aggiunti per rispondere ad alcune esigenze espresse dal territorio e riguardavano: 1. Operatore professionale per i problemi cognitivi e i disturbi dell'apprendimento; 2. Operatore professionale per le disabilità sensoriali, 3. Operatore professionale per l'autismo.

Tale ipotesi di lavoro è rimasta ferma e necessita di essere presa in considerazione e modificata o integrata e comunque aggiornata alla situazione attuale tenendo conto anche del lavoro svolto per la formazione dell'Operatore Socio-sanitario. Indicazioni operative e di percorso verranno date nella parte del piano riguardante le strategie da seguire per il triennio 2008/2010. (successivo punto IV.3)

## PARTE SECONDA

# LE DIMENSIONI DEL SISTEMA INTEGRATO TRA CONSOLIDAMENTO E INNOVAZIONE

## I Obiettivi in continuità

Il piano si muove su alcuni principi che hanno caratterizzato i percorsi regionali a partire dall'approvazione della legge 328/2000 e che sintetizziamo di seguito:

- Approccio universalistico:

1. collaborazione tra soggetti pubblici e progettazione degli interventi finalizzate al miglioramento della qualità della vita di TUTTE le persone che vivono e operano in un determinato territorio di riferimento; 2. politica dei servizi non limitata solo alle forme di disagio conclamato; 3. allargamento dei rischi e delle forme di disagio ai cosiddetti "adulti/normali" (condizione anziana, disagio giovanile, rapporti intergenerazionali); 4. rete dei servizi pensata e progettata per includere tutti i cittadini in un'ottica promozionale non (esclusivamente) riparativa; 5. rafforzamento della sfera di autonomia della persona.

- Scelta della sussidiarietà:

1. verticale/interistituzionale: affidando alla Regione funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento; alle Province compiti di formazione professionale di base, osservazione sui bisogni e sui dati dell'offerta e delle attività, coordinamento dell'attività integrata tra più Ambiti, promozione e coordinamento del territorio provinciale; agli Ambiti la partecipazione degli attori pubblici e privati alla elaborazione e alla realizzazione del Piano territoriale, l'attivazione dei processi partecipativi e concertativi, la messa in rete di tutte le risorse di un territorio; 2. orizzontale: tra i soggetti pubblici, privati e reti familiari-parentali finalizzata a promuovere nuove forme di solidarietà e reciprocità.

A questi principi, che costituiscono l'elemento di continuità con il processo avviato, vanno aggiunte le nuove indicazioni emerse da alcuni importanti percorsi regionali.

Un momento importante in tale prospettiva è stato il confronto sviluppatosi in occasione della II Conferenza regionale delle politiche sociali del 2004 quale importante momento di sintesi e di rilancio dei principi riportati sulla legge nazionale di riforma e che hanno costituito il contenuto di un "patto per l'innovazione del welfare" i cui principi fondamentali, presentati e condivisi da altre Regioni italiane, sono così sintetizzabili:

- Il benessere di tutti. I nostri territori hanno un patrimonio consolidato di interventi e servizi per le persone e le famiglie. Essi si sono rivelati preziosi per la coesione sociale, per lo sviluppo qualificato e sostenibile delle intere comunità. Anche in ragione di questa consolidata esperienza di governo siamo consapevoli che le domande e i bisogni sociali sono in continua crescita e trasformazione. Crescono i fenomeni di fragilità sociale: nuove e vecchie povertà, isolamento, esclusione ed emarginazione si dilatano in misura esponenziale con l'estensione del lavoro precario e del rischio della non autosufficienza. Nel contempo si intravede la ricerca di nuovi stili di vita. Non c'è solo la rincorsa consumistica o l'assunzione di modelli culturali preconfezionati. Le persone - soprattutto i giovani - chiedono di partecipare e di contare, di essere membri attivi della società, definendo nuove forme di cittadinanza.
- L'impegno di governo. Le Regioni debbono impegnarsi a sviluppare una prassi multilaterale di governo, in grado di valorizzare tutte le risorse, istituzionali e no, presenti nel territorio adottando e sviluppando un sistema di governance, che preveda regole e obiettivi condivisi nei programmi di intervento sociale. Al rifiuto di un mondo governato dalla logica del più forte si può opporre la logica del confronto e della condivisione. Questa prassi di governo può essere intrapresa e perseguita solo con la consapevolezza che obiettivi condivisi e azioni congiunte

permettano a ciascun attore di conseguire risultati superiori. Questa scelta investe in "fiducia". Fiducia che esistano risorse e potenzialità nel nostro Paese che, se adeguatamente valorizzate e responsabilizzate, possano sprigionare potenzialità inedite. A fronte dei dannosi logoramenti tra le parti sociali, si può/deve opporre la pratica della concertazione e della co-progettazione. In tal senso le esperienze prodotte in attuazione della legge 328/2000 in numerose Regioni, rappresentano uno straordinario patrimonio per il Paese. A fronte di un mercato individuato come l'unico regolatore del benessere, si può/deve opporre un sistema nel quale le istituzioni assumono un ruolo di regolazione pubblica del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Non si tratta di comprimere la libertà di impresa bensì di garantire l'esercizio effettivo dei diritti fondamentali di cittadinanza. Di rendere disponibili beni e servizi ai cittadini, con una produzione e un'offerta che risponda in termini equi, efficienti ed efficaci. Di verificare a fronte dell'impegno di rilevanti risorse pubbliche la qualità degli interventi e i risultati raggiunti con misure in grado di rilevare la diminuzione dell'esclusione sociale e del disagio e l'aumento del benessere delle persone. A ciò si sommi, come valore aggiunto della regolazione pubblica, il contrasto alle concorrenze sleali e improprie (come il lavoro non regolamentato e in nero così diffuse nel campo dei servizi alle persone) cui debbono accompagnarsi le politiche di sostegno per la qualificazione e lo sviluppo delle imprese sociali. Agli obiettivi di benessere così individuati dovranno essere rapportate le scelte di Governo, Regioni ed EE.LL.

- Piani sociali di zona: Paradigma di cittadinanza attiva. Una delle innovazioni fondamentali della 328/2000 è rappresentata dalla realizzazione dei Piani di Zona la cui finalità è quella di dotare tutti i territori di una rete essenziale di servizi per tutti i cittadini, con particolare attenzione agli stati di fragilità sociale. Pur nella varietà legata alle diverse esigenze della popolazione dei diversi territori, si è avviato un processo che nel medio periodo si propone di integrare la rete dei servizi (sul versante della programmazione, dell'azione progettuale e gestionale) nonché l'integrazione territoriale, istituzionale e di governance. Nei Piani sociali di Zona trovano espressione principi, analisi, programmi e progetti che richiedono un'adesione culturale e una condivisione da parte di una vasta platea di attori tecnici, istituzionali e della società civile. Sta di fatto che con i Piani di Zona si è proceduto ad una disamina delle realtà (non solo dei servizi esistenti ma della domanda e dei bisogni dei cittadini) in Ambiti Territoriali Sociali ampi (e non nei singoli Comuni) e si sono imposte nuove scelte progettuali e gestionali.

Un percorso di continuità quindi pur nella consapevolezza dell'emergere di bisogni nuovi che comportano la capacità di abbinare una grande flessibilità istituzionale a regole certe.

Una flessibilità istituzionale che deve fare fronte ad un numero crescente di situazioni di disagio sempre meno inquadrabili in termini di rischio e sempre più in termini di vulnerabilità e di frammentazione della domanda sociale. Una strutturazione sociale che dà ancora più forza e centralità all'intuizione della legge 328/2000 la quale prevede il passaggio da forme di intervento basate su una logica di indennizzo e di stampo risarcitorio centrate in genere su trasferimenti monetari a modelli in cui si promuovono forme di integrazione sociale tramite l'offerta di servizi di qualità con l'obiettivo di attivare risorse e capacità nei singoli individui e nelle famiglie attraverso un vincolo più stringente tra sistema di risposta pubblica e responsabilità individuali.

## **II Le strategie per gli anni 2008/2010**

### **Strategie regionali e singoli cittadini**

La scelta della continuità e della stabilizzazione del sistema è funzionale ad un obiettivo di fondo che la Regione si è data e che consiste nel sostenere la capacità del cittadino di costruire e di costruirsi relazioni umane interpersonali significative.

Anche la nostra Regione risente fortemente del clima generale di dissoluzione sistematica dei legami e di frantumazione di tutte le relazioni dove "nessuno appartiene a nessuno"; un clima in cui nessuno è legato in modo stabile ad alcun altro, ma tende a vivere ogni incontro, ogni rapporto come incerto, insicuro, a termine.

Si tratta di recuperare la strategia del “con-vivere” che raramente viene colta dalla politica come priorità su cui costruire azioni concrete.

La Regione Marche fa proprio questo bisogno prioritario e trasversale del cittadino marchigiano e lo declina attraverso alcuni obiettivi più specifici che sono riportati a titolo di questo Piano sociale regionale. Si tratta di:

- Partecipazione: recuperare una prospettiva di “partnership” nei legami territoriali che la legge 328/2000 ha posto a principio fondamentale. Si tratta di utilizzare i percorsi avviati con i “tavoli della 328” per dare loro capacità di creare governance cioè impegni precisi, assunzioni di responsabilità, co-progettazione;
- Tutela dei diritti: garantire le fasce più deboli rimane una priorità del percorso regionale. Si tratta di avviare un processo di individuazione di livelli essenziali di servizi da garantire sui territori degli ambiti, di promuovere forme eque di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, di costruire un sistema tariffario regionale complessivo che garantisca l’equità dell’accesso e la garanzia di supporto alla salute per chi si trova in condizioni di fragilità;
- Programmazione locale: si tratta della vera novità della legge 328/2000: riordinare il sistema integrato di interventi e servizi sociali utilizzando lo strumento del Piano di ambito sociale come elemento di sintesi tra l’emergere di bisogni nuovi e la capacità di offrire risposte innovative e flessibili.

### **Strategie regionali e politiche familiari**

Una direttrice di riferimento strategico per le politiche sociali della Regione Marche per i prossimi anni saranno le politiche familiari.

Anche le famiglie marchigiane sono cambiate. Sono molte le variabili che stanno modificando le condizioni di vita dei cittadini marchigiani rispetto ai comportamenti e alle relazioni familiari: l’andamento demografico con il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescente presenza degli stranieri; il numero dei matrimoni per rito e di separazioni, divorzi e affidamento di minori; le dinamiche del mondo del lavoro tra crisi di settore e precarizzazione generalizzata; le spese delle famiglie per i consumi alimentari e non alimentari che evidenziano importanti cambiamenti nei costumi e nelle abitudini; l’incidenza e la distribuzione della povertà nei diversi territori regionali. Tenere sotto monitoraggio queste ed altre dimensioni della vita familiare è un impegno da prendere in seria considerazione, ben oltre la necessità di conoscenza corretta e l’interesse statistico o descrittivo. Il bisogno urgente per tutta la collettività marchigiana e, quindi, anche per l’amministrazione regionale, è quello di comprendere come i legami e le risorse familiari anche nelle Marche sono in continua evoluzione e devono essere presi a riferimento da un lato per leggere correttamente e complessivamente i bisogni individuali e, dall’altro, per considerare le potenzialità e le opportunità che dalle nuove famiglie marchigiane possono migliorare la condizione di tutta la popolazione, se adeguatamente sostenute dalle scelte politiche ed amministrative ai diversi livelli.

La famiglia è luogo privilegiato per le relazioni, interne ed esterne. La persona che vive relazioni familiari significative riesce ad entrare in relazione con la società attraverso rapporti di valenza culturale, psicologica, sociale, valoriale che favoriscono l’acquisizione dell’identità, fatta di conoscenza, comprensione e consapevolezza.

In questa prospettiva va superata la logica che fa considerare le famiglie solo come “problema”, dimenticando che la famiglia è anche e soprattutto risorsa. La centralità della famiglia, di ogni famiglia, significa: riferimento, sicurezza, sostegno, collegamento. Vanno valorizzate le famiglie che hanno grandi potenzialità per il tessuto sociale e va recuperato anche il ruolo delle famiglie “problematiche”, in cui emergono con forza: disagio, violenza, trascuratezza/abbandono, isolamento/chiusura. Se la famiglia è un nodo nella rete territoriale di relazioni, interventi e servizi, lo è anche quando la rete è carente e quando fa più fatica.

L’amministrazione pubblica deve impegnarsi perché tutte le famiglie, anche quelle in difficoltà, diventino risorsa per far crescere: la cultura dei diritti, la società della pari dignità e della solidarietà.



Le politiche familiari non si esauriscono con le politiche sociali dedicate alla famiglia, ma devono essere oggetto di impegno per tutti i settori dell'amministrazione pubblica regionale e locale, con linee di azione complessive:

- interventi di politica generale e investimenti modulati sulle esigenze della famiglia (lavoro, casa, salute, istruzione, trasporti, tempi della città...);
- servizi diretti ai nuclei familiari per sostegno, accompagnamento, sollievo, integrazione (economica), inclusione sociale...;
- interventi di promozione e sviluppo delle relazioni familiari e dei progetti di vita delle famiglie;
- attivazione e potenziamento dei "luoghi" di partecipazione e protagonismo effettivo delle famiglie sul territorio.

La famiglia non deve riguardare solo l'area del sociale o del socio-sanitario, le famiglie rappresentano un orizzonte e una cornice per le politiche di settore.

D'altra parte il Servizio Politiche Sociali ha un ruolo e delle competenze specifiche rispetto alle politiche familiari quali la "gestione" della l.r. 30/1998 ed il supporto alla "Consulta per la famiglia" con l'intento di superare però modalità assistenziali di intervento e di semplice trasferimento monetario che hanno caratterizzato in questi anni la gestione della legge

Coerentemente con quanto affermato in questo Piano Sociale viene fatta la scelta di non individuare il settore di intervento "famiglia", ma di raccordare le politiche e gli interventi di settore anche nella prospettiva delle condizioni e delle dinamiche familiari.

Si esprime anche la volontà che il Servizio Politiche Sociali svolga un ruolo di "regia" nell'ambito dei Servizi della Giunta regionale per raccordare i vari interventi e le azioni per le famiglie realizzati dai vari assessorati. L'obiettivo è quello di realizzare un piano di azione per la famiglia trasversale ai diversi assessorati.

La recente approvazione di una intesa tra Dipartimento nazionale per le politiche familiari e la Conferenza unificata Stato/Regioni/autonomie locali siglata nella seduta del 27 giugno 2007 ha sancito la necessità di un percorso di concertazione territoriale a carico delle Regioni finalizzato a promuovere interventi di sostegno alla famiglia che diventa parte integrante del presente Piano sociale regionale.

L'intesa prevede l'avvio di progetti sperimentali riguardanti: 1. iniziative di abbattimento dei costi dei servizi per le famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro; 2. potenziamento degli interventi in atto per riorganizzare i consultori familiari al fine di potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie (in accordo con la Sanità); 3. interventi per il potenziamento delle assistenti familiari (in accordo con la formazione professionale). Con il presente Piano la Regione si impegna ad avviare il percorso e a definire le modalità di valutazione delle iniziative avviate in accordo con gli enti locali e le parti sociali.

### **Strategie regionali e costruzione di un sistema trasversale di welfare**

Come più volte riportato negli atti prodotti in questi anni e come ribadito nelle linee guida del programma di governo della VIII legislatura regionale 2005/2010 presentato dal Presidente della Giunta Regionale il 2 maggio 2005 il Piano sociale regionale e le strategie di costruzione di un sistema integrato dei servizi sociali si situa all'interno di una rivisitazione complessiva delle politiche di welfare quali parti integranti delle politiche di sviluppo.

In quel documento alle politiche di sviluppo dell'imprenditorialità marchigiana e dei processi di internalizzazione si affiancano strategie di espansione della coesione sociale e della qualità della vita delle Marche attraverso un'adeguata rete di servizi alla persona.

Per questo motivo il presente Piano si pone in stretta connessione con gli atti di programmazione prodotti dai servizi regionali deputati allo sviluppo del sistema industriale e dai servizi competenti in materia di politiche attive del lavoro, politiche della formazione professionale e dell'istruzione scolastica, politiche giovanili, politiche per la casa e politiche di tutela ambientale, cooperazione internazionale. In particolare verrà portato avanti il progetto di "economia solidale".

Accanto al coordinamento degli atti di programmazione prosegue la collaborazione stretta su alcuni processi concreti già avviati riguardanti in particolare: le politiche familiari di sostegno con interventi coordinati in materia di abbattimento dei costi dei servizi per famiglie numerose, interventi di formazione del sistema delle assistenti di cura private; la qualificazione della rete dei servizi all'infanzia e all'inserimento scolastico e lavorativo dei soggetti disabili; il sostegno alla cooperazione sociale con fondi per la piccola e media impresa (fon cooper); la costruzione di un sistema di partecipazione democratica dei giovani "e.democracy"; la prosecuzione di interventi di sostegno alle politiche sociali in paesi stranieri con particolare riferimento all'accordo italo-brasiliano; interventi di collaborazione scuola-territorio.

## **La prospettiva di genere nelle politiche sociali regionali: verso politiche più mature e consapevoli**

### Politiche sociali di genere

Tutte le politiche pubbliche e gli interventi sono diretti a un soggetto, utente, troppo spesso considerato in maniera indistinta, né uomo, né donna, ma semplicemente cittadino. Nel contesto socio-economico italiano, che si caratterizza per una marcata differenza di genere nella partecipazione al mercato del lavoro e nei compiti di cura, la dimensione neutra delle politiche rischia di ignorare gli effetti diversi che le politiche hanno sugli uomini e sulle donne. Se questo è vero per tutte le politiche pubbliche, a maggior ragione, lo è per le politiche sociali. Un esempio emblematico è rappresentato dall'impatto che i servizi di cura per minori o per anziani hanno sulla partecipazione femminile al mercato del lavoro (politiche di conciliazione).

L'attenzione per l'impatto di genere delle politiche, che è conosciuto a livello comunitario con il termine *gender mainstreaming*, si pone il fine di promuovere l'integrazione delle pari opportunità di genere nell'ideazione, implementazione e valutazione di tutte le politiche. La crescente attenzione per la valutazione dei risultati (output) e degli effetti (outcome) nelle politiche apre la strada all'introduzione del *gender mainstreaming* anche nel campo delle politiche sociali, parte dell'insieme delle politiche di welfare.

In Italia, in questi ultimi anni, si rileva una crescente attenzione per l'impatto di genere delle politiche sociali. La promozione a livello europeo del *gender mainstreaming* rappresenta un riferimento imprescindibile per tutti gli attori del sociale che intendono collocare le proprie azioni in uno scenario europeo. Alcune regioni del centro – nord si contraddistinguono per una maggiore attenzione al tema, con esempi di buone pratiche, che meriterebbero una maggiore valorizzazione (Emilia Romagna, Toscana, Piemonte, Liguria, Lombardia), mentre le regioni del sud confermano il loro ritardo e la loro lontananza dal dibattito.

### Il gender mainstreaming nelle politiche sociali delle Marche.

La scelta di avviare un processo per l'introduzione del *gender mainstreaming* nelle politiche sociali delle Marche rappresenta un'opportunità per lo sviluppo di una maggiore consapevolezza dell'impatto che le politiche sociali hanno sul territorio in relazione al complesso insieme di politiche di welfare. Inoltre, l'impegno per una maturazione delle politiche sociali e il superamento di una logica settoriale degli interventi a favore di una promozione della prospettiva attenta al ciclo di vita richiede di collocare al centro dell'analisi un cittadino distinto per genere: uomo e donna. La stessa rilevazione dei bisogni sociale risulta, infatti, incompleta e addirittura falsa, inefficace, senza una adeguata attenzione al genere.

A tal fine il piano sociale 2008/2010 propone due piste di lavoro, una rivolta verso l'interno dei servizi sociali della regione e l'altra verso l'esterno, che vengono sinteticamente riportate di seguito:

#### *Azioni rivolte all'interno*

- finalità e obiettivi: Rilevazione dei bisogni sociali e valutazione di impatto, di esito e di qualità percepita delle politiche, dei servizi e degli interventi;
- impegni per il prossimo triennio: 1. Introduzione del dato di genere nel sistema informativo di ambito, sia relativamente all'utenza che ai fornitori dei servizi; 2. Considerazione del genere nei processi di rilevazione dei bisogni e di valutazione.

#### *Azioni rivolte all'esterno:*

- finalità e obiettivi: Integrazione delle politiche sociali nelle politiche di welfare regionali (politiche per la formazione, politiche per il lavoro) per la costruzione di politiche di conciliazione nell'ambito delle politiche nazionali e regionali sulle "pari opportunità";
- impegni per il prossimo triennio: Avvio di contatti con altri servizi in Regione e attori del territorio (sindacati, imprese, cooperative sociali) per l'organizzazione di tavoli di lavoro per la costruzione di percorsi di integrazione fra le politiche di welfare.

L'Introduzione del gender mainstreaming nelle politiche sociali marchigiane significa promuovere un'autentica cultura della valutazione e sostenere, quindi, una logica attenta all'efficacia e all'efficienza dei servizi.

#### Contrasto alla violenza alle donne come politica di genere

Accanto alle strategie complessive sopra riportate, e sempre nell'ambito delle politiche di genere, vengono previste strategie specifiche di intervento contro la "violenza di genere". In stretta consonanza con una proposta di legge a tutt'oggi giacente presso il Consiglio regionale denominata "Interventi contro la violenza di genere" il presente Piano si sintonizza con i contenuti di fondo della pdl che all'art. 1 "*ricosce che ogni forma o grado di violenza contro le donne costituisce violenza di genere e rappresenta un attacco alla inviolabilità della persona, alla sua libertà e alla sua dignità*" e inserisce le indicazioni operative, ivi riportate, all'interno della programmazione sociale regionale finalizzata a costruire una rete integrata di interventi e servizi alla persona e della relativa programmazione territoriale degli ambiti sociali.

#### **Strategie regionali e assetti istituzionali e organizzativi**

In coerenza con le Linee guida del programma di governo della VIII legislatura regionale 2005-2010, che indicavano tra i 10 passi verso il futuro delle Marche anche la "piena attuazione della riforma delle politiche sociali (legge 328/2000) ed una efficace programmazione territoriale condivisa, il presente Piano sociale individua e interviene su tre assetti:

- consolidamento dell'assetto istituzionale sociale;
- consolidamento dell'assetto operativo sociale;
- consolidamento dell'assetto socio-sanitario in termini di integrazione e potenziamento dell'offerta dei servizi territoriali rispetto alla componente ospedaliera.

Le politiche e gli interventi settore, che sono raccolti nell'ultima sezione del Piano, individuano per ciascuno di essi obiettivi di rafforzamento delle strategie di inclusione sociale e di armonizzazione con le politiche generali e trasversali. Si tratta infatti di superare la logica "a canne d'organo" che ha caratterizzato, nel corso dei decenni precedenti, un sistema di servizi sociali ad oggi incapace di porsi come significativo per le esigenze nuove del cittadino marchigiano.

La strategia di stabilizzazione del sistema troverà un ulteriore momento di attuazione nella nuova legge regionale in materia di politiche sociali che dovrà sostituire l'attuale l.r. 43/1988 e recepire sostanzialmente le indicazioni della legge 328/2000.

Tale processo prenderà avvio a Piano approvato e rientra tra gli obiettivi che questo documento di programmazione si propone di raggiungere nel prossimo triennio.

### **III Consolidamento e innovazione dell'assetto istituzionale**

Il consolidamento dell'assetto istituzionale comporta l'individuazione di strategie che portino al superamento dei nodi critici individuati precedentemente nei seguenti contesti:

- Caratteristiche e funzioni del "nuovo ambito territoriale";
- Efficacia degli strumenti di programmazione territoriale;
- Efficacia dei processi di partecipazione in termini di sussidiarietà.

### **III.1 Il “nuovo” Ambito Territoriale Sociale**

Il rafforzamento istituzionale dell’Ambito Territoriale Sociale è stato oggetto di una linea guida predisposta dalla Regione in base ad un intenso lavoro di concertazione con il territorio (Enti Locali, Ambiti e Parti sociali) che partiva dall’assunto di una necessità improcrastinabile di procedere ad un “rafforzamento dell’Ambito”.

Nel richiamare i contenuti di fondo delle “linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali” approvate con DGR 551/2006 e riepilogate nella parte II del presente Piano si riportano di seguito indicazioni operative riguardanti il potenziamento dei ruoli e delle funzioni degli organismi tecnici e politici degli ambiti e dei relativi strumenti di programmazione:

#### Nuovi ruoli e funzioni dei Comitati dei Sindaci

- Questo organismo è composto dai Sindaci dei Comuni dell’Ambito. Coincide con il Comitato dei Sindaci di Distretto o con la Conferenza dei Sindaci della Zona Territoriale nel caso in cui il territorio dell’Ambito/Distretto corrisponda a quello della Zona Territoriale Sanitaria. La composizione del Comitato dei Sindaci rimane immutata anche in caso di costituzione da parte dell’Ambito di Azienda consortile o di Unione dei Comuni o di affidamento alla Comunità Montana delle funzioni di struttura organizzativa (vedi DGR 551/2006 “linee guida per la riorganizzazione degli ambiti territoriali sociali”);
- Il Comitato dei Sindaci elegge il Presidente e adotta tutti i provvedimenti necessari al proprio funzionamento. E’ il soggetto politico di riferimento ed è l’organo deputato a: 1. definire l’assetto istituzionale dell’Ambito e le forme gestionali più adatte allo stesso; 2. nominare il Coordinatore di Ambito; 3. approvare il Piano di Ambito in base a linee guida regionali; 4. garantire un adeguato coordinamento politico con gli amministratori dei Comuni in modo da superare logiche localistiche e promuovere una visione allargata delle politiche di welfare; 5. interviene su tutte le politiche sociali territoriali ricadenti sul territorio dell’Ambito; 6. gestisce la “concertazione” di Ambito per la programmazione degli interventi sociali, integrata per gli aspetti socio-sanitari e sanitari con i Programma Attuativi di Distretto; è il Presidente del Comitato dei Sindaci che provvede alla convocazione degli attori sociali (organizzazioni sindacali, associazioni, forum del terzo settore, volontariato, promozione sociale, mondo delle imprese etc.) e a concordare tempi, modalità e tematiche da sottoporre alla concertazione;
- I Comitati dei Sindaci degli Ambiti territoriali sociali si raccordano stabilmente con la Regione Marche attraverso la “Consulta regionale degli ambiti” composta dai Presidenti dei Comitati dei Sindaci che svolge funzioni di coordinamento delle problematiche relative all’attuazione delle indicazioni del presente Piano;
- I Comitati dei Sindaci degli Ambiti territoriali sociali si raccordano con le Province, nelle materie riservate dalla legge 328/2000, attraverso un “Coordinamento provinciale delle politiche sociali” istituito con atto della Provincia stessa. In particolare le Province intervengono relativamente a: 1. costituzione di un quadro conoscitivo dei bisogni, delle risorse e degli interventi attivati sui territori di pertinenza; 2. individuazione dei fenomeni sociali più rilevanti sulla base di un’attenta analisi dell’offerta assistenziale; 3. promozione, d’intesa coi Comuni, di iniziative formative, con particolare riferimento alla formazione professionale di base; 4. partecipazione alla definizione e all’attuazione dei Piani di Ambito; 5 partecipazione alla definizione e all’attuazione della programmazione sovra Ambito a scala dipartimentale o di area vasta;
- Per la realizzazione delle sopraripotrate indicazioni operative le Province si dotano: di Osservatori provinciali per la rilevazione dei bisogni e dei servizi sulla base di indicazioni regionali individuate tramite accordi sottoscritti tra le parti.

#### Una “Area Vasta” per il sociale

Il concetto di “Area Vasta” è stato molto sviluppato all’interno del Piano sanitario 2007-2009 in funzione di una rivisitazione complessiva del sistema.

La programmazione strategica sanitaria infatti prevede un nuovo “spazio territoriale”: l’area vasta, i cui confini sono ancora di difficile lettura.

Oltre una parte strettamente amministrativa, la sanità si sta organizzando anche a livello di singole aree ad integrazione socio-sanitaria (dipendenze patologiche, salute mentale ...) sia per una programmazione omogenea e sia per individuare eventuali "eccellenze" di offerte di servizi.

L'Area Vasta pone, per le aree ad integrazione socio-sanitaria, dei seri problemi al "sociale" che non ha nessun riferimento sia politico (la Conferenza dei Sindaci copre fino alla Zona) e sia a livello tecnico-professionale.

Per coprire questo vuoto, sia politico che operativo, ci sembra opportuno valorizzare un coordinamento tra ambiti territoriali a livello di Area Vasta che corrisponda sostanzialmente al territorio delle Province ad eccezione delle Province di AN e MC in quanto 3 comuni di MC (Apiro, Cingoli e Poggio S. Vicino) fanno parte dell'ambito di Jesi e quindi dell'area vasta di AN.

Lo strumento del "Coordinamento Provinciale di ambito delle Politiche Sociali" appare il percorso più appropriato per costruire un "soggetto sociale" capace di dialogare a livello di Area Vasta con la sanità.

Il Coordinamento si doterà di almeno due coordinamenti distinti che potranno riunirsi anche congiuntamente:

- 1) Coordinamento provinciale politico (formato dai Presidenti dei Comitati dei Sindaci) : Compiti e funzioni
  - a) Armonizza le politiche su tutto il territorio provinciale;
  - b) Programma interventi interambiti compresa la formazione;
  - c) Facilita l'integrazione con le politiche dell'istruzione;
  - d) Facilita l'integrazione con le politiche del lavoro e con l'edilizia residenziale pubblica;
  - e) Facilita i percorsi di integrazione socio-sanitaria, con particolare attenzione all'Area Vasta.
- 2) Coordinamento provinciale tecnico (formato dai coordinatori ATS): Compiti e funzioni
  - a) Promuove la conoscenza ed il confronto degli interventi degli ambiti;
  - b) Promuove il sostegno e il supporto per l'attività dei coordinatori;
  - c) Elabora i progetti interambito;
  - d) Si raccorda e si coordina con l'Osservatorio Provinciale delle Politiche Sociali;
  - e) Si raccorda con i coordinamenti o i progetti provinciali di settore già costituiti;
  - f) Promuove percorsi di formazione;
  - g) Promuove percorsi di integrazione socio sanitaria, con particolare attenzione all'Area Vasta;
  - h) Promuove percorsi di inserimento lavorativo;
  - i) Promuove e partecipa alla progettazione europea.

La Provincia ha un ruolo di coordinamento e di sostegno e mai di gestione, facilita spazi di programmazione socio-sanitaria a livello provinciale (Area Vasta).

Lo stesso Coordinamento elabora le modalità per attuare concretamente la progettazione integrata con la sanità per l'Area Vasta laddove prevista.

#### Il "nuovo Coordinatore di ambito"

Nelle "linee guida per la riorganizzazione istituzionale degli ambiti territoriali sociali" vengono riportate una serie di indicazioni riguardanti ruolo e funzioni del Coordinatore di ambito finalizzate a rafforzarne le competenze in termini non solo legati alla programmazione e alla costruzione di reti, ma anche alla gestione degli atti. Le principali indicazioni sono riportate di seguito:

- Ad integrazione delle caratteristiche di questa nuova figura professionale, riportate nelle linee guida del 2001, il Coordinatore di Ambito costituisce anche l'interfaccia significativo con la

Regione per lo sviluppo della governance locale e regionale nella programmazione e nella progettazione dei servizi a livello territoriale e assume in tal senso funzioni dirigenziali o di alta professionalità anche con riferimento alla gestione diretta della spesa in base alle indicazioni deliberate dal Comitato dei Sindaci e alle risorse messe a disposizione dai singoli Comuni nelle modalità scelte dall'Ambito relativamente al rafforzamento istituzionale;

- In base alle configurazioni giuridiche dell'Ambito, che saranno scelte dai Comitati dei Sindaci in base alle indicazioni riportate dalle linee guida (Comunità Montana, Convenzione con Ufficio Comune, Consorzio o Azienda Speciale Consortile, Unione dei Comuni), deriva che l'assegnazione delle funzioni di Coordinatore di Ambito può avvenire, comunque, solo nei confronti di un soggetto iscritto all'Elenco regionale degli aspiranti al ruolo di Coordinatore che entra in rapporto di lavoro e di servizio, a seconda della soluzione prescelta: 1. con la Comunità montana ed incardinato nell' "Area/Settore Servizi sociali" appositamente istituita; 2. con il Consorzio o Azienda Speciale Consortile; 3. con l'Unione dei Comuni;
- Il Coordinatore di Ambito è inquadrato con contratto dirigenziale che prevede l'affidamento allo stesso di funzioni gestionali amministrative e di bilancio oltre a quelle previste dalle linee guida del 2001 di facilitazione e coordinamento;
- Nel caso in cui la scelta ricada sulla "Convenzione intercomunale con creazione di un Ufficio Comune", il Coordinatore di Ambito entrerà in rapporto di lavoro con uno dei Comuni convenzionati (preferibilmente con quello che gestirà il budget all'interno del proprio bilancio) ed in rapporto di servizio con l'Ufficio Comune, con inquadramento dirigenziale nelle modalità previste dal T.U. sul pubblico impiego e dal relativo contratto di lavoro, per un congruo periodo minimo che coincida con la durata del Piano Sociale di Zona pluriennale (3 anni) e un massimo coincidente con il mandato amministrativo dei Comuni (5 anni), comunque rinnovabile.

### ***III.2 Il potenziamento degli strumenti di programmazione e della gestione integrata dei servizi***

Gli strumenti di programmazione su cui intervenire per dare forza alla logica del "bisogno sociale" come criterio di costruzione di una rete integrata, riguardano il livello regionale e il livello locale essendo stato completamente superato il livello nazionale (Piano sociale nazionale) a seguito delle modifiche apportate da legislatore al Titolo V della seconda parte della Costituzione italiana.

Questa modifica ha affidato al livello regionale la competenza "esclusiva" in materia di politiche sociali lasciando al livello centrale la individuazione e il finanziamento dei Livelli essenziali dei servizi.

Accanto al Piano sociale regionale che ha mediamente una valenza triennale il potenziamento riguarda:

#### **Il Piano di ambito sociale:**

- I Piani di Ambito hanno cadenza triennale e vengono predisposti sulla base di linee guida regionali;
- La Regione Marche predispone, nelle linee guida, uno schema di indice su cui dovranno essere costruiti tutti i Piani in modo da facilitarne la valutazione comparata;
- La Regione predispone altresì modelli di valutazione già da prima della redazione dei Piani facendo riferimento ad un sistema di obiettivi di carattere quantitativo/qualitativo, di stato e di processo;
- I Piani debbono contenere al loro interno obiettivi indicati dalla Regione Marche assieme ad obiettivi specifici di ogni singolo ambito territoriale;
- I Piani triennali contengono informazioni di ampio respiro con una dettagliata analisi del profilo di comunità, esigenze di fabbisogno emergenti su cui si intende investire nel corso del triennio, obiettivi e priorità da raggiungere nel triennio di riferimento.

### I Piani attuativi annuali

- La pianificazione annuale ha un taglio di carattere operativo e di implementazione delle indicazioni generali riportate sul Piano triennale. E' vincolata a impegni finanziari definiti in sede di bilancio di previsione dei Comuni dell'Ambito o dell'organismo preposto a gestire l'attività dell'Ambito, caratterizzati da concretezza, stretto legame con le risorse per l'attuazione dei progetti, esecutività. I Piani annuali sono assimilabili alla "Relazione previsionale programmatica" che i Dirigenti comunali devono predisporre annualmente;
- Il Piano annuale definisce l'assetto operativo della spesa sociale complessiva, sia quella riferita ai servizi e agli interventi consolidati, sia quella relativa a nuovi servizi e interventi.; il piano è articolato in riferimento ad uno schema unitario predisposto dalla Regione;
- La stesura dei Piani attuativi annuali è legata all'approvazione dei bilanci annuali di previsione e alle successive scadenze finanziarie locali (assestamento di bilancio, consuntivo).

### La programmazione territoriale e i Piani di settore

- La situazione attuale risente di una dissonanza tra la programmazione territoriale a carattere trasversale avviata con i Piani di Ambito e gli interventi di settore che fanno capo a normative regionali specifiche che solo parzialmente, o in alcuni casi in nessun modo, sono state coordinate tra loro;
- Nel Piano annuale 2003 e in quello triennale 2005/2007 si è cercato di dare indicazioni chiedendo di inserire nel Piano di Ambito gli esiti dei piani di settore relativamente ai servizi e alle strutture previste come incremento rispetto alla situazione precedente. In particolare sono state allegate alle linee guida per la predisposizione dei Piani triennali di Ambito sociale delle schede con criteri e indicazioni per connettere alcuni importanti Piani di settore col Piano di ambito: 1. Piano "sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche: sviluppo programmatico e organizzativo" con indicazione di servizi e strutture e obiettivi per Ambito; 2. Sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche: con indicazione della natura e degli obiettivi per Dipartimento e per Ambito; 3. Piano "sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo": indicatori di obiettivo per Ambito; 4. Interventi a sostegno della disabilità e salute mentale: indicatori di obiettivo per Ambito;
- Il processo avviato, sia pur sperimentalmente, con le linee guida dei Piani triennali necessita di una stabilizzazione che passa attraverso: 1. Il superamento di forme gestionali di finanziamento dei singoli settori a favore del criterio del fondo unico agli Ambiti; 2. La definizione da parte della Regione di specifici obiettivi di settore a cui vincolare specifiche quote di finanziamento garantendo in tal modo standard omogenei su tutto il territorio regionale e interventi, su fasce di popolazione particolarmente debole, che potrebbero essere trascurate dalla programmazione locale; 3. la ridefinizione del ruolo regionale in termini di indirizzi, accompagnamento, controllo;
- La Regione si impegna ad un monitoraggio attento circa l'utilizzo dei finanziamenti al fine di verificare che ad esso corrisponda una reale attività di programmazione e non una semplice ripartizione tra i diversi Comuni dell'Ambito.

### L'avvio o il rafforzamento di strumenti di gestione integrata di servizi sociali:

Come riportato nella parte del Piano dedicata all'analisi delle criticità rilevate nel sistema, la difficoltà di promuovere forme di gestione integrata dei servizi sociali costituisce uno degli elementi di "blocco" del sistema.

La Regione promuove, per il prossimo triennio, interventi di incentivazione alla gestione integrata individuando, nei seguenti punti, i criteri di fondo per procedere.

Saranno individuate forme concrete di incentivazione economica da costruire in base alle single caratteristiche e modalità che il territorio vorrà utilizzare:

- Compete ai Comuni scegliere lo strumento da adottare per la gestione associata dei servizi, all'interno della normativa vigente (d.lgs. 267/2000 – testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali - norme che istituiscono le Aziende pubbliche di servizi alla persona);

- La Regione promuove l'utilizzo dell'azienda Speciale dei Servizi alla Persona sia come strumento originario sia come azienda nata dalla trasformazione delle IPAB in base a indicazioni normative specifiche che si adotteranno nel corso del triennio di vigenza del presente Piano con relativi percorsi di accompagnamento;
- La gestione associata dei servizi può avvenire a livello di ambito, inframbito e interambito e deve perseguire sia obiettivi di efficienza della spesa pubblica che di efficacia delle prestazioni e dei servizi per le persone e per le famiglie;
- La "regia" pubblica della rete di governance, per realizzare il sistema integrato di interventi e servizi, non può essere delegata a chi assolve a funzioni gestionali, né deve limitarsi a indicazioni e verifiche sugli esiti conseguiti dalla gestione, che possono in quanto tali, configurare forme di delega "nascoste";
- Il Comitato dei Sindaci, che governa a livello di ambito sociale la definizione e la regia del Piano di Zona, del PCS e del PAD, (nonché sede in grado di connettere queste politiche con le strategie di sviluppo del territorio), resta il primo referente per garantire e sviluppare i processi di partecipazione e di concertazione e per promuovere le azioni di integrazione, alle quali la gestione associata dovrà necessariamente corrispondere.

### **III.3 Il potenziamento del sistema informativo regionale**

L'esperienza fin qui realizzata dalla rete degli Osservatori (regionale e provinciali) ha guidato la definizione di una nuova strategia di consolidamento e sviluppo del sistema informativo sociale regionale:

- che parte da un ripensamento dell'idea di sistema fin qui realizzata e cioè quella di un sistema cui è affidato il compito di raccogliere dati finalizzati fondamentalmente ad esigenze di monitoraggio statistico;
- per promuovere un nuovo modello fondato sul sistema informativo di Ambito, che risponda non solo alle esigenze di conoscenza-monitoraggio, ma anche e soprattutto ad esigenze di gestione del sistema dei servizi dell'Ambito.

In questa strategia il sistema informativo di Ambito diviene il modulo base dell'intero sistema regionale, specificamente finalizzato alle esigenze dell'ATS ma al contempo interconnesso da un sistema di (regole -vincoli -debiti informativi) con i livelli superiori (provinciale e regionale).

Si tratta senza dubbio di un obiettivo strategico che permetterebbe di effettuare un vero salto di qualità nella dotazione degli strumenti informativi a supporto delle attività di programmazione e monitoraggio. Ma si tratta anche di un obiettivo il cui raggiungimento implica un percorso complesso, non tanto sotto il profilo dell'organizzazione informativa e informatica, quanto per le implicazioni di carattere culturale, organizzativo e motivazionale del personale che opera all'interno del sistema dei servizi. Si tratta pertanto di un progetto di lavoro che richiede un mandato forte sia da parte del livello politico sia da parte del livello dirigenziale.

Le nuove strategie di sviluppo del sistema informativo sociale regionale sono recepite dal nuovo Accordo di programma sottoscritto dalla Regione Marche, dalle Province e dai Comitati dei Sindaci dei 24 Ambiti Territoriali Sociali.

I principali tratti del nuovo disegno organizzativo possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- Implementazione dei sistemi informativi-gestionali di ATS, che garantiranno: l'aggiornamento della mappa dell'offerta di interventi e servizi; la raccolta sistematica dei dati relativi all'utenza e ai percorsi-processi dell'utenza all'interno del sistema dei servizi; la certificazione ISEE per l'accesso agevolato al sistema degli interventi e dei servizi; le attività di bollettazione e pagamento; la raccolta dei dati che descrivono il personale impegnato nei servizi; i dati economici;
- Adozione della cartella sociale informatizzata al fine di: seguire puntualmente l'utenza lungo tutto il processo di ascolto -accoglienza -presa in carico-dimissione; archiviare e storicizzare gli interventi effettuati per poter disporre di una visione integrata degli interventi effettuati sulla



persona e sulla famiglia; omogeneizzare le metodiche del lavoro sociale professionale e raccogliere i dati in modo strutturato, agevolando lo scambio delle informazioni con gli altri servizi della rete sociale; favorire l'integrazione delle informazioni sociali con quelle afferenti alle altre professionalità sanitarie che concorrono in fase di valutazione multidisciplinare o di definizione di progetti di intervento complessi;

- Consolidamento del ruolo degli Osservatori Provinciali che supportano e coordinano le attività di progettazione, realizzazione e raccordo dei Sistemi Informativi Gestionali di ATS sviluppando una "Rete Provinciale" (Sistema Informativo Sociale Provinciale), che deve garantire la massima omogeneità, comparabilità e affidabilità dei dati, l'unitarietà del sistema, la più ampia libertà di "sfruttamento delle informazioni", le attività di monitoraggio a sostegno alle progettazioni, programmazione e valutazione degli interventi, la disponibilità a tutti i soggetti territoriali delle medesime informazioni sul Welfare provinciale, il supporto alla formazione degli operatori;
- Realizzazione dei sistemi informativi di ATS all'interno di un disegno unitario del sistema, che si sostanzia in un insieme di requisiti, vincoli, classificazioni, indirizzi e debiti informativi, definito dal livello regionale (in raccordo con analoghi indirizzi di livello nazionale), cui è affidato il compito di garantire i necessari caratteri di omogeneità della base dati e la disponibilità dei dati statistici minimi indispensabili al sistema informativo sociale regionale. I principali caratteri di unitarietà del sistema sono costituiti da seguenti punti: condivisione di un "database unico regionale dei servizi-interventi e degli enti-attori sociali" e impegno al costante aggiornamento dei dati; adesione ad un sistema di classificazione condiviso; impegno a rendere disponibili in tempi definiti specifici e concordati debiti informativi; rispetto di specifici vincoli informatici e di telecomunicazione che assicurino l'interfacciabilità dei sistemi locali e del sistema regionale;
- Consolidamento dell'attività di indagine statistica, procedendo alla adozione di un Programma Statistico Regionale per il Settore Sociale, che pianifichi le indagini e le attività svolte per il Settore Sociale, con riferimento alle indagini previste dal Programma Statistico Nazionale (PSN) e alle esigenze informative essenziali per il Sistema Statistico Regionale e per il Sistema Informativo Sociale Regionale. Alla realizzazione delle indagini collaborano attivamente gli Osservatori Provinciali e gli ATS, secondo le modalità specifiche previste nel Programma Statistico Regionale (PSR);
- Promozione della costituzione, in forma associata tra i Comuni dell'Ambito, di uffici statistici di Ambito organizzati all'interno del SISTRAR (Sistema Statistico Regionale) in modo da coordinare la raccolta e la diffusione di tutta l'informazione statistica relativa al profilo di comunità;

A livello regionale il sistema informativo sociale regionale è alimentato da cinque "unità organizzative":

- l'Osservatorio regionale per le politiche sociali;
- il Servizio Politiche Sociali della Regione;
- la P.F. Sistema informativo statistico della Regione;
- il Centro regionale di ricerca e documentazione sulla disabilità;
- il Centro regionale di ricerca e documentazione sull'infanzia, l'adolescenza e i giovani.

Ciascun soggetto, nel rispetto delle proprie finalità istituzionali, collabora alle attività di consolidamento e sviluppo del sistema informativo, secondo quanto previsto nell'Accordo di programma di cui sopra.

Particolare cura sarà posta alla Integrazione con il sistema informativo sanitario regionale, con particolare riferimento: ai flussi che descrivono il sistema dell'offerta e dell'utenza dei servizi territoriali a valenza socio-sanitaria; alla implementazione della cartella socio-sanitaria e al raccordo con il sistema delle valutazioni (Unità Valutative), al raccordo con il sistema RUG.

### **III.4 Il collegamento con le università marchigiane**

Una strategia importante avviata nel corso dell'anno 2007 e che il presente Piano sociale regionale intende inserire tra gli obiettivi del triennio riguarda il rapporto con le Università Marchigiane.

Si tratta di stabilire una modalità stabile di collegamento finalizzata a produrre valore aggiunto alla programmazione sociale, ai percorsi formativi, alle attività di ricerca della Regione e delle università marchigiane referenti di corsi di laurea in materie sociali che si sono organizzate in un coordinamento degli Atenei Marchigiani con il fine di migliorare l'offerta formativa dei relativi corsi di laurea attraverso la discussione tra gli atenei e con soggetti esterni come la Regione Marche e gli ordini professionali (CAM).

Il collegamento tra la Regione e il CAM si articolerà, nel triennio di riferimento del presente Piano sociale regionale, in tre direzioni:

- **Formazione:** confronto tra CAM e servizio politiche sociali sui percorsi formativi universitari finalizzato a organizzare un'offerta formativa aderente ai bisogni del territorio e funzionale alla programmazione regionale. Questo processo sarà strettamente collegato con il lavoro congiunto da avviare in collaborazione con il Servizio formazione professionale e con il servizio salute sul riordino del repertorio delle professioni sociali (di cui si rinvia alla parte apposita del presente Piano);
- **Attività di ricerca:** collaborazione tra CAM e Servizio Politiche Sociali della Regione per coordinare i programmi di ricerca, per effettuare uno scambio sistematico dei risultati raggiunti e per sostenere azioni di miglioramento dei servizi e delle politiche del territorio. In questo processo sono coinvolti tutti i soggetti regionali che collaborano al sistema informativo sociale regionale: Servizio Politiche Sociali, PF Sistema Informativo Statistico, Osservatorio Politiche Sociali, Centro regionale di ricerca e documentazione sulla disabilità, Centro regionale di ricerca e documentazione sull'infanzia, l'adolescenza e i giovani;
- **Attività di confronto sul modello di welfare nelle Marche;** promuovere una interazione strutturata tra CAM e Servizio Politiche Sociali con lo scopo di sviluppare un confronto partecipato sul modello di welfare marchigiano che possa coniugare saperi accademici comparati alle specificità del territorio. Questo processo trova evidenza nei contenuti del presente Piano e nella implementazione concreta degli stessi con interventi conseguenti che diano capacità alla Regione di valutare gli impatti delle proprie scelte di sistema.

Tale collegamento vedrà una sua strutturazione attraverso la stipula di un Accordo di programma tra il coordinamento regionale dei corsi di laurea triennale, classe 6 e di laurea specialistica, classe 57s degli atenei marchigiani (CAM) e il Servizio Sociale della Regione Marche e il Sistema informativo statistico regionale.

### **III.5 La partecipazione**

#### La concertazione e la co-progettazione

L'importanza attribuita a queste due importanti fasi di partecipazione ha portato in questi anni a definire nel dettaglio il contenuto di questi termini e le responsabilità istituzionali in ordine alla loro efficacia.

Per "concertazione" si intende un accordo raggiunto tra le parti; il processo attraverso cui un soggetto istituzionale procede a delle scelte accogliendo e conciliando le indicazioni che arrivano da soggetti diversi, istituzionali e no, raccolti in un luogo di confronto. Nel processo di costruzione del Piano di Ambito indica la fase in cui vengono concordati obiettivi e priorità tra i soggetti istituzionali e gli attori sociali coinvolti nel processo di programmazione.

Per "consultazione" si indica il consultare, raccogliere il parere di chi viene consultato, la sua opinione, ma anche le sue conoscenze in merito ad un oggetto di confronto e di studio. Nel processo di costruzione del Piano di Ambito indica due fasi: quella in cui si fa informazione e sensibilizzazione e quella in cui si raccolgono le conoscenze dagli attori sociali del territorio.

Per "co-progettazione" si intende una metodologia e una prassi che prevede l'inserimento all'interno del team progettuale il più ampio possibile di soggetti direttamente coinvolti dalla realizzazione di una politica o di un intervento. Nel processo di costruzione del Piano di Ambito indica la fase di definizione delle responsabilità dei vari soggetti coinvolti nella realizzazione concreta di un progetto/servizio.

In termini di responsabilità istituzionali:

- la fase di “concertazione” di Ambito per la programmazione degli interventi sociali, integrata per gli aspetti socio-sanitari e sanitari con la programmazione dei Distretti sanitari ha come referente il “Comitato dei Sindaci” che provvede alla convocazione degli attori sociali (organizzazioni sindacali, associazioni, forum terzo settore, volontariato, mondo delle imprese) e a concordare con essi tempi, modalità e tematiche da sottoporre alla concertazione;
- le fasi di consultazione e co-progettazione degli interventi hanno come referente il Coordinatore di Ambito e lo staff dell’Ufficio di Piano. E’ il Coordinatore di Ambito che provvede alla convocazione degli attori sociali (imprese sociali, cooperative, volontariato) e che procede a stabilire tempi, modalità, contenuti della co-progettazione in particolare sulla base delle indicazioni e delle priorità emerse dalla “concertazione”.

Queste indicazioni, riportate in atti precedenti, hanno aperto ad una visione nuova del rapporto tra ente pubblico e soggetti del privato sociale con particolare riferimento al mondo della cooperazione.

La regione Marche nel proprio percorso di implementazione della riforma delle politiche sociali riconosce come principio quello della sussidiarietà orizzontale e verticale.

In particolare ribadisce quanto espresso all’art. 4 della legge 59/1997 laddove si prevede la possibilità di attribuire “responsabilità pubbliche anche al fine di favorire l’assolvimento di funzioni e di compiti di rilevanza sociale da parte delle famiglie, associazioni e comunità...” riconoscendo in tal mondo l’esercizio di pubbliche funzioni anche da parte delle formazioni sociali in cui si articola la società civile.

Questa indicazione, fatta propria dalla Regione Marche, conferma il passaggio dal concetto di partecipazione democratica alle decisioni delle istituzioni a un nuovo significato di partecipazione per cui questa si realizza non solo attraverso forme di democrazia diretta o rappresentativa, ma con l’ingresso vero e proprio delle formazioni sociali nell’esercizio delle pubbliche funzioni.

La strada seguita è quella di sostenere l’evoluzione di un sistema in cui il carattere pubblico di un servizio prescinde dalla natura pubblica o privata del soggetto che in nome proprio lo gestisce.

Si tratta di una interpretazione corretta del principio di sussidiarietà orizzontale che è stato elevato a rango costituzionale dalla legge costituzionale n. 3/2001 che riscrivendo l’art. 118 della Costituzione stabilisce che: “Stato, Regioni, città metropolitane, province e Comuni favoriscono l’autonoma iniziativa dei cittadini singoli e associati per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà”.

Questa accezione innovativa del concetto di partecipazione ha come immediata conseguenza la ridefinizione del rapporto della pubblica amministrazione con gli “attori” della partecipazione che sono quelli indicati all’art. 1 della legge 328/2000.

Una ridefinizione che mantiene però forte il ruolo di governo da parte dell’ente locale e di regolatore del sistema. La sussidiarietà orizzontale che la legge 328/2000 eleva a principio ispiratore dell’intera riforma non è infatti una sussidiarietà di stampo neo liberista in cui la funzione pubblica si ritrae per lasciare spazio alla libera iniziativa del privato, ma esattamente l’opposto; prefigura infatti uno stato sociale in cui la funzione pubblica si espande associando le formazioni sociali al suo esercizio nei quattro momenti della pianificazione, della progettazione, della gestione e della valutazione.

### I soggetti della partecipazione

In questa sede si interviene in maniera particolare sui soggetti del terzo settore che costituiscono il riferimento principale della Regione Marche in sede di costruzione dei principali atti di programmazione per poi passare alla individuazione di strumenti giuridici idonei a dare stabilità ai processi di partecipazione.

## La cooperazione sociale

La Regione Marche attribuisce grande importanza a ruolo e funzioni della cooperazione sociale a fronte di una situazione di sostanziale sottovalutazione del valore aggiunto che invece queste organizzazioni no-profit hanno generato nel sistema dei servizi sociali.

Questo comporta quindi una ricostruzione degli interventi di sostegno della Regione Marche al "valore aggiunto" delle cooperative sociali essenzialmente in termini di ridefinizione del rapporto pubblico/privato nei termini di una seria sussidiarietà orizzontale.

Come espresso con grande chiarezza dall'articolo 1 della legge n. 381/1992, le cooperative sociali *"hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini"*; esse, dunque, sono connotate in modo originalissimo quali soggetti deputati ex lege a svolgere pubbliche funzioni; con l'affidare loro lo scopo di perseguire quel particolare *"interesse generale della comunità"* costituito dalla "promozione umana" e dalla "integrazione sociale" la legge non ha fatto altro che affidare loro il dovere di svolgere una funzione pubblica: la funzione sociale di cui al secondo comma dell'articolo 3 della Costituzione; ed è in questa prospettiva che il presente Piano intende muoversi.

Nella Regione Marche la cooperazione sociale svolge un ruolo importante sia qualitativo che quantitativo.

Alcuni dati:

Al 30 giugno 2007 sono iscritte negli albi della Regione Marche 277 cooperative sociali (152 di tipo A, 114 di tipo B e 11 consorzi).

I risultati dell'ultima indagine svolta dall'ISTAT riferita alle cooperative sociali operative al 31\12\2005 segnalano un forte impatto del mondo della cooperazione sociale nella realtà regionale, anche se nel biennio 2003/2005 si registra nelle Marche, a differenza della gran parte delle altre regioni italiane, un rallentamento del processo di crescita e una forte riduzione del numero dei lavoratori impegnati nella cooperazione sociale:

- 191 cooperative attive su 230 iscritte al registro regionale, con un tasso di crescita del +3% nel biennio 2003-2005 (contro una media nazionale del +20%);
- 7.800 soci (per il 98% costituiti da persone fisiche), con una leggera diminuzione della base sociale (-4%) rispetto al 2003 (contro un tasso di crescita medio nazionale del +19%);
- 7.000 unità di personale, delle quali 6.250 costituite da lavoratori retribuiti, con una diminuzione di 1.637 lavoratori retribuiti (-21%) nel biennio 2003/2005 (contro un tasso di crescita medio nazionale del +29%);
- Una valore della produzione complessiva di 175 milioni di euro (84% di fonte pubblica e 16% di fonte privata), con un tasso di crescita del +14% nel biennio 2003/2005 (contro una media nazionale del +32%);
- 65.000 utenti serviti dalle cooperative di tipo A (+27% rispetto al biennio 2003/2005, contro un tasso di crescita medio nazionale del +37%); circa 1200 inserimenti lavorativi in cooperative di tipo B (+37% rispetto al biennio 2003-2005, valore più elevato del tasso di crescita medio nazionale +33%).

Cooperative sociali di tipo A – Incidenza percentuale degli utenti			
Utenti per area di utenza		Utenti per tipo servizio	
Minori	38%	Servizi di ricreazione	27%
Anziani non autosufficienti	14%	Orientam. scolastico e lavorativi	12%
Anziani autosufficienti	8%	Assistenza domiciliare	11%
Malati e traumatizzati	7%	Prestazioni sanitarie generiche	7%
Disabili	6%	Soccorso e trasporto sanitario	6%
		Assist. in residenze protette	6%
		Prestazioni sanitarie riabilitative	6%

Sempre in riferimento ai risultati dell'indagine ISTAT 2005, le cooperative marchigiane si caratterizzano rispetto al contesto nazionale per un maggior utilizzo di formule contrattuali di lavoro di tipo strutturato, con una incidenza più elevata del lavoro part-time:

- o il 92% dei lavoratori retribuiti opera nella cooperativa sulla base di un contratto di lavoro dipendente, contro l'87% relativo alla media nazionale; il 61% dei contratti di lavoro dipendente fa riferimento a formule part-time, contro il 43% media Italia;
- o solo il 8% dei lavoratori retribuiti opera sulla base di contratti diversi (contratti di collaborazione, lavoro interinale) contro il 13% relativo alla media nazionale.

Un soggetto importante quindi su cui la Regione intende investire non solo in termini di capacità produttiva, ma anche e soprattutto in termini di partecipazione intervenendo nella predisposizione di atti di indirizzo che promuovano l'utilizzo di strumenti giuridici di diritto pubblico nella costruzione di rapporti di co-progettazione accanto ad una seria rivisitazione della normativa regionale in materia di appalti.

### *Il volontariato*

Si tratta di un altro soggetto importante nel sistema di partecipazione e di costruzione di partnership assieme al mondo dell'associazionismo di promozione sociale.

Alcuni dati:

Al 30 giugno 2007 sono iscritte nei registri regionali 1200 organizzazioni di volontariato.

I risultati dell'ultima indagine svolta dall'ISTAT riferita alle organizzazioni di volontariato operative al 31\12\2003 (799 organizzazioni) segnalano indici di impatto sul tessuto sociale della regione più elevati della media nazionale:

- 53 organizzazioni di volontariato ogni 100.000 abitanti, contro una media nazionale di 36;
- 19 volontari ogni 1.000 abitanti contro una media nazionale di 14.

Il volontariato (considerando esclusivamente l'attività svolta dalle organizzazioni iscritte al registro regionale) svolge un ruolo determinante nell'attività di assistenza al cittadino-utente e costituisce una risorsa essenziale della rete di welfare regionale. Sempre con riferimento all'indagine ISTAT 2003 (relativa a 799 organizzazioni), è stato possibile rilevare che:

sono stati messi in campo circa 29.000 volontari che hanno assistito oltre 290.000 persone di cui il 54% malati e traumatizzati, il 12% anziani non autosufficienti, l'8% immigrati e il 7% sono minori.

Il volontariato ha gestito di fatto circa 43 milioni di euro di entrate\proventi (50% di fonte pubblica e 50% di fonte privata) operando prevalentemente nei settori di intervento della assistenza sociale e della sanità.

Incidenza percentuale Settori di attività	Numero organizzazioni	Numero volontari	Entrate Proventi	Incidenza Finanz Pubbl
Assistenza sociale	27%	31%	20%	39%
Sanità	26%	30%	46%	69%

Un soggetto importante è anche il volontariato su cui la Regione intende investire termini di partecipazione intervenendo nella predisposizione di atti di indirizzo finalizzati a promuovere i rapporti nella sussidiarietà orizzontale (accordi di sostegno e accordi di collaborazione) contribuendo ad una rivisitazione del ruolo di questa importante realtà nelle politiche marchigiane utilizzando tutti gli strumenti a disposizione a cominciare dal Centro Servizi del Volontariato in stretto raccordo con il Comitato di gestione dei Fondi speciali e con le stesse Fondazioni bancarie.

### *L'associazionismo di promozione sociale*

Costituisce l'ultimo riferimento in termini di partecipazione a seguito dell'approvazione della l.r. 9/2004 e che ha visto l'iscrizione al registro regionale di circa 20 associazioni di grande rilievo organizzativo a grande capacità di coinvolgimento.

Intendimento della Regione è quello di valorizzare questa esperienza di partecipazione utilizzando gli organi di consultazione previsti dalla legge stessa con particolare riferimento all'Osservatorio dell'associazionismo di promozione sociale che diventa l'interfaccia della Regione per interventi di sostegno al settore e per i principali atti di programmazione inerenti il sistema in rete delle politiche sociali.

La Regione si impegna altresì a seguire il percorso di implementazione della legge anche nelle parti di competenza delle Province e degli enti locali relativamente all'associazionismo di più piccole dimensioni secondo modalità decise assieme all'Osservatorio dell'associazionismo di promozione sociale istituito ai sensi di legge.

#### *Il forum del terzo settore*

Altro soggetto importante e protagonista della partecipazione è il Forum del terzo settore che, in qualità di organo autonomo di rappresentanza del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale e della cooperazione sociale, funge da interfaccia regionale e locale per la promozione della cittadinanza attiva su tutto il territorio regionale.

#### *Gli Istituti di patronato*

Accanto a questi "attori sociali" che già svolgono attività integrate con la Regione Marche e che sono state regolamentate con apposite normative il presente Piano promuove forme di collaborazione con i *patronati sindacali* riuniti in particolare sotto le sigle del CE.PA e del CUPLA. Detti organismi sono soggetti attivi nella programmazione sociale – Piano di ambito sociale - così come riportato nella legge 328/2000 e confermato dalla normativa specifica sui patronati che è la legge 152/2001; si tratta anche di soggetti importanti nella costruzione delle Carte dei Servizi e delle attività di segretariato sociale.

#### *Le Fondazioni bancarie*

Un ulteriore realtà con la quale stabilire nel triennio di vigenza del presente Piano rapporti di collaborazione è quella delle Fondazioni bancarie. Alla collaborazione già formalizzata nell'ambito dei Comitati di gestione per i fondi speciali del volontariato e della gestione dei centri di servizio la Regione si impegna a stipulare "dichiarazioni di interesse" o "accordi di programma" con la consulta delle Fondazioni per armonizzare i finanziamenti che tali organismi concedono alle proprie realtà territoriali di terzo settore alla programmazione territoriale di ambito sociale (Piano di ambito).

#### Gli strumenti giuridici per dare stabilità ai processi di partecipazione: la sussidiarietà come rapporto

Il rafforzamento dell'Ambito sia sotto il profilo strutturale sia sotto quello funzionale, costituisce la necessaria premessa all'ulteriore fase evolutiva del sistema, finalizzata all'indicazione ed all'implementazione di nuove modalità di rapporto pubblico / privato non profit che siano in grado non solo di migliorare i modelli tradizionali (pur sempre necessari) di affidamento/acquisto dei servizi, ma anche, e soprattutto, di offrire nuovi modelli di rapporto sostanziale (oltre che di percorso procedurale) tesi alla realizzazione del principio di sussidiarietà.

La Regione Marche ritiene irrinunciabile la caratterizzazione in senso solidaristico della funzione sociale, il suo solido ancoraggio alla definizione di diritti sociali realmente esigibili, nel rispetto dei principi costituzionali e nel quadro della legge nazionale n. 328/2000. In tale logica, la realizzazione del principio di sussidiarietà assume profili peculiari, certamente non "intercambiabili" con quelli propri di una visione neo-liberista e mercantile dello stato sociale e, più in generale, dei rapporti fra Istituzioni e cittadini singoli o associati.

Tali profili possono essere sintetizzati nel riconoscimento della necessità di non ridurre il principio di sussidiarietà alla mera privatizzazione, intesa quale dismissione da parte delle Istituzioni di attività relative a funzioni e compiti che meglio possano essere svolte da parte dei privati (si pensi alle c.d. privatizzazioni attinenti la produzione di beni o servizi in regime di mercato); al contrario, in particolar modo nella funzione sociale, l'applicazione del principio di sussidiarietà passa attraverso il riconoscimento della condivisione da parte di soggetti privati di pubbliche responsabilità quale l'espressione più genuina del principio. In altre parole, ferma restando la validità dell'affermazione per cui le funzioni pubbliche inutili al fine del perseguimento dei valori costituzionali vanno

doverosamente dismesse (perché fonte di spreco e ostacolo allo sviluppo), non sarà certo attraverso la sola dismissione delle stesse che si raggiungeranno obiettivi di qualità in ordine al sistema di governo locale, bensì attraverso la condivisione delle pubbliche responsabilità da parte delle formazioni sociali.

Su questi presupposti è stato costruito un percorso che articola le diverse possibilità poste in essere dalla normativa esistente per “sostanziare” il rapporto tra Ambiti Territoriali Sociali e mondo del non profit.

Accanto alle procedure per l'affidamento e l'acquisto di servizi sociali (appalto e concessione) esistono infatti anche strumenti per sostanziare la “sussidiarietà come rapporto” con particolare riferimento agli “accordi di sostegno” e agli “accordi di collaborazione” e relativo profilo procedurale.

### **III.6 L'assetto finanziario**

#### **Il finanziamento delle politiche sociali nella Regione Marche**

##### **Le fonti di finanziamento**

##### Articolazione complessiva dei finanziamenti per le politiche sociali (con riferimento all'anno 2006)

Il fondo disponibile per le politiche sociali è implementato da 3 fonti diverse:

- il fondo nazionale per le politiche sociali, di cui alla legge 328/2000, che nel 2006 è stato di € 20.734.490;
- il bilancio regionale pari a € 32.302.354 (comprensivo di fondo unico e dei fondi per le politiche di settore) sempre nel 2006;
- Il fondo sanitario per l'integrazione socio-sanitaria pari a 17.400.000 (anno 2006).

La disponibilità complessiva relativa all'anno 2006 è stata pari a € 70.436.844; di seguito analizzeremo nel dettaglio le destinazioni specifiche ed i soggetti gestori dei fondi, approfondendo qualche aspetto specifico sulle tre diverse fonti di finanziamento.

##### Il fondo nazionale.

Come si è già accennato, il fondo è stato istituito con la legge 328/2000 facendo confluire in esso tutti i diversi finanziamenti di settore. Tale fondo, senza vincoli di destinazione, è ripartito prevalentemente tra le Regioni che decidono il suo utilizzo sulla base delle necessità sociali più rilevanti nello specifico ambito territoriale.

L'ammontare del fondo per la Regione Marche fino al 2004 è stato di circa 26 milioni di euro. Nel 2005 il governo centrale ha tagliato del 50% il fondo, riducendolo per la nostra regione a soli 13 milioni di euro circa. Nel 2006 il fondo è aumentato a quasi 21 milioni di euro.

Nel 2007 le risorse destinate sono salite grazie all'incremento del fondo nazionale. Le risorse complessive ammontano a euro 23.468.754,65 di cui euro 15.291.922,49 fanno capo al fondo nazionale e euro 8.176.832,16 al Fondo unico regionale. Sempre nel corso del 2007 il fondo nazionale viene rimpinguato di ulteriori 186 milioni di euro da ripartire tra le Regioni (che hanno portato alle casse regionali ulteriori 4.982.639,73 euro) con gli stessi criteri del fondo unico e di ulteriori 25 milioni a valere sul 2007 ma con accreditamento nel corso del 2008.

Inoltre per il riparto del fondo nazionale 2008 verrà utilizzato l'anticipo di cassa da parte del Ministero della solidarietà sociale fino al 50% dello storico

##### Il fondo regionale

La Regione Marche mette a disposizione annualmente per le politiche sociali un fondo complessivo (fondo unico, fondi politiche di settore, fondi in conto capitale) pari ad oltre 32 milioni di euro, dei quali circa 3,2/3,5 milioni per incentivi alla riqualificazione delle strutture sociali (fondi per investimento). Tale fondo è rimasto sostanzialmente stabile negli ultimi anni, pur a fronte di forti tagli di bilancio in tutti i settori di intervento regionale.

### Il fondo per l'integrazione socio-sanitaria

Il fondo per l'integrazione socio-sanitaria è stato istituito con il piano sanitario 2003/2006 "Un'alleanza per la salute" nel quale la parte riservata all'integrazione socio-sanitaria aveva un ruolo molto rilevante. Tra i vari fondi dedicati ad interventi diversi, vanno sottolineati i tre fondi che sono tuttora gestiti in coordinamento tra il Servizio Politiche Sociali ed il Servizio Salute:

- il progetto speciale "Autismo marche, verso un progetto di vita", circa 500.000 euro;
- il fondo per l'innalzamento dei livelli di assistenza nelle residenze protette per anziani, per € 10 milioni;
- il fondo per l'integrazione socio-sanitaria, pari ad € 6,9 milioni, con il quale si finanziano le seguenti attività: il contributo regionale per la gestione delle COSER; il contributo regionale per le famiglie dei disabili gravi; il finanziamento del "Progetto sollievo"; il finanziamento per le attività legate al settore delle dipendenze patologiche; il finanziamento del "Progetto vita indipendente".

Fonti di Finanziamento agli ATS (valori in milioni di euro)

	2004	2005	2006
1. Fondo nazionale	26,0	13,0	20,7
2. Fondo regionale	32,0	32,0	32,3
3. Fondo integrazione socio-sanitaria	7,4	9,0	17,4
Totale	65,4	54,9	70,4

### **Destinazione dei finanziamenti**

Facendo un calcolo sul fondo 2006 sommando le tre voci di cui alla tabella sopra riportata (*Fonti di Finanziamento agli ATS*) risulta che:

- il 73,3% dei fondi, pari ad € 51.649.456, sono stati erogati direttamente ai Comuni e agli Ambiti Sociali, per gli interventi nei seguenti settori: 24 milioni, pari al 34,1%, quale fondo unico per gli interventi sociali; 1.277.456 euro, pari all'1,8%, per gli interventi a favore della famiglia, ai sensi delle L.R. 30/98; 6.700.000 euro, pari al 9,5% per gli interventi dedicati ai minori (contributi per la gestione dei servizi per l'infanzia – nidi, centri per l'infanzia, ecc. e per i contributi per la copertura delle rette per le strutture di accoglienza per i minori); 15,3 milioni di euro, pari al 21,7%, per gli interventi a favore dei soggetti disabili; 342.000 euro, pari allo 0,5%, per gli interventi di assistenza penitenziaria e post-penitenziaria; 730.000 euro, pari all'1%, per gli interventi di sostegno agli immigrati; 3,3 milioni di euro, pari al 4,7%, per gli interventi finanziari a sostegno della riqualificazione delle strutture sociali.
- Il 26,7% dei fondi, pari ad € 18.787.388, sono stati erogati a soggetti diversi dai Comuni e dagli Ambiti Sociali di cui, in particolare, 10 milioni all'ASUR - caricati ovviamente sulla parte del fondo complessivo dedicata specificamente all'integrazione socio-sanitaria di cui al punto 3 della tabella sopraportata e non dal Fondo unico sociale- per l'incremento dei servizi agli anziani nelle Residenze Protette, ed i restanti dedicati agli interventi di sostegno dei soggetti del Terzo Settore, dei progetti speciali regionali, e di attività diverse.

	Anno 2006	Val Assoluti	Val Percentuali
<b>RIPARTO FONDI EROGATI A COMUNI E AMBITI SOCIALI</b>			
<b>Per spese di gestione</b>			
	Fondo Unico	24.000.000	34,1%
	Disabili	15.300.000	21,7%
	Minori	6.700.000	9,5%
	Famiglia L.R. 30/98	1.277.456	1,8%
	Immigrati	730.000	1,0%
	Assistenza Soggetti Detenuti	342.000	0,5%
	<b>Totale</b>	<b>48.349.456</b>	<b>68,6%</b>
<b>Per investimenti su strutture sociali</b>			
	<b>Totale</b>	<b>3.300.000</b>	<b>4,7%</b>



<b>Totale fondi trasferiti a Comuni e Ambiti</b>	<b>51.649.456</b>	<b>73,3%</b>
<b>RIPARTO FONDI EROGATI A SOGGETTI DIVERSI</b>		
Anziani (ASUR)	10.000.000	14,2%
Giovani (PROVINCE)	426.000	0,6%
Interventi diversi	800.000	1,1%
Terzo Settore, Associazionismo, Progetti Regionali, altri interventi	7.561.388	10,7%
<b>Totale fondi trasferiti a soggetti diversi</b>	<b>18.787.388</b>	<b>26,7%</b>
<b>Totale Fondi ripartiti dalla Regione</b>	<b>70.436.844</b>	<b>100,0%</b>

	Anno 2006	Val Assoluti	Val Percentuali
<b>FONDI EROGATI A COMUNI E AMBITI SOCIALI</b>		<b>51.649.456</b>	<b>100,0%</b>
Erogati ai Comuni		<b>47.577.456</b>	92,1%
Erogati agli Ambiti Sociali		<b>4.072.000</b>	7,9%

## Criticità

### 1. Sovrapposizione di finanziamenti

Si può notare come accanto al fondo unico, senza destinazioni vincolate, sopravvivano anche altri fondi dedicati ad attività specifiche: interventi per la famiglia, per la disabilità, per gli immigrati, per i minori, ecc.. Questo dipende sia dalla sopravvivenza di leggi di settore precedenti alla Legge 328/2000, sia a necessità particolari intervenute successivamente al 2000. Tale doppio binario potrebbe sembrare incoerente con la logica del fondo unico. Per alcuni aspetti questo è certamente vero creando interventi a se stanti, troppo slegati da una politica complessiva e coordinata dell'uso delle risorse. In altri casi, invece, la finalizzazione di risorse per realizzare interventi specifici ed innovativi si concretizzano in progetti importanti, che altrimenti non si sarebbero realizzati. Lo stesso governo centrale, accanto al fondo unico, individua periodicamente altre linee di intervento innovative dedicate a settori che hanno un rilievo particolare.

E' necessario fare in modo che gli interventi particolari sopravvivano con la loro specificità solo per il periodo di sperimentazione, per poi rientrare nella normale attività in campo sociale e i fondi dedicati alle attività sperimentali vengano ricompresi nel fondo unico.

Le modifiche da apportare alla gestione dei fondi dedicati al sociale debbono orientarsi verso:

- Una riduzione dei flussi di finanziamento dedicati a comparti specifici, concentrando il grosso del fondo all'interno del fondo unico.
- L'individuazione di una precisa e realistica indicazione degli obiettivi da raggiungere in ogni comparto, con una elasticità di gestione in coerenza con le diversità territoriali, ma anche con parametri misurabili oggettivamente.
- La trasformazione, nel corso del triennio attraverso l'adozione di atti specifici, delle attuali modalità di finanziamento in un sistema orientato alla definizione di budget ed obiettivi di ambito sociale.
- La costruzione di un nuovo sistema di incentivazione e disincentivazione finanziaria in funzione alla realizzazione degli obiettivi concordati con particolare riferimento alla gestione integrata dei servizi.

### 2. Gestione diretta della Regione

Alle difficoltà enunciate in precedenza si lega anche una sorta di centralismo regionale nella gestione diretta dei vari fondi (nidi di infanzia, rette per le strutture di accoglienza per minori, interventi e servizi dedicati ai disabili, investimenti strutturali, ecc.).

Nel corso del triennio la Regione si impegna a svolgere un ruolo sempre più determinato di programmazione, indirizzo, verifica e controllo, abbandonando, per gran parte, la mera attività amministrativo-contabile che non le compete.

L'affiancamento agli atti programmatori e alle linee di indirizzo di un controllo stretto delle risorse orientate a specifici interventi ha fatto sì che, pur nel rispetto delle autonomie locali, fosse possibile seguire i percorsi settoriali ed aiutare il territorio ad organizzarsi in contesti non più solo comunali, ma di programmazione di ambito intercomunale.

Finita tale fase, si deve lavorare affinché l'Ambito Sociale territoriale rafforzi il proprio ruolo svolgendo non solo una funzione programmatica e di coordinamento, ma anche la funzione di gestione comune degli interventi nel settore sociale così come riportato nelle linee guida sulla riorganizzazione dell'ambito sociale approvate nel giugno del 2006.

### **3. Le nuove modalità di riparto dei fondi**

Conseguentemente a quanto sopra accennato, il riparto dei fondi non sarà più diretto, prevalentemente ai singoli comuni, ma vedrà come soggetto principale l'Ambito Sociale.

Tale percorso, concertato con le autonomie locali, viene attuato in un periodo di tempo, orientativamente di tre anni, entro il quale la quota destinata ai Comuni sarà riconvertita progressivamente in quota di Ambito Territoriale Sociale.

- L'obiettivo primario da raggiungere è quello di una razionalizzazione delle risorse in un'area sovracomunale, attraverso l'unificazione degli appalti, nella logica di realizzare una più equa distribuzione dei servizi su tutto il territorio di Ambito, con soluzioni adeguate alle singole specificità territoriali. In tale nuovo percorso la concertazione di Ambito diventa non più un atto formale, ma una condivisione reale e diretta dell'uso delle risorse disponibili.
- In tale ottica verranno riviste anche le modalità di riparto dei vari fondi di settore: nidi di infanzia, minori in comunità, interventi per i disabili, strutture sociali, ecc.. Anche per questi il passaggio dall'ottica comunale a quella di Ambito è un passaggio obbligato, che presuppone, tuttavia, una definizione dettagliata dei bisogni di ogni singolo Ambito a cui legare i finanziamenti. Ad ogni Ambito dovrà essere assegnato un budget dedicato per la realizzazione di una serie di interventi necessari alla soluzione dei problemi specifici dei vari settori, in relazione a parametri omogenei territoriali. Alla individuazione degli obiettivi corrisponderà un controllo periodico del raggiungimento degli stessi in correlazione al ricalcolo dei successivi fondi con meccanismi incentivanti o disincentivanti.
- I parametri per la ripartizione dei fondi saranno differenti tra il fondo unico ed i fondi dedicati a settori specifici. Per il fondo unico rimarranno sostanzialmente quelli già utilizzati attualmente, che si basano sul numero degli abitanti e sull'estensione del territorio, integrati da quote dedicate ai comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti (quota aggiuntiva 5% del fondo) e ai comuni ubicati in aree montane (quota aggiuntiva 8% del fondo).
- Per i fondi di settore il parametro principale riguarderà il numero dei soggetti a cui sono rivolti gli interventi, eventualmente integrato da correttivi per i comuni piccoli ed i comuni montani. La sommatoria dei valori comunali andrà a comporre il budget di Ambito.
- Per quanto riguarda la tempistica di riparto la Regione si impegna a favorire una programmazione seria delle risorse tale da consentire la realizzazione degli obiettivi declinati nei Piani di ambito sociale attraverso: 1. un accorpamento della distribuzione delle risorse relative alle normative di settore assieme a scadenze bandi e rendicontazioni; 2. l'approvazione del riparto del fondo unico regionale a inizio anno assieme al riparto del fondo unico nazionale compatibilmente con la tempistica di trasferimento da parte del governo nazionale.

## IV Consolidamento e innovazione dell'assetto operativo

Il consolidamento dell'assetto istituzionale comporta l'individuazione di strategie che portino al superamento dei nodi critici individuati precedentemente nei seguenti contesti:

- Qualificazione degli uffici di promozione sociale.
- Costruzione di linee guida sull'accesso ai servizi in termini di equità.
- Riordino del sistema delle figure professionali sociali in accordo con i servizi della salute e della formazione professionale.
- La prosecuzione dei processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie già avviati.
- Riordino del sistema tariffario regionale.

### IV.1 Gli Uffici di Promozione Sociale

#### Contenuti della "funzione UPS"

Il Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali del 2000 individuava gli UPS tra le "prestazioni e le risorse fondamentali" affidandogli funzioni di promozione, accesso, ascolto, orientamento nei confronti delle comunità locali.

Le prime "Linee guida per l'attuazione del Piano sociale" approvate nel 2001 li definiscono quale "nodo fondamentale della rete dei servizi" in quanto soggetto in grado di verificare l'adeguatezza della rete dei servizi alle esigenze della comunità".

Le "linee guida per la realizzazione degli uffici di promozione sociale", approvate successivamente prefigurano l'organizzazione di un unico punto di accesso per gli interventi sociali e di integrazione socio-sanitaria attraverso la costituzione di luoghi, ben individuabili dai cittadini, capaci di offrire informazioni e risposte ai bisogni complete e orientate alla domanda specifica.

All'interno di questa cornice di riferimento, si prevede l'individuazione e la formalizzazione di modalità di raccordo con tutti gli altri sportelli informativi presenti sul territorio (patronati, del non profit, ecc.) per inserirli in un sistema territoriale complessivo integrato.

L'UPS assicura la lettura ed osservazione dei bisogni, il monitoraggio e la promozione delle risorse del territorio, l'ascolto, l'orientamento, l'accompagnamento e la presa in carico dei cittadini, l'informazione sui diritti, le prestazioni e le modalità d'accesso ai servizi pubblici e privati, la trasparenza nei rapporti tra cittadini e servizi, la possibilità di presentare reclami.

Lo svolgimento di tali funzioni richiede la definizione di un Ufficio di Promozione Sociale articolato in: Sportello informativo (di accoglienza e ascolto), Servizio sociale professionale (di presa in carico), Promozione sociale e tutela e difesa dei diritti.

- Un primo livello di prestazioni interviene sul miglioramento qualitativo del sistema di "Informazione ai cittadini" chiamato a svolgere le funzioni di Sportello informativo (di accoglienza e ascolto). Esso: 1. Costituisce il vero e proprio "punto unico di accesso" a cui il cittadino può rivolgersi per ogni tipo di problema ed è quindi di facile raggiungibilità, privo di barriere architettoniche, accogliente e dotato di ogni tipo di informazione sui servizi esistenti, sulle caratteristiche e qualità degli stessi, sulle procedure per accedervi; 2. È gestito da operatori specializzati con compiti di: accoglienza, ascolto, informazione, orientamento e accompagnamento, servizio disbrigo pratiche; 3. Il personale svolge funzioni di primo ascolto e ha capacità generali di decodificazione dei bisogni e di individuazione di percorsi possibili e concreti per intervenire immediatamente sulla domanda (orientamento); 4. A fronte di domande semplici fornisce risposte immediate e dirette mentre a fronte di domande complesse deve poter offrire informazioni dettagliate ed esaustive sulla rete territoriale dell'offerta dei servizi a carattere più sociale e collegamenti con servizi pubblici e del personale specializzato capaci di offrire supporto specialistico in grado di affrontare con serietà il bisogno (vedi "Servizio Sociale professionale" di seguito descritto); 5. Offre servizi di "disbrigo pratiche": certificazioni ISEE,

assistenza per la compilazione delle domande di accesso alle strutture sociali dei Comuni e modulistica varia. Potrebbe, in prospettiva potenziare questa offerta coinvolgendo, previo accordo, strutture già esistenti e operative del privato sociale. Altresì vanno coinvolti gli enti di patronato maggiormente rappresentativi che operano su specifico mandato di patrocinio; 6. È dotato di un sistema di prenotazioni unico per tutte le strutture e fornisce informazioni sulle modalità per il contributo e la retta relativi alle prestazioni ed ai servizi richiesti; 7. Raccoglie le segnalazione dei cittadini sulle disfunzioni e inadempienze della rete dei servizi; 8. Supporta la lettura delle trasformazioni della domanda e delle necessarie innovazioni da apportare alla rete dei servizi in collaborazione con il livello di “Promozione sociale” successivamente descritto.

- Un secondo livello di prestazioni dell'UPS interviene sui bisogni individuali e/o familiari complessi decodificati attraverso il Servizio sociale professionale (*con funzioni di presa in carico*). Si tratta del secondo livello a cui inviare le situazioni di maggiore complessità sociale da parte dello sportello informativo attraverso modalità coordinate di “continuità assistenziale” tra i due livelli di funzioni. È gestito dalle Assistenti Sociali, con compiti di: valutazione multidimensionale dei problemi delle persone e delle famiglie anche in senso multidisciplinare socio-sanitario e di relazione e rapporto con l'ambiente di vita; elabora il progetto personalizzato – con verifica delle risorse utilizzabili dalla persona sia all'interno della famiglie che sul territorio - e l'accompagnamento nel percorso stabilito. A seconda della complessità rilevata da un colloquio più approfondito, la domanda potrà ottenere risposta diretta o l'invio a personale dei servizi sociali o socio-sanitari e, di seguito, a servizi territoriali pomeridiani, diurni, residenziali o domiciliari in base al progetto personalizzato. È prevista infine un 'attività di monitoraggio e di valutazione dei processi e dei risultati.
- Un terzo livello di prestazioni interviene invece sul livello della Promozione sociale. Questo è il livello che deve promuovere “dal basso” la rete dei servizi territoriali all'interno della programmazione dell'ATS in base alle reali necessità rilevate ed alla capacità di risposta dei servizi esistenti. Costituisce inoltre il livello più “territoriale” di quelli previsti all'interno dell'UPS e svolge compiti di mappatura delle risorse individuali e comunitarie presenti nel territorio (volontariato, associazioni di promozione, parrocchie etc.), attivazione e sviluppo della rete sociale comunitaria, promozione delle attività di auto mutuo aiuto solidale anche con il vicinato, comunicazione sulle iniziative intraprese dalle strutture sociali del Comune. Il Livello della promozione sociale infine deve operare in stretto contatto con i livelli precedenti e con le varie realtà attive sul territorio al fine di produrre sistemi di “tutela dei diritti” e di protezione sociale diffusi e condivisi. Deve garantire ampia collaborazione con i servizi esistenti e con le varie professionalità sociali e socio-sanitarie.

L'insieme delle attività svolte dall'UPS e dalla rete di sportelli collegate dovranno essere adeguatamente supportate dal sistema informativo gestionale di ATS, sia per conseguire un efficace livello di comunicazione con i cittadini e con i diversi attori sociali, sia per garantire una gestione efficiente del servizio che ponga il cittadino al centro del processo di ascolto – accoglienza - presa in carico, informatizzando le procedure fin qui gestite con modalità cartacee - manuali (bandi, bollettazione, domande di accesso, etc.), con indubbe ricadute positive sia sulla produttività dei servizi, sia sulla trasparenza e sulle possibilità di fruizione da parte dell'utenza.

In questa ottica la raccolta dei dati non deve essere vista come una attività aggiuntiva, onerosa e fine a se stessa, ma come una fase organica del processo lavorativo funzionale sia alla fornitura del servizio sia al monitoraggio dei risultati.

In questo contesto operativo si colloca la cartella sociale informatizzata che costituisce lo strumento di lavoro-monitoraggio del servizio sociale professionale e la cui implementazione è finalizzata ai seguenti principali obiettivi: omogeneizzare le metodiche del lavoro sociale professionale; favorire l'unificazione del linguaggio professionale e della classificazione degli interventi e delle prestazioni; favorire l'integrazione delle informazioni sociali con quelle afferenti alle altre professionalità sanitarie (psicologi, medici, terapisti, etc.) che concorrono in fase di valutazione multidisciplinare; archiviare e storicizzare gli interventi per poter disporre di una visione integrata degli interventi effettuati sulla persona e sulla famiglia.

Per quel che concerne l'area di comunicazione con gli utenti-cittadini e con gli attori sociali, il sistema dovrà garantire l'accesso on line da parte dei cittadini per:

- la consultazione delle informazioni disponibili: (mappa dei servizi-interventi e degli enti-attori sociali; carta dei servizi; regolamenti di accesso, modulistica, bandi di gara, etc.);
- la gestione via web degli iter burocratici: compilazione domande di accesso, effettuazione pagamenti bollette, etc.

Per quel che concerne, l'area della gestione delle attività operative dei servizi dell'ATS, il sistema garantisce:

- la gestione e l'aggiornamento della mappa dell'offerta di interventi e servizi e di tutti i documenti collegati: carta dei servizi; regolamenti; modulistica; etc.;
- la gestione del sistema di autorizzazione, accreditamento e convenzionamento dei servizi operativi sul territorio dell'ATS;
- la gestione dei dati relativi all'utenza (dati anagrafici dell'utenza e del nucleo familiare) e la gestione dei relativi percorsi-processi all'interno del sistema dei servizi (richiesta di informazione\orientamento, domanda di accesso ai servizi, valutazione del bisogno dell'utente, progettazione dell'intervento, presa in carico, invio\accesso dell'utente al sistema degli interventi\servizi, rivalutazione dell'utente, dimissione dell'utente) assicurando i necessari interscambi informativi tra i diversi operatori pubblici e privati della rete dei servizi;
- la gestione della certificazione ISEE per l'accesso agevolato al sistema degli interventi e dei servizi (ISEE);
- la gestione delle attività di bollettazione e pagamento utenza;
- il monitoraggio del sistema, con indicatori funzionali a misurare gli obiettivi di efficienza e di efficacia assunti.

Il Sistema UPS, organizzato in base alle funzioni attribuite dagli atti regionali all'Ufficio di promozione sociale, è coordinato dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ufficio di Piano in veste di "governo tecnico" del sistema deputato a svolgere il coordinamento generale e il monitoraggio delle attività svolte dai vari livelli del Sistema, a tenere i rapporti con altri servizi ed enti esterni, a verificare il livello di integrazione del sistema proposto come parte dell'UPS con la rete dei servizi e la capacità di garantire al cittadino i livelli di continuità tra il livello informativo, la presa in carico, la verifica dell'efficacia delle soluzioni adottate, a verificare infine i bisogni formativi del personale impiegato al fine di garantirne il massimo della professionalità e motivazione.

#### Obiettivi di breve periodo:

1. Definizione di modalità e prassi condivise di accoglienza, informazione e accompagnamento/orientamento dell'utente;
2. Implementazione e aggiornamento della banca dati (consultabile via web) dei servizi-interventi sociali (completa di carta dei servizi) e degli enti-attori sociali operativi nell'ATS, in sincronismo con l'aggiornamento dell'analoga banca dati regionale;
3. Attuazione dell'accesso territoriale unico, diffuso e capillare con figure dedicate e professionalmente formate;
4. Potenziamento del livello della Promozione sociale sul territorio in stretto collegamento con i servizi sociali e socio-sanitari.

#### Obiettivi a medio e lungo periodo e strumenti:

1. L'integrazione dell'Ufficio di Promozione Sociale con lo Sportello della Salute al fine di attivare una unica porta di accesso ai servizi sociali e sanitari territoriali all'interno del sistema integrato dei servizi di welfare.
2. Realizzazione, all'interno del sistema informativo gestionale di ATS, del modulo per la gestione operativa dell'attività dell'UPS.

Per la definizione ed organizzazione degli UPS possono essere indicati gli strumenti dei protocolli d'intesa o delle convenzioni:

- con le organizzazioni sindacali e gli istituti di patronato (legge 152/2001) presenti sul territorio regionale e locale maggiormente rappresentative per articolare e coordinare le funzioni di informazione, ascolto e accoglienza, orientamento, accompagnamento e monitoraggio (in stretto rapporto con l'Osservatorio Regionale per le Politiche Sociali), oltre che di assistenza e tutela per l'accesso ai servizi e il conseguimento delle prestazioni secondo procedure, anche telematiche, definite e su specifico mandato di patrocinio del cittadino; inoltre, come ulteriore coinvolgimento degli Istituti di Patronato, sopra richiamati, in riferimento all'art. 13 della legge 328/2000 (adozione della Carta dei Servizi Sociali) e della legge 30 marzo 2001, n.152 (nuova disciplina per gli Istituti di Patronato e di assistenza sociale) lo svolgimento di un ruolo, nell'ambito dell'azione di tutela dei cittadini e degli utenti, teso alla qualificazione del servizio offerto nonché alla trasparenza nell'erogazione;
- con la componente sanitaria regionale e territoriale per l'organizzazione integrata delle fasi di valutazione, presa in carico, elaborazione del progetto personalizzato con la possibilità di accordi con strumenti di ascolto promossi dall'associazionismo e dal privato sociale per alcune problematiche specifiche;
- con l'associazionismo di base per la definizione e la promozione della cittadinanza attiva.

La realizzazione degli UPS si sostanzia nella implementazione di un sistema articolato di "punti di accesso" alla rete dei servizi per le persone e le famiglie.

Il sistema di cui sopra deve tenere conto di:

- una massima articolazione territoriale per le funzioni di informazione, accoglienza e ascolto, servizio disbrigo pratiche, erogazione di alcune prestazioni di base e concessione di spazi per l'autorganizzazione dei cittadini;
- una articolazione almeno a livello di Ambito/Distretto per le funzioni di accompagnamento e presa in carico.

## ***IV.2 Un accesso equo ai servizi***

La Regione indica nello strumento dell'ISE-ISEE il metodo di calcolo da utilizzare per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, a richiesta individuale, per la parte non coperta dal Sistema Sanitario Regionale, nonché per la fornitura di servizi e per i trasferimenti monetari diretti e indiretti.

L'ISE-ISEE va attivato a livello di Ambito Territoriale Sociale con accordi condivisi fra i responsabili degli Enti Locali dell'Ambito e con il coinvolgimento dei rappresentanti locali del mondo del lavoro nonché degli enti e soggetti di cui alla legge 328/2000 art. 1.

La Regione si impegna nel corso del triennio a:

- applicare le indicazioni riportate nel testo dell'accordo siglato dalle Regione Marche con le OO.SS.RR. e con l'ANCI il 1° agosto 2007;
- predisporre un'indagine sull'applicazione dello strumento ISEE nelle Marche, sulle buone prassi in corso e sui costi di un'eventuale applicazione dello strumento a livello di Ambito in relazione alle soglie di compartecipazione, alle modalità di contribuzione degli utenti, alla definizione di nucleo familiare;
- predisporre e approvare un apposito atto di indirizzo con introduzione, in via sperimentale, di un sistema ISEE a livello di Ambito sulla base di un accordo con le parti sociali e gli Enti locali.

## ***IV.3 Un riordino del sistema delle figure professionali sociali***

Il riordino del sistema delle figure professionali prevede la ripresa di un processo avviato gli anni scorsi e riepilogato in altra parte del presente Piano sociale regionale.

La complessità della materia e l'assenza di indicazioni da parte del livello nazionale, se pur previste dalla legge 328/2000 hanno portato la Regione Marche a muoversi su alcune linee direttrici che costituiscono gli obiettivi da raggiungere nel prossimo triennio:

- Approvazione atto deliberativo che riordini i percorsi formativi e definisca una disciplina unitaria delle attività formative relative al conseguimento della qualifica di Operatore socio-sanitario” e successivo avvio dei corsi privilegiando la riqualificazione del personale già impiegato al fine di adeguarlo ai criteri organizzativi e di personale previsto dai regolamenti di autorizzazione della l.r. 20/2002;
- Avvio tavolo congiunto tra servizio politiche sociali, servizio salute e servizio formazione professionale in accordo con le università marchigiane (vedi accordo) e gli istituti di istruzione superiore per la stesura del repertorio delle professioni sociali e per definire le priorità formative in base alle politiche di welfare regionale.

#### ***IV.4 Lo sviluppo dei processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture socio-sanitarie***

La l.r. 20/2002, attraverso gli strumenti dell'autorizzazione e dell'accreditamento, ha posto le basi per un profondo processo di trasformazione e riqualificazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale rivolti a minori, disabili, anziani e persone con problematiche psico-sociali. L'obiettivo primario è garantire la qualità delle prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie erogate ai cittadini marchigiani.

La prima fase del percorso attuativo della legge ha interessato:

- la regolamentazione dei criteri e delle procedure per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture operanti e di quelle di nuova istituzione;
- la definizione dei requisiti funzionali, strutturali e organizzativi minimi richiesti per ogni tipologia di struttura;
- la formazione e l'accompagnamento delle commissioni di Ambito incaricate di verificare il possesso dei requisiti ai fini del rilascio, da parte del comune, della autorizzazione.

Il percorso, avviato con il reg. n. 1/2004 successivamente modificato e integrato con il reg. n. 3/2006, non è ancora concluso e sta impegnando fortemente tutti i soggetti gestori, pubblici e privati, nell'adeguare le strutture e i servizi agli standard richiesti.

La seconda fase di attuazione della legge riguarderà la definizione delle procedure e dei requisiti per l'accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali con un forte accento sulla qualità dei processi organizzativi ed assistenziali. Questa fase, da realizzare in tempi brevi, costituirà una premessa ed una esperienza importante per definire un modello di autorizzazione ed accreditamento esteso a tutte le tipologie di servizi sociali territoriali.

La Regione si impegna, nell'arco del triennio, a portare a compimento i processi di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali attraverso un confronto costante e aperto con tutti gli attori del sistema sociale, mirato a condividere metodologie di analisi, raccogliere contributi ed esperienze, diffondere buone prassi, predisporre un repertorio di indicatori significativi, sensibili alla qualità sociale, per il raggiungimento delle migliori performance funzionali e organizzative in termini di qualità ed efficacia.

##### L'autorizzazione

Il processo di autorizzazione delle strutture e dei servizi deve essere portato a compimento e monitorato costantemente per esigere il raggiungimento ed il mantenimento degli standard funzionali, strutturali e organizzativi previsti dalla regolamentazione vigente.

Gli interventi prioritari riguarderanno l'approvazione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni contenute nel reg. n. 3/2006:

- definizione dei percorsi formativi e dei crediti necessari per la riqualificazione del personale con funzioni tutelari;

- pianificazione e attivazione dei corsi di formazione per operatori socio-sanitari;
- definizione di percorsi di formazione/aggiornamento per il personale con funzioni educative;
- definizione di indirizzi, modalità e tempi per l'adeguamento delle strutture per disabili che accolgono utenza con tipologia diversa ed in numero superiore a quanto previsto per ogni tipologia di struttura;
- individuazione dei titoli di studio, relativi al vecchio e nuovo ordinamento universitario, riconosciuti validi per svolgere le funzioni di coordinamento ed educative;
- individuazione dei corsi di formazione professionale riconosciuti validi per svolgere la funzione educativa.

Una particolare attenzione sarà dedicata alla verifica del percorso di adeguamento delle strutture e dei servizi per il soddisfacimento di tutti i requisiti di autorizzazione e spiccatamente di quelli che incidono sulla risposta quali-quantitativa ai bisogni assistenziali:

- l'accesso alla struttura a seguito della valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno e della appropriatezza del percorso assistenziale;
- la progettazione personalizzata, condivisa con i servizi sociali e sanitari territoriali, con esplicitazione di obiettivi, metodologie di intervento, strumenti, azioni, valutazioni periodiche e verifiche di risultato;
- la dotazione del personale adeguata rispetto al numero ed alla tipologia dell'utenza, ai progetti di intervento, alla organizzazione delle attività, alle esigenze di tutela e sicurezza;
- la qualificazione delle figure professionali;
- l'applicazione e il rispetto dei contratti di lavoro;
- il collegamento con la rete dei servizi e le risorse del territorio;
- l'adeguamento strutturale di camere, servizi igienici e locali di soggiorno nei tempi programmati;
- la funzionalità dei servizi generali;
- il rispetto degli impegni assunti con la carta dei servizi;
- la documentazione.

### L'accreditamento

La l.r. 20/2002 non pone limiti nell'accesso all'accreditamento che rimane subordinato al possesso dei requisiti richiesti e condizione indispensabile per instaurare rapporti con il servizio pubblico. La norma non lega direttamente l'accreditamento alla valutazione del fabbisogno sociale, fatto salvo il riferimento alla programmazione regionale delle strutture protette per anziani e disabili.

L'orientamento della Regione Marche, caratterizzata da una fortissima presenza di gestori pubblici di servizio, è verso un modello di accreditamento qualitativo, strumento dinamico per la promozione ed il miglioramento della qualità dei servizi. Tale orientamento, comunque, necessita di essere implementato con atti di governo tesi a precisare meglio la configurazione dell'accreditamento rispetto a:

- programmazione del fabbisogno (regionale - area vasta - ambito), selezione dell'offerta e modalità di affidamento dei servizi;
- regolazione del rapporto tra enti pubblici e soggetti erogatori di servizi (accordo contrattuale);
- opportunità di scelta per il cittadino.

Costruire un sistema di qualità nei servizi sociali, significa predisporre un insieme di regole, procedure, incentivi e controlli atti ad assicurare che gli interventi e i servizi sociali siano orientati alla qualità, in termini di adeguatezza ai bisogni, efficacia delle metodologie, utilizzo ottimale delle risorse professionali impiegate, sinergie con servizi e risorse del territorio, valutazione dei risultati, apprendimento e miglioramento continuo.



L'investimento sulla qualità è una opzione culturale irrinunciabile e dovrà coinvolgere tutti gli attori che interagiscono nel sistema dei servizi a livello istituzionale e operativo: regolatori, gestori, operatori, utilizzatori, associazioni di tutela, formazioni sociali.

Il dibattito sulla qualità dovrà essere indirizzato a:

- definire gli ambiti e i criteri di qualità con particolare attenzione all'analisi dei processi organizzativi e assistenziali (input, output, outcome, accessibilità e appropriatezza), ai livelli di qualificazione tecnico-professionale degli operatori, agli aspetti gestionali, al gradimento degli utilizzatori;
- selezionare requisiti di qualità incisivi, esigibili e misurabili correlati ai processi ed ai risultati finali dell'assistenza secondo modalità sequenziali applicabili sia ai servizi residenziali che territoriali;
- individuare procedure, modalità e i soggetti competenti per la verifica iniziale e periodica dei requisiti.

Il regolamento regionale in materia di accreditamento delle strutture e dei servizi a ciclo residenziale e semiresidenziale dovrà raccogliere le indicazioni dei tavoli della qualità ed, inoltre, prevedere:

- adozione di strumenti di valutazione della qualità dei servizi (manuali, protocolli, linee guida);
- procedure di valutazione dei requisiti di accreditamento;
- formazione dei valutatori;
- programmi di incentivazione e piani di formazione per sostenere l'applicazione delle norme e dei requisiti di qualità ed il miglioramento continuo;
- differenziazione dei livelli di accreditamento (a punti) con soglia di accesso all'accordo contrattuale;
- modalità e strumenti per la gestione dei flussi informativi;
- albo regionale delle strutture e dei servizi accreditati;
- funzione di vigilanza e controllo sul funzionamento delle strutture.

Con successivi provvedimenti si dovrà estendere l'accreditamento a tutti i servizi territoriali non regolamentati dalla l.r. 20/2002 e dalla l.r. 9/2003.

#### ***IV.5 Il riordino del sistema tariffario regionale***

L'attuazione della l.r. 20/2002, dopo l'individuazione per ogni area di intervento di diverse tipologie di struttura con requisiti funzionali e organizzativi calibrati sui bisogni ed i percorsi assistenziali, impone la definizione di un sistema tariffario ordinato e coerente agli standard ed alle prestazioni richieste.

La Regione si impegna per una politica tariffaria più equa e più equamente ripartita tra costi alberghieri e quota sanitaria.

La costruzione del sistema tariffario seguirà un percorso di ampio coinvolgimento degli Enti Locali, dei soggetti gestori, delle associazioni di tutela e delle parti sociali per analizzare e valutare tutti i fattori che incidono nella produzione ed erogazione dei servizi:

- definizione di un modello integrato socio-sanitario di organizzazione e modulazione dell'offerta di prestazioni fondato sull'appropriatezza e la flessibilità quali-quantitativa degli interventi in base a:
  - a) natura ed entità del bisogno;
  - b) tipologia del progetto;
  - c) intensità assistenziale;
  - d) complessità dell'intervento;

- definizione dei parametri per la composizione, la pesatura e il costo dei fattori produttivi delle prestazioni e dei servizi relativi a:
  - a) personale (figure professionali sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali, addetti ai servizi generali);
  - b) costi alberghieri (vitto, lavanderia e guardaroba, pulizie);
  - c) spese dirette per gli utenti (materiale per attività didattiche, di animazione e socializzazione, vestiario, trasporti);
  - d) spese di gestione del servizio;
  - e) costi di tipo strutturale;
  - f) costi di amministrazione;
- definizione dell'incidenza dei fattori di costo per tipologia di prestazione e di servizio;
- definizione di profili tariffari per tipologia di prestazione e di servizio/struttura, differenziati sulla base dell' assorbimento di risorse professionali, della complessità assistenziale, del livello di accreditamento;
- definizione delle percentuali di attribuzione della spesa in quota sanitaria e quota socio-assistenziale per ogni tipologia di prestazione e di servizio.

## **V Consolidamento e innovazione della rete socio-sanitaria**

Il consolidamento e l'innovazione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari rappresentano due degli obiettivi prioritari di questo Piano Sociale Regionale e del Piano Sanitario Regionale recentemente approvato dal Consiglio Regionale delle Marche (Deliberazione n. 62 del 31/07/07: Piano Sanitario Regionale - Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale per la salute dei cittadini marchigiani). Per questo motivo i due piani sono stati costruiti in stretto collegamento tra loro al punto da contenere una parte comune riguardante l'integrazione sociale e sanitaria centrata sulla "rete socio-sanitaria".

La recente Delibera di Giunta Regionale n. 720 del 28/06/07 ad oggetto "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali" tra l'altro definisce "il piano di lavoro e le priorità delle diverse strutture organizzative regionali e territoriali, per le proprie competenze e responsabilità, finalizzati al consolidamento e allo sviluppo del sistema integrato della rete dei servizi alla Persona di competenza sociale e di competenza sanitaria". Tra queste c'è l'"elaborazione delle Linee Guida per l'Integrazione della Rete dei Servizi alla Persona di competenza sociale e di competenza sanitaria, come capitolo unitario del Piano Sanitario Regionale e del Piano Sociale Regionale, secondo lo schema di lavoro già presentato alla Giunta Regionale."

I tempi diversi di approvazione tra il Piano Sociale ed il Piano Sanitario e l'evoluzione dell'iter di costruzione del Piano Sanitario Regionale hanno fatto sì che il capitolo sull'integrazione sociale e sanitaria del Piano Sanitario Regionale (VII Rete socio-sanitaria) non abbia seguito l'indice previsto (anche per la necessaria omogeneità con le altre parti del Piano), ma nelle linee di indirizzo e nei contenuti conferma l'unitarietà di intenti e di operatività.

Nel presente Piano Sociale quindi non si riporta il testo del capitolo relativo alla Rete socio-sanitaria del Piano Sanitario, rinviando a quel testo e, per quanto collegato e attinente, al capitolo successivo sulla Rete territoriale.

Quel capitolo viene "integrato", seguendo l'indice originario, con alcune parti specifiche che vengono di seguito citate e riprese nei contenuti essenziali dal versante "sociale" completando l'unitarietà delle "Linee Guida per l'Integrazione della Rete dei Servizi alla Persona di competenza sociale e di competenza sanitaria".

### ***V.1 Principi generali di riferimento dell'integrazione sociale e sanitaria***

La Regione Marche anche con il presente Piano Sociale riconferma l'approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute che non possono essere ridotte alla sfera della "sanità", ma vanno affrontate in una prospettiva complessiva e globale, appunto "integrata", con riferimento al benessere e alla protezione sociale.

L'integrazione sociale e sanitaria, in questa prospettiva, non rappresenta un settore a sé ma costituisce un'area comune tra sistema dei servizi sanitari e il sistema servizi sociali che va valorizzata, programmata, organizzata e gestita in modo congiunto dai "soggetti" del sociale e del sanitario.

Il modello marchigiano di integrazione sociale e sanitaria va confermato, consolidato e innovato coniugando in maniera armoniosa e organica l'opzione della Regione di mantenere la competenza sociale ai Comuni, promuovendo la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale e la competenza sanitaria al sistema ASUR/Zone/Distretti.

In questa logica vanno definite le specifiche soggettualità del "sociale" e del "sanitario", che devono essere settori entrambi forti e determinati, cui riconoscere effettiva pari dignità nella consapevolezza della presenza di "asimmetrie" istituzionali, finanziarie, organizzative.

L'integrazione socio-sanitaria, sul territorio, non può essere delegata a figure specializzate e dedicate, ma deve essere responsabilità comune degli operatori e dei professionisti sanitari e degli operatori e dei professionisti sociali.

Anche se le diverse fragilità, che rappresentano i destinatari/protagonisti principali per l'integrazione sociale e sanitaria, hanno bisogno di risposte particolari e appropriate, si privilegia l'approccio che garantisce le azioni specifiche per i diversi settori di intervento all'interno di una cornice unitaria.

Questo Piano Sociale, anche per l'integrazione sociale e sanitaria, rafforza la logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale.

Gli "orizzonti" dell'integrazione sociale e sanitaria perseguiti congiuntamente dal Piano Sociale e dal Piano Sanitario regionali sono:

- Garantire chiarezza, stabilità, continuità, innovazione all'integrazione sociale e sanitaria;
- Partire dall'integrazione socio-sanitaria che c'è, con una lettura coerente dell'assetto attuale del territorio tra sociale e sanitario;
- Collegare i livelli istituzionale, organizzativo/gestionale, professionale, territoriale dell'integrazione sociale e sanitaria.

## ***V.2 Contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria***

La definizione dei contenuti dell'integrazione sociale e sanitaria nella Regione Marche deve passare per l'armonizzazione della normativa nazionale sulla definizione delle prestazioni socio-sanitarie (d.p.c.m. 14.02.2001) e sui Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (d.p.c.m. 29.11.2001) e per l'eventuale anticipazione delle decisioni del Governo sui Livelli essenziali di assistenza sociale (ex legge 328/2000).

Questo avverrà con l'approvazione di un atto formale di recepimento, come tra l'altro previsto dal Piano di lavoro per l'integrazione sociale e sanitaria approvato dalla DGR 720/07 (punto B).

## ***V.3 Assetto istituzionale***

Il consolidamento e l'innovazione dell'assetto istituzionale a livello regionale e locale dell'integrazione sociale e sanitaria si realizzerà attraverso le seguenti azioni.

- *Individuazione dei soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria.*

Va perseguita la corrispondenza delle relazioni tra il livello politico e il livello tecnico a livello regionale e territoriale. La Giunta Regionale ha definito con la DGR 720/2007 l'assetto istituzionale: Il livello regionale dell'assetto organizzativo per l'integrazione socio-sanitaria prevede il "luogo" del Governo (programmazione e pianificazione politica) regionale dell'integrazione socio-sanitaria e il "luogo" della Progettazione e gestione dell'integrazione socio-sanitaria, la "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria.

Il Governo (programmazione e pianificazione politica) regionale dell'integrazione socio-sanitaria viene garantito dai soggetti istituzionali competenti in materia.

La progettazione e la gestione a livello regionale dell'integrazione socio-sanitaria sono realizzate dalla "cabina di regia" regionale per l'integrazione socio-sanitaria, composta dai Dirigenti del Servizio Salute, del Servizio Politiche Sociali, dell'ARS e dell'ASUR integrata da Dirigenti e funzionari dei servizi regionali competenti nelle politiche di settore.

Il livello locale dell'assetto organizzativo per l'integrazione socio-sanitaria prevede il "luogo" del Governo (programmazione) locale dell'integrazione socio-sanitaria e il "luogo" della progettazione e gestione dell'integrazione socio-sanitaria.

A livello sovrazonale per l'area socio-sanitaria si pone l'esigenza di un necessario raccordo con le attività clinico-sanitarie (che a quel livello troveranno progressivamente il riferimento territoriale omogeneo), ma soprattutto per "realizzare il network socio-sanitario che integra le realtà presenti" sul territorio, una modalità di raccordo su obiettivi di salute generali e di progettualità trasversali sia della "linea politica" che di quella "tecnico-operativa", come recita il Piano Sanitario Regionale.

*- I "luoghi" dell'integrazione sociale e sanitaria: Distretto sanitario e Ambito sociale territoriale*

Si riconferma e rafforza la scelta del livello territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali e dei Distretti Sanitari quale "luogo" privilegiato per l'integrazione sociale e sanitaria. Questa scelta, anche se è necessario verificare la dimensione territoriale ottimale ed equilibrata di Ambiti/Distretti, permette tra l'altro di superare l'ostacolo di un quadro asimmetrico tra sociale e sanitario, dove ai livelli sanitari di Dipartimento e di Zona manca un corrispettivo sociale riconosciuto.

Il rafforzamento del ruolo dell'Ambito Territoriale Sociale e del Distretto Sanitario come interfaccia dell'integrazione passa per la valorizzazione delle relative figure di riferimento che sono i Coordinatori di Ambito e i Direttori di Distretto.

Sul ruolo e sui compiti del Distretto Sanitario si confermano le scelte del capitolo sulla Rete territoriale del Piano Sanitario con riferimento soprattutto a:

- governo della domanda;
- funzione unitaria di valutazione integrata (UVI);
- presa in carico e continuità dell'assistenza;
- riorganizzazione dell'offerta.

Tali scelte si qualificano per le significative corrispondenze ed i continui rimandi al capitolo sulla rete socio-sanitaria per i temi "comuni", a conferma di una impostazione realmente integrata, equilibrata e rispettosa delle specifiche competenze sanitarie e sociali.

*- Relazioni su più livelli tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria*

Lo sviluppo e l'evoluzione dell'integrazione sociale e sanitaria dipenderà dalla capacità che i soggetti di "governo" di cui alla DGR 720/2007 potranno attivare nei territori (Distretti/Ambiti, Zone Territoriali, Area Vasta) e tra i territori le più ampie e articolate modalità di comunicazione delle informazioni e di circolazione di idee.

*- La rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari*

Obiettivo del presente Piano Sociale è la ridefinizione e la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari attraverso la chiarificazione e la specificazione tra sociale, sanitario e area comune socio-sanitaria di:

- Interventi di sostegno e accompagnamento;
- Interventi e servizi territoriali;
- Interventi e servizi domiciliari;
- Interventi e servizi semiresidenziali,
- Interventi e servizi residenziali.

Questo processo di riordino complessivo dovrà tener conto anche delle indicazioni e delle normative nazionali e dovrà coinvolgere amministratori locali, operatori sociali e sanitari del pubblico e del privato sociale, destinatari e cittadinanza attraverso percorsi di confronto definiti dai soggetti di "governo" di cui alla DGR 720/2007, anche in relazione ai punti F, G, H, I del piano di lavoro definito dalla stessa delibera.

*- Il consolidamento del sistema integrato pubblico privato dei servizi sanitari e dei servizi sociali*

Va favorito lo sviluppo di un sistema integrato dei servizi sociali e sanitari alla persona che, mantenendo al settore pubblico le funzioni di indirizzo, orientamento e monitoraggio, verifica, valorizzi la crescente presenza del terzo settore e della società civile delle Marche negli ambiti

della consultazione, della concertazione, della coprogettazione, della cogestione/corresponsabilità, del controllo partecipato.

In questa prospettiva:

- gli atti normativi regionali successivi all'approvazione del Piano Sociale dovranno favorire con incentivi e quote dedicate lo sviluppo della gestione associata (tra soggetti istituzionali) degli interventi e dei servizi dell'area dell'integrazione sociale e sanitaria, nella logica solidaristico-assicurativa contro la logica contributivo-capitaria;

- a livello regionale e locale si dovranno favorire i processi di gestione mista pubblico/privato o di affidamento dei servizi di integrazione sociale e sanitaria al privato sociale nella logica del sistema integrato pubblico/privato (con riferimento alla sperimentazione prevista dalla DGR 747/2004).

- *Il finanziamento dell'integrazione sociale e sanitaria*

Una priorità dei soggetti di "governo" - regionali e territoriali - di cui alla DGR 720/07 dovrà essere la garanzia di finanziamenti certi e adeguati ai bisogni per gli interventi di integrazione sociale e sanitaria.

A partire dall'avvio di una corretta e rispettosa politica delle tariffe, che tenga conto dei bisogni e della capacità contributive di cittadini e famiglie (cfr. punto "E" del piano di lavoro approvato dalla DGR 727/2007: Predisposizione di documenti e atti per regolare il sistema tariffario delle prestazioni socio-sanitarie e le modalità di compartecipazione alla spesa dei cittadini), la Regione Marche si impegna a definire entro il periodo di validità del Piano Sociale, in raccordo con i soggetti istituzionali che hanno competenze finanziarie nei settori sociale e sanitario un complessivo "budget socio-sanitario", che renda conto delle spese e degli investimenti effettivi in questa area comune.

- *La partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini*

Gli strumenti e le forme di informazione e partecipazione di cittadini e formazioni sociali che dovranno essere attivati ai sensi della l.r. 13/2003 per la sanità e del presente Piano per il settore sociale dovranno garantire ampi e specifici spazi e opportunità anche per gli interventi ed i servizi integrati sociali e sanitari.

#### **V.4 Programmazione integrata sociale e sanitaria**

Si auspica che alla scadenza di Piano Sanitario e Piano Sociale la Regione Marche predisponga un unico strumento di programmazione sociale e sanitaria a livello regionale. Da esso dovranno discendere in maniera più "diretta" ed organica, cioè realmente integrati, gli strumenti locali di programmazione sociale e sanitaria rimodulando il "panorama" attuale: Piano Comunitario della Salute, Piano Attività Zonali, Programma delle Attività Distrettuali, Piano di Zona.

In una logica complessiva e globale va definita e sviluppata la prospettiva del "Piano regolatore" dei servizi integrati alla persona, sia a livello regionale che, soprattutto, a livello locale per favorire un reale adeguamento della "città" ai bisogni della persona e delle famiglie.

In questa fase si conferma l'impostazione della programmazione per l'integrazione sociale e sanitaria che è stata definita e approvata nel Piano Sanitario (paragrafo VII.2.5) e si esprime l'indicazione di armonizzazione degli strumenti di programmazione territoriale sociale (Piani di Ambito) e sanitaria (Programmi Attività di Distretto) finalizzandola non solo ad integrare prestazioni e creare reti dell'offerta nel proprio ambito di competenza, ma anche per rendere operante al massimo livello possibile la collaborazione di sistema.

Per le programmazioni di settore è auspicabile che si passi da atti distinti ma coordinati in ambito sanitario e in ambito sociale, con allineamento unitario, a programmazioni di settore integrate (per la parte socio-sanitaria) sempre all'interno di una cornice unitaria definita dai livelli locali di governo nell'ambito delle indicazioni regionali.

## **V.5 Processi, percorsi, procedure**

- *La definizione e la implementazione dell'assetto organizzativo operativo* L'unitarietà della integrazione di interventi e servizi dell'area socio-sanitaria si può garantire definendo processi, percorsi e procedure per le principali funzioni comuni ai diversi settori di intervento, che potranno trovare le necessarie specificità e contestualizzazioni solo all'interno di un quadro coerente ed organico.

Le funzioni comuni ai settori su cui si confermano l'impostazione e gli indirizzi dati dal Piano Sanitario (cfr. VII.5 Pianificazione delle azioni) sono le seguenti:

- Accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (PUA);
- Area logica della valutazione integrata (UVI);
- Area logica della presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata.

Su questa linea si impegna la "cabina di regia" regionale per l'integrazione sociale e sanitaria di cui alla DGR 720/2007 a dare priorità al punto "C" del piano di lavoro definito nella stessa delibera: "Predisposizione di un atto di regolamentazione di: accesso, valutazione, continuità assistenziale integrati tra i servizi sanitari e i servizi sociali".

- *Standard di intervento e di prodotto*

Il miglioramento della adeguatezza della struttura di offerta per le prestazioni socio-sanitarie gestite, in maniera integrata, dai servizi sociali e dai servizi sanitari si garantisce anche con la progressiva definizione di standard di intervento e di prodotto.

Presupposti per questo processo sono:

- il recepimento e l'integrazione della normativa nazionale sull'integrazione socio-sanitaria (cfr. paragrafo precedente V.3);
- la rimodulazione dell'offerta dei servizi sociali e sanitari (cfr. paragrafo precedente V.3);
- il coinvolgimento dei professionisti dei settori sanitario e sociale in una logica multiprofessionale e interdisciplinare.

Il Piano Sociale impegna la "cabina di regia" regionale per l'integrazione sociale e sanitaria di cui alla DGR 720/2007 ad avviare sperimentazioni sulla definizione di standard di intervento e di prodotto per quelle tipologie di azioni nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria ritenute più importanti, urgenti o esemplificative.

- *Integrazione professionale*

Lo sviluppo del "lavoro di rete" degli operatori sociali e sanitari e dei tanti soggetti gestionali, istituzionali e non, che compongono la diffusa ed articolata rete marchigiana di strutture e servizi sociali e sanitari rappresenta un impegno prioritario che dovrà essere perseguito promuovendo molteplici e articolate occasioni di incontro, scambio, approfondimento comune che siano caratterizzate da multiprofessionalità, interdisciplinarietà, multiterritorialità.

Particolare attenzione va garantita alla formazione professionale di base e alla formazione specialistica integrata degli operatori sociali e sanitari. L'Assessorato Servizi Sociali è impegnato a coinvolgere gli altri assessorati regionali competenti e i soggetti, istituzionali e non, con responsabilità nella formazione (e particolarmente le Università marchigiane) per la definizione di una progettualità unitaria e coerente a livello regionale.

## **V.6 Organizzazione e gestione**

- *Varietà e diffusione degli interventi e dei servizi sanitari e dei servizi sociali integrati*

Per consolidare e sviluppare la rete degli interventi e dei servizi sanitari e dei servizi sociali integrati sul territorio della Regione Marche è indispensabile che a livello centrale e decentrato si

affronti concretamente la questione della localizzazione delle strutture di offerta per garantire l'adeguatezza e l'appropriatezza delle risposte ai diversi bisogni presenti sul territorio.

Si impegnano gli Assessorati regionali alle Politiche sociali e alla Salute a definire linee di indirizzo e vincoli di programmazione che garantiscano varietà e diffusione degli interventi e dei servizi sanitari e dei servizi sociali integrati favorendo il riequilibrio territoriale rispetto a necessità e bisogni complessivi e per settore di intervento.

*- I "luoghi" dell'organizzazione e della gestione dell'integrazione sociale e sanitaria*

Successivamente alla predisposizione ed approvazione dell'atto di regolamentazione di: accesso, valutazione, continuità assistenziale integrati tra i servizi sanitari e i servizi sociali (di cui al precedente paragrafo V.3.), potranno essere individuati e definiti con precisione i "luoghi integrati" di accettazione territoriale, valutazione, presa in carico e continuità dell'assistenza. Nel frattempo si dispone che, a livello locale, siano attivate le risorse e le azioni necessarie a preparare e predisporre l'integrazione dei "luoghi" attraverso il raccordo ed il coordinamento di organizzazione e gestione degli interventi e delle attività socio-sanitarie favorendo la maggiore copertura possibile dei territori.

## ***V.7 Integrazione sociale e sanitaria nei settori di intervento***

La parte del capitolo del Piano Sanitario dedicato alla Rete socio-sanitaria (VII.6) che affronta gli interventi di settore (materno -infantile e adolescenti; disabilità; salute mentale; dipendenze patologiche; anziani, con particolare riferimento alla non autosufficienza; altre fragilità) si riferisce alle azioni dell'area comune socio-sanitaria che si realizzeranno; in questo senso non esaurisce l'attività del sistema dei servizi sanitari e, tanto meno, l'intervento sociale in quei settori.

Le competenze pubbliche nell'ambito del sociale si sviluppano in specifiche attività ed interventi che compongono il sistema dei servizi sociali nella sua globalità, con la necessità di articolare al suo interno le necessarie specificità di settore di intervento e di contesto territoriale.

Il presente Piano Sociale conferma gli indirizzi e le azioni per l'integrazione sociale e sanitaria di settore del Piano Sanitario che considera come l'indispensabile completamento delle indicazioni, degli obiettivi specifici e delle scelte che verranno illustrate nelle sezioni del Piano Sociale dedicate ai settori di intervento e che si caratterizzano per essere specificamente connotati nell'ambito della assistenza e della sicurezza sociale.



# PARTE TERZA

## LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE DI SETTORE

### I Unitarietà dell'approccio e attenzione alle specificità

Questa parte del Piano interviene nella individuazione degli obiettivi da raggiungere nel triennio di vigenza del Piano in ordine alle politiche di settore.

Gli obiettivi indicati riprendono ovviamente i documenti regionali di programmazione delle attività dei servizi che annualmente ogni servizio è tenuto ad elaborare e che rispondono anche agli obiettivi riportati nei documenti di programmazione economica e finanziaria.

La particolarità delle indicazioni riportate di seguito sta nello sviluppo dei processi di integrazione che riguardano tre direttrici essenziali:

- In primo luogo la necessità di integrare le programmazioni di settore con i criteri programmatici generali che la Regione utilizza e che gli ambiti stessi fanno propri nei Piani di ambito sociale. Si tratta infatti di superare definitivamente la logica dell'intervento a "canne d'organo" che ha sempre caratterizzato gli interventi nel campo sociale favorendo invece un ripensamento generale della rete dell'offerta dei servizi alla persona alla luce di una seria conoscenza della complessità dei bisogni del cittadino. Le parti precedenti del Piano sono quindi strettamente collegate alle indicazioni che seguono anzi ne sono condizionate;
- In secondo luogo la necessità di integrare la programmazione sociale con quella sanitaria applicando in questa prospettiva le indicazioni illustrate nel capitolo sulla integrazione socio-sanitaria. Le parti che seguono quindi riportano interventi nei settori di esclusiva competenza sociale, ma anche nei settori di competenza socio-sanitaria limitatamente però alle parti non riportate nel capitolo socio-sanitario che comprende anche indicazioni riguardanti singoli settori di intervento;
- in ultimo l'esigenza di integrare gli interventi ed i servizi alle persone tenendo conto delle condizioni e delle dinamiche delle famiglie in cui sono inseriti. La prospettiva dello sviluppo delle politiche familiari nella regione Marche individua nelle politiche sociali un percorso privilegiato dove le famiglie rappresentano sia la cornice di riferimento complessiva delle prestazioni destinate ai singoli individui portatori di bisogni che le potenzialità delle risorse relazionali in grado di orientare e integrare le azioni dei servizi.

La programmazione sociale nei settori di intervento quindi riguarda, in questa parte del Piano:

- Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza;
- Politiche di sostegno al cittadino disabile e progetto autismo Marche;
- Politiche di tutela della salute mentale - I servizi di sollievo;
- Politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche;
- Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza;
- Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati;
- Politiche di intervento nel campo della prostituzione e della tratta;
- Politiche di inclusione sociale per adulti in difficoltà e provenienti dal carcere;
- Politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale;
- Politiche e interventi di sostegno per i cittadini marchigiani residenti all'estero.

Per ogni settore di intervento viene riportato sinteticamente, per chiarezza di esposizione:

- lo stato della situazione all'oggi attraverso l'utilizzo dei dati messi a disposizione dall'Osservatorio regionale delle politiche sociali rielaborati dai vari referenti di settore;
- l'elenco degli atti regionali approvati che costituiscono la cornice attuale di riferimento normativo entro la quale si situano gli obiettivi del presente Piano Sociale regionale;
- le principali criticità rilevate nel corso di questi anni di implementazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- gli obiettivi che si intende raggiungere nel corso del triennio di vigenza del Piano sociale che possono essere generali o specifici, di medio o di lungo periodo.

## **II Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza**

### *II.1 La situazione attuale*

L'infanzia e l'adolescenza sono oggi, più che mai, al centro dell'attenzione sia nella Regione Marche che a livello nazionale e comunitario.

Le questioni aperte, per ciò che attiene la programmazione sociale ed educativa territoriale, sono numerose: nidi d'infanzia da incrementare numericamente e qualitativamente, centri per bambini ed adolescenti da supportare dal punto di vista progettuale, adolescenza e genitorialità da accompagnare e sostenere, minori in situazioni di disagio da prendere in carico compiutamente, bambini e ragazzi fuoriusciti dalla famiglia da accogliere e reintegrare nel contesto familiare, educativo e sociale con coerenti politiche per l'affido, l'adozione e la residenzialità, ed altro ancora.

L'obiettivo principale della programmazione per l'infanzia e l'adolescenza del Piano Sociale Regionale deve dunque tenere conto di tutte le opportunità e le problematiche relative a questa area di intervento per realizzare politiche organiche per la famiglia intesa nel senso più allargato del termine e dunque per i bambini e le bambine, per i ragazzi e i giovani oltre che per i genitori promovendo progettualità coerenti con le esigenze delle comunità locali che favoriscano la nascita e la crescita di luoghi di confronto, anche intergenerazionale, al fine di dare voce a tutti e rendere possibile una ampia partecipazione attiva alla vita della comunità.

L'assunzione di responsabilità da parte degli adulti e delle istituzioni nei confronti dei più piccoli, così come nei confronti degli anziani e dei più deboli, è, eticamente e socialmente, un fatto positivo e da perseguire e le politiche sociali, socio-sanitarie ed educative regionali intendono rinviarne l'impulso anche sostenendo i carichi di lavoro a volte gravosi sopportati dalle famiglie.

L'Istat nel rapporto "Essere madri in Italia" del 2005 attesta che le donne italiane sono tra le meno feconde nel mondo sviluppato, anche se la tendenza alla continua diminuzione della fecondità femminile si è parzialmente arrestata: nel 1995 si è toccato il minimo storico di 1,19 figli per donna, per arrivare alla media attuale di 1,33 figli per donna.

A ciò si lega il fatto che l'Italia, è tra i paesi europei con meno nidi d'infanzia in assoluto:

- frequentati da meno del 10% dei bambini e molto lontana dagli obiettivi Comunitari dell'Agenda di Lisbona, che fissa la percentuale al 33% da raggiungere entro il 2010;
- è inoltre il paese con il tasso demografico e di occupazione femminile più basso.

La Finanziaria 2007 del Governo ha stabilito, in merito, stanziamenti pluriennali per mille nuovi nidi d'infanzia entro la legislatura ed ha promosso provvedimenti per l'educazione dei bambini dagli 0 ai 6 anni: il progetto "sezioni primavera" (2-3 anni) e l'accesso alla scuola dell'infanzia garantito a tutti.

In questo contesto, riportato in estrema sintesi per dare un quadro d'insieme dell'evolversi del dibattito nazionale ed europeo, si innesta anche la proposta legge di iniziativa popolare "zeroseianni" che punta a trasformare il nido da servizio individuale a servizio educativo a carico prevalentemente dello Stato e dunque a farlo divenire il primo gradino del percorso di formazione.

Il "Rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nelle Marche" del 2001 evidenziava come la Regione Marche fosse:

- una delle regioni italiane più attente all'infanzia ed all'adolescenza e che investe maggiormente in politiche a favore di questa parte della popolazione, almeno dal punto di vista quantitativo;
- una regione con un buon livello di ospitalità educativa, sociale, sanitaria ed economica nei confronti delle nuove generazioni, anche se questo livello di ospitalità non è presente in modo omogeneo in tutto il territorio.

Il Rapporto proseguiva affermando che l'ospitalità verso le nuove generazioni risulterebbe notevolmente migliorata dall'incremento di un sistematico e differenziato sostegno alla genitorialità

responsabile e consapevole, soprattutto per le famiglie giovani, appena formate, con figli piccoli, ma anche per le famiglie più "vecchie", per un sostegno alla coppia nei momenti difficili del ciclo di vita della famiglia, per un incontro e scambio tra famiglie, per un aiuto ai nuclei familiari con figli adolescenti. Ciò significa che gli interventi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza dovrebbero prevedere anche interventi di educazione degli adulti e di promozione culturale del tessuto sociale.

Conseguentemente a quanto sopra riportato e con l'obiettivo di incentivare politiche territoriali di promozione del benessere e di prevenzione delle situazioni di disagio dei più giovani la Regione Marche ha approvato nel 2003 una legge regionale n. 9 per l'infanzia e l'adolescenza e nel 2004 una Piano di azione per l'infanzia e l'adolescenza provvedimenti tesi a promuovere e strutturare servizi ed interventi coordinati al fine di fornire un sistema organico e flessibile che possa rispondere al meglio ai bisogni emergenti di bambini, ragazzi, genitori e famiglie.

Che la situazione dei servizi territoriali regionali per l'infanzia e l'adolescenza sia tutto sommato efficiente è confermato da alcune recenti analisi socio-demografiche effettuate negli ultimi anni.

Partendo da alcuni dati elaborati dall'Osservatorio regionale politiche sociali e dal Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani emerge una situazione positiva anche se non completamente uniforme su tutto il panorama regionale.

Al 31 dicembre 2005 nelle Marche risiedevano 238.647 minorenni, il 15,7% della popolazione totale; di questi oltre 39.000 nella fascia 0-2 anni, più di 91.000 in quella 3-9, 67.538 dai 10 ai 14 anni e oltre 40.000 compresi nella fascia d'età 15-17.

I servizi non residenziali attivi sul territorio regionale al 31 dicembre 2006 risultano complessivamente 678 di cui 163 Nidi d'infanzia e 98 Centri per l'infanzia, 201 Centri di aggregazione e 30 spazi per bambini e famiglie oltre a servizi di sostegno alle funzioni educative (116) e genitoriali (42) e ai servizi itineranti (28).

Il totale dei posti autorizzati inerenti i servizi Nido d'infanzia e Centro infanzia con pasto e sonno pubblici e privati, soddisfa il 16,5% della popolazione di riferimento (fascia d'età 0-2 anni).

Alcune differenze emergono se il dato viene elaborato per territorio provinciale:

- Provincia di Pesaro e Urbino: 18,4%
- Provincia di Ancona: 20,9%
- Provincia di Macerata: 13,3%
- Provincia di Ascoli Piceno: 8,1%

Occorre considerare che la media nazionale è di circa il 10% e rammentare che l'obiettivo Europeo, stabilito dall'Agenda di Lisbona, è del 33% di posti nido rispetto alla popolazione in fascia d'età 0-2 anni entro il 2010.

Nel panorama nazionale le percentuali più alte di bambini che frequentano un nido d'infanzia pubblico si registrano in Emilia Romagna e nel Veneto con valori che superano il 20%. Al contrario nelle regioni del sud si riscontrano valori decisamente inferiori alla media nazionale.

Un sistema dei servizi territoriali per la prima infanzia, quello regionale, che risulta, dunque, diffuso anche se da potenziare soprattutto nelle province di Ascoli Piceno e Macerata.

La distribuzione territoriale dei servizi a titolarità pubblica o privata dei posti autorizzati:

- Provincia di Pesaro e Urbino: pubblici 87,1% privati 12,9%
- Provincia di Ancona: pubblici 70,8% privati 29,2%
- Provincia di Macerata: pubblici 79,3% privati 20,7%
- Provincia di Ascoli Piceno: pubblici 89,5% privati 10,5%

La media regionale dei posti bambino autorizzati tra pubblico e privato è del 80% di posti pubblici e del 20% di posti privati con una netta predominanza d'investimento economico e progettuale degli Enti Locali rispetto a ditte o società private.

Per ciò che attiene le politiche di intervento rivolte agli adolescenti, oltre ai servizi territoriali promossi dalla l.r. 9/2003, nel 2005 la Giunta regionale ha approvato la D.G.R. 172 che finanziava e dava indicazioni per la predisposizione di interventi socio-sanitari di promozione del benessere e di prevenzione dalle situazioni di dipendenza da sostanze rivolti ad adolescenti.

Nel 2004 il Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani ha effettuato un'indagine conoscitiva, presso un campione rappresentativo della popolazione residente nella Regione Marche, che ha permesso di restituire risultati statisticamente significativi.

Il progetto di ricerca denominato "COMUNICARE SOCIALE. Rapporto di ricerca sulla percezione del Welfare nella Regione Marche" ha permesso, tra l'altro, di evidenziare la percezione da parte di cittadini marchigiani della qualità dell'offerta di servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza:

- i servizi del territorio rivolti all'infanzia e all'adolescenza sono giudicati positivamente dal 59% del campione e negativamente dal 24%, mentre la quota restante (il 17% del campione) non ha saputo fornire una valutazione in merito. Maggioritaria è dunque la porzione di famiglie intervistate che si dichiara soddisfatta dei servizi che interessano i minori (6 su 10);
- le valutazioni positive salgono ulteriormente nel caso in cui si prendono in considerazione esclusivamente le persone che sono entrate in contatto diretto con i servizi in questione, i cosiddetti "user", che nel campione rappresentano il 25% del totale intervistati;
- per questi ultimi la percentuale dei soddisfatti sale al 70% (+11%): ciò significa che tra gli intervistati che hanno sperimentato i servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza ben 7 su 10 hanno espresso una valutazione positiva; parallelamente si registra una flessione delle mancate risposte (che dal 17% scendono al 4%) mentre la percentuale degli insoddisfatti rimane pressoché costante (26%).

La situazione regionale descritta in precedenza presenta dunque un quadro soddisfacente in merito alla programmazione regionale e territoriale socio-educativa tesa ad incontrare i bisogni e le esigenze dei più giovani e delle loro famiglie.

Tali politiche promozionali del benessere devono però essere inevitabilmente coniugate e coordinate con la programmazione di servizi ed interventi deputati alla presa in carico di tutte quelle situazioni di disagio di bambini, ragazzi e famiglie al fine di realizzare una rete territoriale sociale, educativa e sanitaria che possa al meglio rispondere alle problematiche presenti nei Comuni e negli Ambiti territoriali sociali marchigiani.

Negli ultimi quattro anni, dall'analisi effettuata dall'Osservatorio regionale politiche sociali e dal Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, emerge un incremento di minori fuoriusciti dal proprio nucleo familiare ed affidati a famiglie o a comunità residenziali di cui non si può non tenere conto. Si è passati dai 714 interventi di affidamento a famiglie o comunità del 2003 ai 938 del 2006 con un incremento di 224 casi.

Interventi l.r. 7/1994 su minori in affido e in comunità

Anno	Totale	in affido	in comunità	di cui stranieri non accompagnati
Anno 2003	714	260	454	197
Anno 2004	760	281	479	200
Anno 2005	858	281	577	278
Anno 2006	938	321	617	304

La tabella sopra riportata evidenzia, tra l'altro, il forte ricorso a comunità residenziali, 617 interventi nel 2006, rispetto all'affidamento familiare, 321; ed inoltre fa riscontrare un forte incremento di minorenni stranieri non accompagnati, erano 197 nel 2003 per giungere alla quota di 304 nel 2006.

Questo comporta due questioni di cui tenere conto:

- la prima riguarda una scarsa attività sul territorio per la promozione e la sensibilizzazione dell'istituto giuridico dell'affidamento familiare come alternativa all'istituzionalizzazione e pone domande a cui dare risposta: è possibile riuscire a coinvolgere maggiormente le famiglie marchigiane nell'accoglienza temporanea di bambini e ragazzi che temporaneamente o in

modo permanente sono costretti a fuoriuscire dal proprio nucleo familiare? E' possibile chiamare le famiglie marchigiane ad una maggiore partecipazione alla vita sociale del proprio territorio? E' possibile incrementare il loro senso di responsabilità nei confronti di minorenni che vivono situazioni di difficoltà? Probabilmente si se il sistema dei servizi territoriali funzionasse al meglio, se fosse in grado di sostenere ed accompagnare tali percorsi, se riuscisse a sostenere tali impegni;

- la seconda riguarda i minorenni stranieri non accompagnati per i quali manca una direttiva interministeriale concernente specifiche linee guida circa le modalità, i tempi e i termini per la realizzazione dell'accoglienza. Di conseguenza non esiste, al momento, una programmazione regionale coerente se non il rispetto delle normative vigenti che prevedono la presa in carico da parte del Comune nel quale il bambino o il ragazzo viene trovato ed il suo inserimento in comunità residenziali con costi estremamente gravosi per gli Enti locali. E' possibile individuare forme più coerenti e meno onerose di accoglienza? E' inoltre possibile pensare a progetti di inserimento nel contesto sociale ed educativo di questi bambini o ragazzi? La scuola, la formazione, il mondo del lavoro che ruolo giocano in questo contesto?

In tal senso occorre rammentare che:

- la legge 28 marzo 2001 n.149 "Diritto del minore ad una famiglia" di modifica alla Legge 4 maggio 1983, n.184 "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori " rafforza il diritto del minore a crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia e a garanzia di tale diritto prevede, all'art.1, comma 3, che lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie competenze, sostengano con idonei interventi, nel rispetto della loro autonomia e nei limiti delle risorse disponibili, i nuclei familiari a rischio al fine di prevenire l'abbandono e di consentire al minore di essere educato nell'ambito della propria famiglia;
- qualora siano stati esperiti inutilmente tutti i possibili tentativi da parte dei servizi socio-assistenziali affinché la famiglia possa esprimere appieno le proprie risorse educative assicurando un ambiente idoneo alla crescita del minore, occorre promuovere e favorire il ricorso all'affidamento familiare per assicurare una famiglia, preferibilmente con figli minori, o ad una persona singola in grado di garantirgli il mantenimento, l'educazione, l'istruzione e le relazioni affettive di cui necessita;
- solo nel caso in cui non sia possibile l'affidamento è consentito l'inserimento in una comunità di tipo familiare o, in mancanza, in una struttura residenziale la cui collocazione sia preferibilmente nel luogo più vicino a quello di residenza del nucleo familiare d'origine del minore e l'organizzazione sia caratterizzata da rapporti interpersonali analoghi a quelli di una famiglia. I minori di sei anni d'età possono essere inseriti solo presso una comunità di tipo familiare. L'affidamento familiare o l'inserimento in comunità è disposta dall'Equipe integrata d'Ambito che, qualora manchi l'assenso dell'esercente la patria potestà o del tutore, provvede su disposizione del Tribunale per i minorenni. Le modalità d'attuazione dell'affidamento familiare devono tenere conto delle linee d'indirizzo stabilite con la D.G.R. 869 del 17.6.2003;
- le spese per l'intervento di affidamento familiare o a comunità, ai sensi dell'art.5, comma 4 della legge 328/2000, sono a carico del Comune nel quale il minore ha la residenza al momento della messa in atto dell'affidamento a famiglia o a comunità: previamente informato dal servizio socio-assistenziale che mette in atto l'intervento, il Comune assume l'onere del sostegno economico in favore della famiglia affidataria o gli obblighi connessi all'eventuale pagamento della retta per l'inserimento in comunità;
- gli oneri economici per gli interventi socio-assistenziali a tutela dei "minori stranieri non accompagnati", che il d.lgs. 25 luglio 1998 individua come "minorenne non avente cittadinanza italiana o di altri Stati dell'Unione Europea" che , non avendo presentato domanda di asilo, si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato privo di assistenza e rappresentanza da parte di genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano, sono a carico del Comune dove il minore viene trovato dalle forze dell'ordine;

- il d.p.c.m. del 9.12.1999 stabilisce che il Comune deve attivarsi al fine di garantire loro la tutela e il soggiorno dandone immediata comunicazione al Comitato per i minori stranieri, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, che, entro sessanta giorni, deve pronunciarsi sul rimpatrio assistito o la prosecuzione della permanenza in Italia del minore. Il periodo stabilito non viene mai rispettato ed in alcuni casi i minori rimangono a carico dell'Amministrazione Comunale fino al compimento della maggiore età;
- inoltre occorre evidenziare che gli affidamenti etero-familiari o a comunità sono quasi sempre predisposti dall'autorità giudiziaria minorile con procedura d'urgenza per cui i Comuni si trovano in difficoltà a far fronte ad impegni economici non avendone preventivato l'onere in bilancio e che si registrano ogni anno aumenti considerevoli delle rette d'accoglienza da parte delle comunità presenti sul territorio regionale;
- nell'anno 2006 il fondo regionale ha permesso di cofinanziare i Comuni fino a 5000 abitanti al 50% della spesa sostenuta mentre per quelli con popolazione superiore ai 5000 la percentuale è stata pari al 16,08%.

I minorenni fuori dalla famiglia, sia residenti nelle Marche che stranieri non accompagnati, sono persone il cui futuro da adulti è in gioco ed è strettamente legato alle opportunità che la comunità regionale e le comunità locali offrono loro.

In questa prospettiva la Regione Marche, Servizio Politiche Sociali regionale e Centro regionale di documentazione, in collaborazione con gli attori sociali, educativi e sanitari del territorio, ha attivato gruppi di lavoro per capire, orientare e dare indicazioni su tali questioni attinenti alle tematiche dell'affidamento familiare, dell'adozione e della residenzialità in comunità strettamente collegate alle opportunità offerte dai servizi che promuovono il benessere quali la scuola, i centri aggregativi e gli altri servizi previsti dalla l.r. 9/2003 e promossi dal Piano infanzia e adolescenza.

A tal fine negli anni 2002 e 2003 la Giunta regionale ha approvato due atti (D.G.R. n. 1896/2002 e D.G.R. n. 869/2003) per l'attivazione delle Equipe integrate socio-sanitarie di Ambito territoriale sociale a cui affidare la programmazione e la progettazione degli interventi rivolti ai minori fuori dalla famiglia in attinenza ai provvedimenti di accoglienza in affidamento familiare, in comunità residenziale e in adozione tenendo conto anche della necessità di coordinare e prevedere più efficaci azioni/progetti di prevenzione secondaria, fin da quando insorgono le prime difficoltà all'interno del nucleo familiare di origine del minore e/o di sostegno alle funzioni genitoriali per quei nuclei conosciuti dai servizi e già problematici per altre ragioni: difficoltà economiche, di integrazione nel contesto sociale, di esercizio delle funzioni educative, di fragilità dei genitori, etc.

Indispensabile, in questo contesto sottolineare la necessità/irrinviabilità di prevedere maggiore sintonia tra i servizi sociali e i servizi sanitari territoriali ed in particolare con il Consultorio, il Dipartimento di Salute Mentale, ed i servizi sanitari per le Tossicodipendenze.

Con lo stesso obiettivo, ed al fine di conoscere la situazione ed ottimizzare i provvedimenti e gli interventi territoriali, il Servizio ed il Centro hanno attivato il progetto Banca dati minori fuori dalla famiglia teso a migliorare l'efficacia dei percorsi socio-sanitari-educativi in termini di qualità, omogeneità e flessibilità degli interventi sul minore e di reinserimento del minore fuori della famiglia nel contesto sociale e, ove possibile, nel nucleo familiare di origine.

In generale, il sistema messo a punto, si configura quale strumento gestionale ed operativo dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza inerenti: adozione internazionale e nazionale, affido familiare, accoglienza in strutture socioassistenziali-residenziali.

Al di là degli importanti aspetti innovativi, al centro di tutto resta sempre e comunque il minore e l'ottimizzazione della gestione del suo percorso socio-educativo.

Il progetto è entrato nella fase operativa, definito il software è stata avviata la sperimentazione territoriale per l'attivazione della banca dati che dovrebbe divenire operativa su tutto il territorio regionale fin dall'inizio del 2008.

## II.2 Gli atti regionali e lo stato di attuazione

DGR 643/2004 “Sviluppo programmatico e organizzativo” per le politiche dell’infanzia, adolescenza e genitorialità:

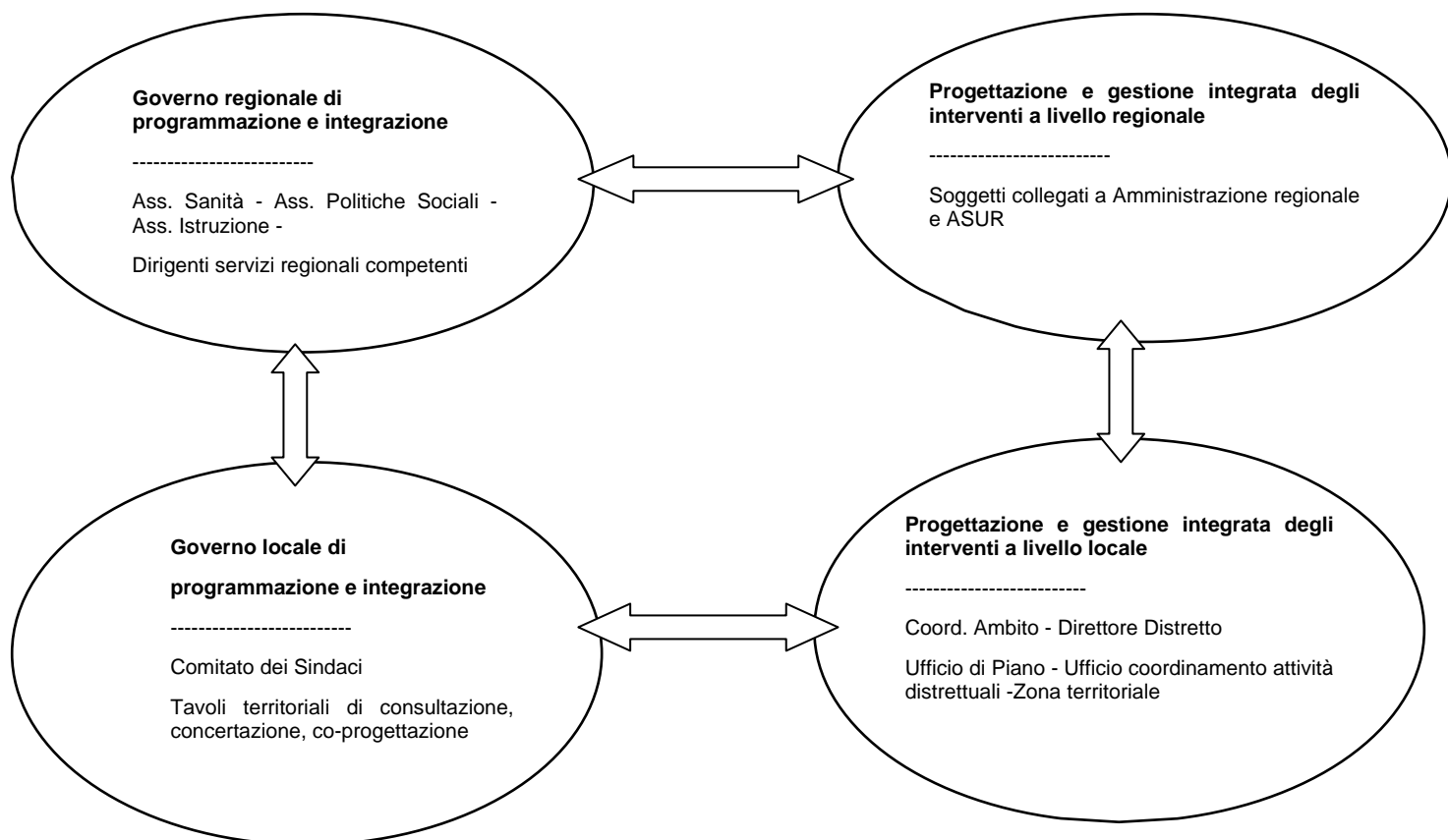
Il documento rappresenta un primo passo verso una rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie e verso la costruzione di politiche integrate, che dovranno ulteriormente estendersi e qualificarsi attraverso un processo di pianificazione integrata tra sociale e sanitario e allargando la pratica della concertazione ad altre aree della programmazione regionale.

I macro-obiettivi politico-strategici e tecnico-operativi riportati nel testo sono i seguenti:

**Obiettivi strategici:** 1. Promuovere politiche integrate; 2. Promuovere una conoscenza diffusa del quadro normativo nazionale e regionale; 3. Promuovere una cultura che assuma l’infanzia e l’adolescenza e i giovani come soggetti che esprimono bisogni propri; 4. Costruire processi di partecipazione e di decisione coerenti a livello regionale e locale; 5. Creare luoghi di confronto tra il livello regionale e locale; 6. Contribuire a sviluppare nei territori scelte integrate.

**Obiettivi operativi:** 1. Promuovere nei servizi la costruzione di una metodologia di lavoro che assuma come criterio ordinatore il bisogno di salute; 2. Incrementare il lavoro di rete nei servizi e tra servizi; 3. Favorire l’implementazione di processi integrati socio-sanitari; 4. Facilitare gli scambi e il confronto tra i territori.

Il governo del sistema dei servizi doveva puntare ad implementare i processi di partecipazione e consultazione basati su scelte di governo e di programmazione condivise sul piano politico e tecnico e sul livello regionale e livello locale sulla base di uno schema di riferimento per l’organizzazione delle decisioni della programmazione e della gestione, che si riporta di seguito:





L'organizzazione delle decisioni, della programmazione e della gestione deve darsi un assetto in grado di conciliare: l'approccio alla persona globale e non settoriale, la valorizzazione del territorio nella logica della sussidiarietà'.

Il documento collega stabilmente:

- legge regionale del 13 maggio 2003, n. 9 - Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie;
- legge regionale 15 ottobre 2002, n. 18 "Istituzione del Garante regionale per l'infanzia e l'adolescenza";
- equipe integrate: adozioni nazionali ed internazionali, affidi e istituti (D.G.R. 1896/2002 e D.G.R. 869/2003) con l'individuazione di un percorso metodologico fra le équipe stesse e gli attori territoriali. E l'attivazione, ormai prossima, di una "Banca dati minori fuori dalla famiglia" che permetterà la realizzazione di un monitoraggio costante delle attività in corso e dovrà favorire percorsi di formazione per operatori e genitori;
- intercultura: il progetto, ratificato da un Accordo di Programma tra la Giunta regionale e l'Ufficio Scolastico regionale, attraverso il coinvolgimento del Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani prevede: 1. la creazione di una rete di relazioni regionali per consentire una migliore conoscenza della condizione dei bambini, dei ragazzi e dei giovani stranieri; 2. la messa in rete delle esperienze regionali e delle altre esperienze significative nazionali ed internazionali; 3. la produzione e diffusione di materiale e documentazione; 4. iniziative di sensibilizzazione; 5. il collegamento in rete degli altri Centri specifici; 6. il supporto alla promozione di percorsi informativi e formativi;
- interventi socio-sanitari di prevenzione rivolti ad adolescenti (D.G.R. 172/2005);
- la legge regionale 20/2002 e regolamento sui requisiti per l'autorizzazione anche per strutture ricolte ai minori.

### II.3 Le criticità

Nella Regione Marche, dopo un forte investimento economico per l'attivazione dei servizi territoriali rivolti all'infanzia e all'adolescenza e l'emanazione di linee d'indirizzo per la definizione di modelli istituzionali, organizzativi ed operativi d'intervento, si è registrato un rallentamento nelle politiche e negli interventi innovativi di settore dovuti sia alla riduzione delle risorse economiche destinate, sia ai cambiamenti negli assetti istituzionali ed organizzativi.

Soprattutto negli ultimi due anni sono stati mantenuti per lo più i servizi esistenti o comunque quelli più consolidati sul territorio e sono stati privilegiati gli interventi in ambiti molto problematici o di emergenza.

Inoltre nella programmazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza non si è tenuto sufficientemente conto dell'elevato grado di complessità presente sia sul fronte della domanda sociale, con il rapido mutare dei bisogni, sia su quello dell'offerta, con i complessi legami istituzionali e organizzativi che ci sono in campo e che implicano un'attenzione non solo limitata ai settori dei servizi sociali delle pubbliche amministrazioni, ma anche al comparto sanitario, a quello educativo, dell'istruzione e all'amministrazione della giustizia.

Soprattutto il tema della separazione/integrazione degli interventi sociali e sanitari, sia a livello istituzionale che operativo, risulta essere non completamente risolto: gli accordi di programma e i protocolli operativi richiesti nelle linee guida regionali per la gestione integrata dei servizi risultano non essere compiutamente attuati.

In particolare non è stato dato debitamente seguito al modello organizzativo e alle metodologie d'intervento indicate dagli atti d'indirizzo in materia di tutela dei minori sopra citati e solo in alcune realtà sono stati definiti a livello d'Ambito/Distretto i programmi di attuazione dei servizi per l'infanzia, l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie ai sensi della l.r. 9/2003 e della DGR 643/2004.

#### II.4 Gli obiettivi

Tenuto conto che in prospettiva i finanziamenti delle leggi di settore andranno progressivamente a confluire nel budget di Ambito, il Piano di zona sociale in stretta relazione con il Piano delle attività distrettuali dovrà esplicitare e mettere a sistema tutto ciò che un territorio offre e intende offrire ai bambini e ai ragazzi nel rispetto dei loro diritti. Dovrà, inoltre, favorire lo sviluppo del loro benessere e una loro crescita “sana”.

Il Pdz d'Ambito, coordinandosi con il Pad di Distretto dovrà, in particolare, essere articolato in:

Obiettivi specifici:

1. Definire il programma di attuazione dei servizi ai sensi dell'art. 3 della l.r. 9/2003 e della DGR 643/2004 che tengano conto de:
  - a. i servizi di base, più o meno consolidati, in risposta alle situazioni di disagio conclamato,
  - b. i servizi innovativi, in risposta al mutare dei bisogni,
  - c. gli interventi e i progetti preventivi e promozionali.
2. Dare attuazione alle linee d'indirizzo regionali in tema di adozione ed affidamento familiare D.G.R. 1896/2002 e D.G.R. 869/2003:
  - a. Orientando la programmazione territoriale alla deistituzionalizzazione dei minori: rafforzando qualitativamente l'offerta delle famiglie affidatarie e delle strutture residenziali;
  - b. Potenziando e riqualificando l'area della presa in carico: equipe integrate minori fuori dalla famiglia nel contesto dell'area logica UVD.
3. Implementare l'area della prevenzione che rappresenta un aspetto centrale del sistema regionale dei servizi alla persona ed alla comunità attivando e potenziando:
  - a. la rete di promozione del benessere e della salute e la funzione di “antenna sensibile” degli attori e dei servizi presenti sul territorio;
  - b. la rete di prevenzione del disagio adolescenziale;
  - c. la rete di intercettazione del disagio e del contatto precoce con l'obiettivo di ridurre i rischi.

Obiettivi generali:

1. Promuovere una cultura che assuma l'infanzia e l'adolescenza come soggetti che esprimono bisogni propri;
2. Promuovere nei servizi la costruzione di una metodologia di lavoro che assuma come criterio ordinatore il bisogno di salute sviluppando nei territori scelte integrate e partecipate;
3. Monitorare e valutare costantemente la situazione della programmazione e dei servizi territoriali;
4. Predisporre piani formativi per gli operatori dei servizi territoriali in relazione agli indirizzi regionali.

### III Politiche di sostegno al cittadino disabile

#### III.1 La situazione attuale

La principale fonte di dati utilizzata per stimare il numero delle persone con disabilità presenti in Italia è l'indagine ISTAT sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004/2005.

Va precisato che in tale indagine viene adottato un criterio per attribuire la condizione di disabilità legato alla mancanza di autonomia della persona per almeno una funzione essenziale nella vita quotidiana. L'altro limite è che sono stati esclusi i bambini fino al quinto anno di età.<sup>2</sup> Il dato nazionale stima la popolazione disabile in 2.600.000, pari al 4,8% circa dell'intera popolazione (55.189.000).

Pertanto, la stima riferita dall'ISTAT in riferimento alla popolazione residente nella Regione Marche (1.440.000 abitanti) è del 5,2%, pari a 74.880 cittadini marchigiani di età oltre i 6 anni. Va tenuto presente che quando si stima la popolazione degli anziani "la presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età. Tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 18,7% e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e il 48,9% per le donne) tra le persone di 80 anni e più."

Più in dettaglio, sempre dalla fonte dell'ISTAT, vengono forniti dati aggregati per fasce d'età e tipologia di classificazione della disabilità.

La tabella che segue indica la stima fornita da questo ente sulla popolazione residente nelle Marche.

<b>Persone con disabilità di 6 anni e più per regione e classe di età. Anno 2004-2005. (Dati in migliaia)</b>				
	<b>Classi di età</b>			
	<b>6-64</b>	<b>65-74</b>	<b>75 e più</b>	<b>Totale</b>
Marche	10	14	51	75
<b>ITALIA</b>	<b>529</b>	<b>452</b>	<b>1.627</b>	<b>2.609</b>
Fonte: ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005				

La successiva tabella fornisce il dato disaggregato in base alle categorie utilizzate per classificare la disabilità che ci è stata fornita direttamente dall'ISTAT.

<b>Persone con disabilità di 6 anni e più per tipo di disabilità*, classi di età e regione. Anno 2004-2005. (Dati in migliaia)</b>												
	<b>Confinamento individuale</b>			<b>Difficoltà nel movimento</b>			<b>Difficoltà nelle funzioni</b>			<b>Difficoltà vista udito, parola</b>		
	<b>6-64</b>	<b>65-74</b>	<b>75 e più</b>	<b>6-64</b>	<b>65-74</b>	<b>75 e più</b>	<b>6-64</b>	<b>65-74</b>	<b>75 e più</b>	<b>6-64</b>	<b>65-74</b>	<b>75 e più</b>
Marche	5	7	26	4	7	27	6	9	41	2	2	12
<b>ITALIA</b>	<b>174</b>	<b>177</b>	<b>791</b>	<b>190</b>	<b>232</b>	<b>819</b>	<b>284</b>	<b>241</b>	<b>1.144</b>	<b>139</b>	<b>85</b>	<b>352</b>
Fonte: ISTAT, Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005.												
* Si faccia attenzione al fatto che la somma dei disabili secondo il tipo di disabilità è superiore al numero complessivo di disabili, perché una stessa persona può essere portatrice di più disabilità contemporaneamente.												

<sup>2</sup> Sempre secondo l'ISTAT, nei dati provenienti dal sistema informativo del Ministero dell'istruzione la prevalenza di bambini con disabilità che frequentano la prima classe elementare è pari all'1,32%. Possiamo stimare pertanto che complessivamente il numero di bambini con disabilità da 0 a 5 anni è pari a 42.460

La stima dei disabili residenti nelle Marche, in età compresa tra 6 e 64 anni è di 10.122 unità di cui n. 9.307 vivono in famiglia e n. 815 in strutture socio-sanitarie.

Sulla base di queste fonti e di un'indagine sulla popolazione scolastica in situazione di disabilità beneficiaria a qualunque titolo degli interventi della l.r. 18/1996 (2005) emerge che i soggetti inseriti nella scuola dell'infanzia (3<6) a settembre 2005 erano n. 402. Facendo una stima di pari entità per quelli da 0<3, dobbiamo aggiungere ai dati della tabella ISTAT circa 800/1.000 unità.

La stima è quindi di circa 11.000 persone con disabilità di età compresa tra i 0 e 64 anni.

Una riflessione interessante è che nel 2005 gli utenti che hanno beneficiato del finanziamento della l.r. 18/1996 sono stati 7.034, di cui 427 con 65 anni o più. Questo significa che dell'insieme delle persone di età compresa tra i 0 e 64 anni certificate nella nostra regione il 39,85% non ricorre in nessun modo a tali finanziamenti. Ulteriori indagini dovranno esplorare le ragioni di questo fenomeno.

Un'analisi di dettaglio con dati disaggregati possiamo farla solo sulla fonte fornita dal CRRDD (Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità) relativa al numero di persone disabili che accedono annualmente ad almeno un intervento fra quelli previsti dalla l.r. 18/1996.

Dai rapporti annuali del CRRDD emergono i seguenti dati:

<b>FASCE DI ETÀ</b>	<b>UTENTI NEL 2003</b>	<b>UTENTI NEL 2004</b>	<b>UTENTI NEL 2005</b>	<b>UTENTI NEL 2006</b>
fino a 36 mesi	61	81	59	90
da 37 mesi a 5 anni	232	267	271	358
da 6 a 10 anni	657	740	715	811
da 11 a 13 anni	417	447	470	465
da 14 a 18 anni	558	623	662	639
da 19 a 24 anni	615	595	587	559
da 25 a 29 anni	581	566	558	520
da 30 a 34 anni	677	678	662	641
da 35 a 39 anni	630	625	645	607
da 40 a 44 anni	527	605	605	597
da 45 a 49 anni	447	475	513	498
da 50 a 54 anni	352	345	367	390
da 55 a 59 anni	291	314	310	291
da 60 a 64 anni	205	205	191	189
da 65 a 69 anni	109	101	110	101
da 70 a 74 anni	106	98	89	81
da 75 a 79 anni	102	93	92	87
da 80 a 84 anni	78	70	72	84
da 85 a 89 anni	31	25	33	35
da 90 a 101 anni	15	18	23	19
<b>Totale</b>	<b>6.691</b>	<b>6.971</b>	<b>7.034</b>	<b>7.062</b>

Tabella 1 - Distribuzione degli utenti per età negli anni dal 2003 al 2006

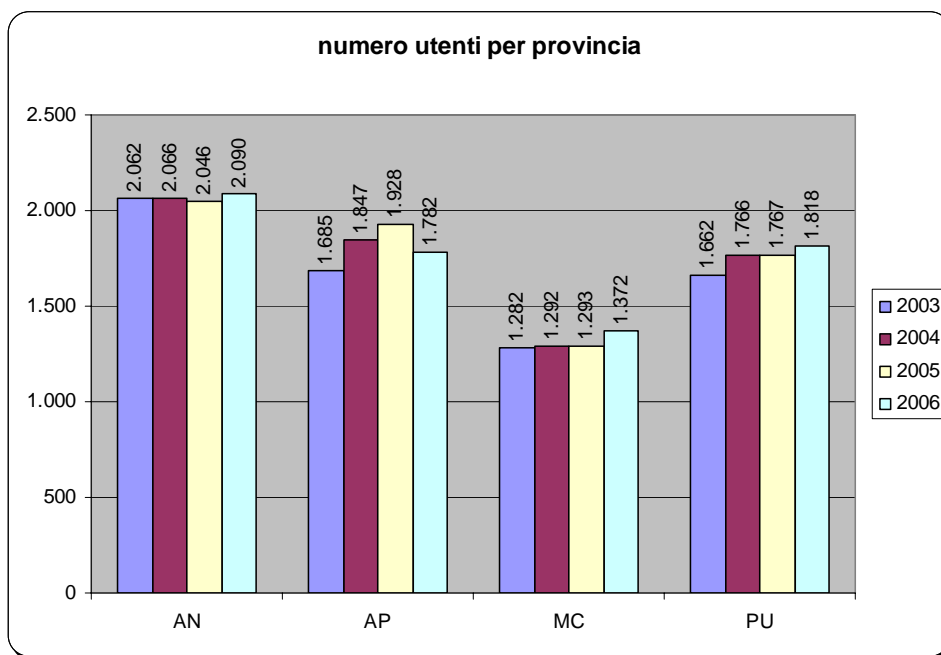


Grafico 1 - Distribuzione per provincia della popolazione di persone con disabilità richiedenti almeno un intervento di cui alla l.r. 18/1996 negli anni dal 2003 al 2006.

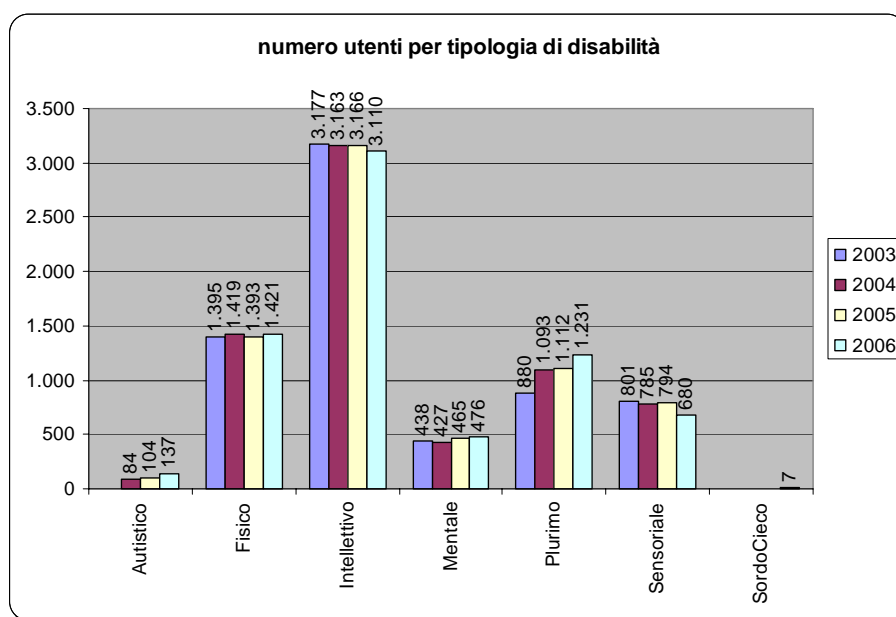


Grafico 2 - Rappresentazione delle varie tipologie di disabilità negli anni dal 2003 al 2006.

Delle n. **7.062** persone con disabilità che nell'anno 2006 hanno richiesto almeno un intervento tra quelli previsti dalla l.r. 18/1996, gli Enti locali ne hanno indicate n. **4.354** in situazione di gravità, di cui **576** risultano in situazione di particolare gravità riconosciuta dalla commissione provinciale per l'accesso al contributo di assistenza domiciliare indiretta. (Altri **346** utenti, pur essendo in situazione di particolare gravità, beneficiano della sola assistenza domiciliare indiretta ma non di altri interventi della l.r. 18/1996.).

Il grafico seguente indica, in percentuale, il numero di interventi attivati dagli Enti locali nell'anno 2006:

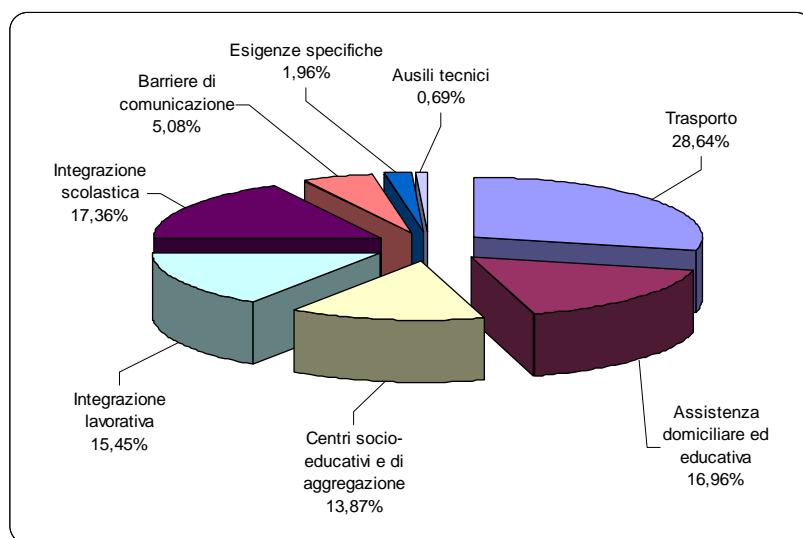


Grafico 3 – Numero di interventi attivati nel 2006

Tra gli interventi attivati dagli Enti locali meritano particolare attenzione i Centri socio-educativi diurni: sono 69 i CSE in tutta la regione, così distribuiti:

provincia	ambito	n. cse	n. x prov.
PU	1	10	24
	2	1	
	3	1	
	4	2	
	5	1	
	6	7	
	7	2	
AN	8	3	23 <sup>1</sup>
	9	7 <sup>1</sup>	
	10	1	
	11	5	
	12	3	
	13	4	
MC	14	3	9
	15	2	
	16	2	
	17	1	
	18	1	
AP	19	3	13
	20	2	
	21	4	
	22	3	
	23	1	
	24	0	

<sup>1</sup> comprende CSE di Cingoli

Gli utenti dei CSE sono passati da 1.043 nel 2003 a 986 nel 2004, 991 nel 2005 e di nuovo 1.043 nel 2006.

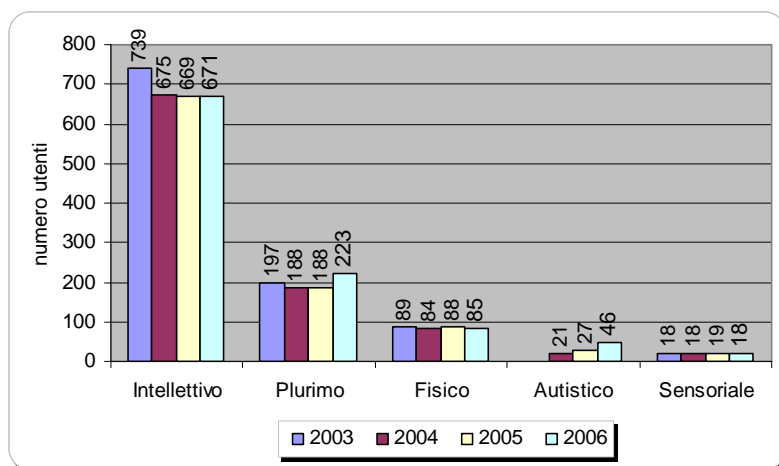


Grafico 4 - Tipologia di disabilità nei Centri socio-educativi negli anni dal 2003 al 2006

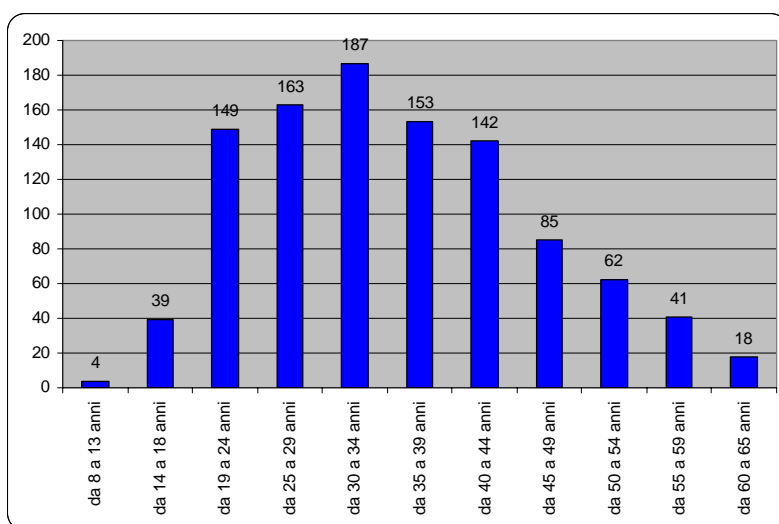


Grafico 5 - Distribuzione degli utenti dei CSE per età, nell'anno 2006

La rete dei servizi diurni rappresenta indubbiamente una risorsa importante per sostenere il percorso assistenziale soprattutto dopo l'uscita dal sistema scolastico ma la distribuzione dei CSE sul territorio regionale è disomogenea, con maggiore concentrazione al nord, e sembra collegata più alla certezza del finanziamento che all'appropriatezza dell'intervento ("per soggetti con gravi compromissioni delle autonomie funzionali"), con il rischio che rappresenti l'unica risposta (o quella prevalente) anche per quelle condizioni di disabilità che promettono maggiori possibilità di integrazione sociale e lavorativa.

### III.2 Gli atti regionali e lo stato di attuazione

La l.r. 18/1996 è stato il motore che per 10 anni ha sospinto l'azione degli enti locali ad affrontare con maggiore determinazione le problematiche della disabilità sostenendo l'attivazione di risposte progressivamente più strutturate ai bisogni delle persone e delle famiglie e incentivando la programmazione e la gestione associata dei servizi (maggiorazione dei contributi per i piani associati). L'analisi dei piani di intervento attivati dagli Enti locali negli ultimi quattro anni rivela però come questa opportunità sia stata sottoutilizzata. Nell'anno 2006, il 17% degli Enti locali ha predisposto sia un piano singolo che un piano associato, il 6% degli Enti solo un piano associato e ben il 77% unicamente un piano singolo.

Un aspetto rilevante della l.r. 18/1996 è stata la costituzione delle Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (UMEE) e l'età adulta (UMEA) con compiti di diagnosi, valutazione dei bisogni,

progettazione e verifica degli interventi educativi, riabilitativi, di integrazione scolastica, sociale e lavorativa. La legge assegna alle UM, unità operative del settore sanitario, un ruolo fondamentale per dare concretezza e significato ai processi di integrazione in raccordo e interazione con tutti i soggetti del territorio.

Da un rapporto dell'ASUR, relativo ad una indagine realizzata nel 2005, sulle modalità organizzative e di funzionamento delle Umee e Umea nelle diverse zone territoriali risulta che l'utenza "seguita" nell'anno 2004, pur in assenza di criteri univoci per definire la "presa in carico", è pari a n. 10.971 soggetti, suddivisi come segue: UMEE: n. 6.127 con un'incidenza di 1.816 nuovi utenti nell'anno 2004; UMEA: n. 4.844 con un'incidenza di 479 nuovi utenti nell'anno 2004.

Comparando i dati complessivi (10.971) dei soggetti "seguiti" dalle UM con il numero dei beneficiari degli interventi di cui alla l.r. 18/1996 nell'anno 2004 (6.971), appare evidente uno scarto difficilmente giustificabile se non per carenze nel processo di valutazione, presa in carico e progettualità (pur tenendo in debita considerazione che le UMEE svolgono anche la funzione territoriale di neuropsichiatria infantile e, pertanto, il numero delle persone seguite non coincide con i minori con disabilità).

Un altro dato meritevole di riflessione riguarda la distribuzione territoriale delle strutture per la residenzialità dei soggetti disabili gravi privi del sostegno familiare: alcune di queste strutture sono state attivate da alcuni anni ai sensi delle leggi 162/1998 e 388/2000 e successivamente disciplinate dalla l.r. 20/2002:

<b>IDENTIFICAZIONE STRUTTURA</b>	<b>SEDE</b>	<b>ENTE TITOLARE</b>	<b>N. UTENTI AL 31.12.2006</b>
Giona	Pesaro	Comune di Pesaro	<b>6</b>
Casa Don Gaudiano	Pesaro	C.E.I.S. Pesaro	<b>7</b>
Anna Giardini	Pesaro	A.I.A.S. Pesaro	<b>10</b>
Casa T 41 A	Pesaro	Coop. Soc. T41A Pesaro	<b>8</b>
Pian dell'Abbate	Urbania	ASS.NE ALPHA Pesaro	<b>2</b>
Il Cigno	Ancona	Comune di Ancona	<b>10</b>
Il Samaritano	Ancona	Coop. Soc. Centro Papa Giovanni XXIII Ancona	<b>8</b>
Alba chiara	Morro d'Alba	Comune di Jesi	<b>3</b>
Rosso di Sera	Serra S. Quirico	COOSS Marche Ancona	<b>7</b>
Dopo di Noi	Chiaravalle	Comune di Chiaravalle	<b>7</b>
S.Maria Divina Provvidenza	Loreto	S.Maria Divina Provvidenza Loreto	<b>52*</b>
Dopo di Noi	Macerata	ANFFAS Macerata	<b>7</b>
Dopo di Noi	S. Benedetto del Tronto	Comune di S. Benedetto d. Tronto	<b>4</b>
Dopo di Noi	Ripatransone	ANFFAS Grottammare	<b>8</b>
			<b>Totale Utenti n. 139</b>

\* struttura multipla composta da 5 nuclei

### III.3 Le criticità

Le principali criticità riguardano da una parte l'esercizio della funzione di valutazione e presa in carico, dall'altra la strutturazione e il dimensionamento dei servizi sui territori.

#### - *funzione di valutazione e presa in carico*

Il citato rapporto dell'ASUR sulle modalità organizzative e di funzionamento delle UMEE e UMEA evidenzia, accanto a punti di forza e singole buone pratiche, criticità e disomogeneità sul versante organizzativo, metodologico e formativo:



- organico sottodimensionato rispetto alla popolazione potenziale;
- carenza e precarietà e/o del personale, soprattutto delle figure professionali quali neuropsichiatra infantile e psicologo;
- inadeguatezza della collocazione strutturale e logistica;
- insufficiente investimento sulla formazione e sulle metodologie di lavoro multi-interprofessionale;
- scarsa integrazione istituzionale con gli altri soggetti e servizi territoriali.

- *strutturazione e dimensionamento dei servizi*

Il quadro che emerge dall'analisi dei dati relativi agli interventi della l.r. 18/1996 ed alle strutture autorizzate ai sensi della l.r. 20/2002 evidenzia, in sintesi, le seguenti criticità:

- scarsa connessione tra programmazione territoriale e interventi sull'area delle disabilità;
- disomogeneità di interventi, servizi e percorsi assistenziali;
- squilibri nella distribuzione territoriale dei servizi (più carenti al sud e nelle aree interne), soprattutto per quanto concerne i centri diurni e le comunità residenziali, cioè nelle tipologie di servizi che godono di maggiore certezza di finanziamento;
- discontinuità e/o minore investimento sui servizi alla persona (domiciliari, educativi, trasporto) dove si registra incertezza sull'entità delle quote di cofinanziamento regionale;
- precarietà di interventi di integrazione sociale e lavorativa dopo l'uscita dal sistema scolastico;
- scarsa propensione degli enti locali alla gestione associata dei servizi.

### III.4 *Gli obiettivi*

#### *Politiche sociali e politiche di welfare*

Il tema delle disabilità rappresenta un fronte primario per misurare la capacità del governo regionale e dei governi locali di superare visioni e approcci parcellari e settoriali e dare una spinta decisiva nella promozione di politiche integrate.

Occorre passare da una visione frantumata dei bisogni e delle risposte ad una visione complessiva, coerente ed equilibrata, che abbracci e colga le interazioni e le interdipendenze peculiari del tessuto sociale ed integri i settori d'intervento con gli obiettivi di promozione sociale.

Tutto ciò richiede una reale capacità di raccordo e integrazione fra le scelte di programmazione delle politiche sociali in senso stretto, con quelle riconducibili alle altre politiche che incidono direttamente nella costruzione di un sistema di welfare: politiche per la sanità e l'integrazione socio-sanitaria, per la scuola, per il lavoro e la formazione professionale, per la casa, per i trasporti, per lo sport e la cultura.

Il rafforzamento delle azioni di programmazione, in una visione generale dei bisogni della comunità regionale e delle comunità locali, dovrà essere orientato a definire strategie operative da realizzarsi all'interno di un sistema integrato organizzato capace di perseguire obiettivi di benessere per ogni cittadino, a partire dai soggetti più fragili e maggiormente esposti a rischi di emarginazione:

- promozione della salute;
- sviluppo delle autonomie;
- integrazione sociale;
- qualità della vita;
- autodeterminazione ed emancipazione.

Il percorso per sostenere le pari opportunità non può prescindere dall'affermazione di una cultura che non consideri più il disabile solo per la sua appartenenza ad una specifica categoria di disagio ma in quanto cittadino titolare di diritti e doveri ed attore sociale di pari dignità.

La capacità di attuare il cambiamento dipende anche dalle azioni messe in atto per garantire tutte le forme di partecipazione attiva delle persone con disabilità, delle loro famiglie, delle organizzazioni di tutela e delle formazioni sociali ai processi di definizione delle politiche integrate e del sistema dei servizi, sia a livello regionale, sia a livello locale.

### Linee di indirizzo della programmazione

Il nuovo piano sociale regionale intende superare le discrepanze tra la programmazione regionale nell'area della disabilità e la programmazione del sistema dei servizi e degli interventi sociali a livello di ambito, nonché le discrepanze tra programmazione, gestione degli interventi ed assegnazione delle risorse, rafforzando i ruoli e le funzioni dei soggetti istituzionali:

- alla Regione, la definizione delle linee generali e degli obiettivi strategici della programmazione sociale, la determinazione dei livelli essenziali di assistenza, i criteri e i modelli di valutazione, la politica della spesa, l'esercizio delle funzioni di indirizzo, accompagnamento, monitoraggio e controllo;
- all'Ambito, la programmazione territoriale, la pianificazione degli interventi, l'organizzazione e la gestione associata dei servizi, la valutazione dei risultati ed il governo della rete, i flussi informativi, la gestione delle risorse e la rendicontazione della spesa.

Il nuovo piano, su cui Regione e territorio sono chiamati a misurarsi per dare nuovo impulso ai processi di riconnessione ed inclusione delle politiche per la disabilità nel più ampio contesto delle politiche di welfare, fonda la possibilità di sviluppo su cinque opzioni fondamentali:

- consolidamento dell'assetto istituzionale e operativo del livello territoriale (ambito/distretto) per esprimere le più alte potenzialità nella programmazione e gestione unitaria del sistema dei servizi;
- superamento degli squilibri territoriali e della frantumazione degli interventi che determinano condizioni di disuguaglianza nell'accessibilità e fruibilità dei servizi tra cittadini di ambiti diversi e all'interno dello stesso ambito;
- integrazione socio-sanitaria e sviluppo del sistema a rete per garantire la presa in carico territoriale e livelli uniformi di assistenza secondo modelli organizzativi adeguati ed efficaci;
- promozione della qualità e dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali, dei servizi, delle prestazioni e degli interventi che incidono in modo determinante sul profilo e sulla qualità del progetto di vita;
- formazione e professionalizzazione degli operatori dei servizi territoriali attraverso la ridefinizione dei percorsi formativi e l'adozione di strumenti condivisi per la valutazione.

La riuscita del processo di sviluppo si gioca anche sul fronte dell'allocazione e del governo delle risorse (statali, regionali, comunali, altre ...) necessarie a dare respiro alla progettualità dei territori nella costruzione di un sistema di welfare equo e sostenibile, tenendo presenti i vincoli economici e la necessità di garantire un dimensionamento adeguato dei servizi essenziali.

In particolare l'accento sulla centralità del territorio non può e non deve indurre a considerare l'ambito come una dimensione chiusa ed autarchica. Il sistema dei servizi non può chiudersi dentro limitazioni geografiche, occorre uno sguardo più ampio per ricercare strumenti di interazione e coordinamento tra ambiti contigui soprattutto per quanto concerne le unità di offerta che richiedono un più alto impegno organizzativo (residenzialità) ed un dimensionamento ottimale su un bacino di utenza più ampio. Il riferimento all'area vasta è una condizione importante per integrare progettualmente competenze e risorse di ambiti diversi, evitare duplicazioni di strutture/servizi ed adattare le reti di assistenza alla peculiarità dei bisogni del territorio, razionalizzando le risorse in funzione di soluzioni integrate e complete.

## Linee di intervento

### *Accesso, valutazione e presa in carico*

Il processo di promozione ed inclusione sociale dei cittadini e delle famiglie parte dalla capacità del sistema di accogliere, rilevare e valutare il bisogno e dalla valutazione dei fattori di contesto familiare e ambientale che incidono nelle risposte o nel superamento delle difficoltà rilevate.

L'attività valutativa, svolta attraverso la connessione delle informazioni disponibili e l'analisi dei processi che influenzano il funzionamento personale, familiare e sociale, è un'attività prettamente multiprofessionale e multidisciplinare propria della Unità Multidisciplinare.

L'Unità Multidisciplinare, costituita da professionalità dell'area sociale e sanitaria, opera come servizio integrato territoriale con funzioni di valutazione e presa in carico assistenziale.

La qualificazione delle funzioni di valutazione, presa in carico socio-sanitaria e continuità assistenziale richiede che l'UM:

- sia collocata a livello di ambito/distretto sotto la responsabilità congiunta del Coordinatore di ATS e del Direttore di distretto, garanti del processo di integrazione istituzionale e professionale;
- sia dotata di personale dedicato comprendente tutte le figure professionali necessarie a realizzare l'integrazione e la multi-interdisciplinarietà della presa in carico;
- sia adeguatamente dimensionata in rapporto alla popolazione ed al territorio secondo parametri uniformi sul territorio regionale;
- sia formata all'uso degli strumenti di valutazione, sulle metodologie di presa in carico ed al lavoro di gruppo;
- garantisca tempi certi per la valutazione e per tutti i passaggi conseguenti alla presa in carico;
- risponda collegialmente della progettazione e verifica degli interventi programmati.

In ogni caso, la valutazione multidisciplinare del bisogno è condizione indispensabile per realizzare la presa in carico, la progettazione degli interventi e l'accesso alla rete dei servizi.

Articolazione delle funzioni di accesso, valutazione e presa in carico:

- *Accesso*
  - l'accettazione territoriale costituisce il primo livello di "ascolto, informazione, orientamento" della persona/famiglia e viene realizzato attraverso l'attivazione integrata socio-sanitaria di un percorso unitario di accompagnamento alla definizione del bisogno ed all'organizzazione della risposta;
  - lo sportello di accesso deve essere in grado di fornire immediatamente le risposte più idonee a soddisfare bisogni semplici rinviando al servizio competente istanze che prefigurano un livello di valutazione più complesso.
- *Valutazione*
  - gli elementi essenziali che qualificano la valutazione dei bisogni complessi per una lettura unitaria e globale (multidisciplinare e multidimensionale) della persona sono rappresentati da: 1. formazione degli operatori al lavoro di gruppo ed all'integrazione funzionale (superamento degli approcci monoprofessionali e delle dicotomie sociale/sanitario); 2. condivisione metodologica e adozione di strumenti validati e omogenei sul territorio regionale; 3. procedure abbreviate per eventuali approfondimenti e rivalutazioni ;
  - la valutazione interprofessionale del bisogno è premessa inderogabile alla presa in carico.

- *Presenza in carico*
  - La presa in carico è l'assunzione di responsabilità collegiale e integrata per cui l'UM si fa carico di elaborare il progetto personalizzato, definire il percorso assistenziale, individuare le risorse necessarie, monitorare la realizzazione degli interventi, valutare i risultati. Si tratta di un intervento globale; riguarda cioè la persona e tutti i sistemi di riferimento (familiare, scolastico, sociale);
  - La presa in carico è continuativa nei passaggi dei diversi cicli di vita e regimi assistenziali e, comunque condivisa, anche nel caso la persona sia inserita nel circuito assistenziale del privato autorizzato; non è delegabile ad un solo operatore; è un impegno vincolante per il sistema dei servizi nei confronti della persona, della famiglia e della comunità.
- *Progettazione*
  - la progettazione personalizzata si basa su modalità condivise e confrontabili, tenendo conto della metodologia di lavoro ben identificata dall'art. 2 del d.p.c.m. 14 febbraio 2001, e tale per cui alla valutazione del bisogno (corredata da fattori osservabili e misurabili) deve far seguito la definizione degli interventi e dei risultati attesi, anch'essi misurabili in sede tecnica e, per quanto possibile, anche in sede di valutazione partecipata di efficacia con la persona utente e la sua famiglia;
  - la progettazione personalizzata deve garantire alla persona ed alla famiglia la possibilità di costruire un "progetto di vita" congruente con le diverse fasi di crescita;
  - il progetto deve essere articolato ed esplicitare chiaramente tutti gli elementi costitutivi: 1. Natura ed entità del bisogno; 2. Obiettivi; 3. Risultati attesi; 4. Metodologia operativa; 5. Tipologia, articolazione ed intensità degli interventi; 6. Risorse necessarie (professionali e di altro tipo); 7. Referente del progetto e/o case-manager; 8. Criteri e modalità di verifica.
- *Continuità dell'assistenza*
  - la continuità dell'assistenza è strettamente connessa con l'esercizio della funzione di valutazione, presa in carico e realizzazione del percorso assistenziale per cui non può esserci cesura tra le varie fasi del processo né sospensione delle responsabilità;
  - la continuità dell'assistenza si esercita con la definizione, in sede di progettazione, degli indicatori di verifica (di percorso, di risultato, di soddisfazione della persona/famiglia) e con il monitoraggio costante dell'adeguatezza e dell'appropriatezza degli interventi programmati, nonché con la rimodulazione del progetto ai nuovi bisogni assistenziali;
  - la continuità dell'assistenza è sorvegliata dalla funzione del case-manager;
  - la continuità dell'assistenza è sostenuta dal patto tra persona/famiglia e sistema dei servizi per la realizzazione del progetto di vita.

### *Il percorso assistenziale*

Il percorso assistenziale è caratterizzato dall'insieme di interventi mirati ed adeguati a soddisfare i diversi livelli di bisogno mediante prestazioni diversificate sulla base delle specifiche potenzialità della persona e della famiglia in una logica di unitarietà e continuità dell'assistenza.

Il percorso assistenziale si fonda sulla disponibilità ed esigibilità di risposte integrate proprie del sistema dei servizi (sociali, socio-sanitari, formativi, del lavoro, della mobilità, ecc) in raccordo e complementarità con le risorse del contesto comunitario (opportunità, valori ed esperienze delle reti formali e informali).

Gli interventi essenziali che costituiscono il percorso assistenziale, organizzato ed elettivamente orientato a sostenere la persona/famiglia nel proprio ambiente di vita e di relazioni, sono:

- sostegno alla persona e alla famiglia: sociale, psicologico, economico;

- promozione della salute e sviluppo delle autonomie personali: interventi di supporto domiciliare; interventi educativi; prestazioni di riabilitazione; ausili e mezzi per la mobilità; interventi e strumenti per la comunicazione;
- integrazione scolastica: supporto specialistico, supporto educativo, sostegno didattico, sostegno per le autonomie di base;
- formazione professionale e inserimento lavorativo: percorsi formativi mirati; mediazione; sostegno e accompagnamento al lavoro; accessibilità e adattamento posti di lavoro; mantenimento al lavoro;
- integrazione ed inclusione sociale: interventi socio-educativi territoriali; interventi educativo-riabilitativi diurni; interventi per la mobilità; interventi per l'autonomia e la comunicazione; sostegno alla vita indipendente; accessibilità alle iniziative culturali, sportive e di tempo libero; interventi per soluzioni abitative individuali, familiari o comunitarie adattate e attrezzate; integrazione del reddito personale e familiare; interventi di sollievo;
- residenzialità: residenzialità a medio e lungo termine con funzioni socio-educative, riabilitative e protette; residenzialità temporanea e di sollievo.

### La rete dei servizi

Costituisce l'insieme delle unità di offerta, articolate sul territorio e prossime al cittadino, strutturate e accreditate per soddisfare i bisogni assistenziali, socio-educativi, riabilitativi, di promozione dell'autonomia e dell'inclusione sociale, secondo modelli organizzativi flessibili ed appropriati per qualità ed intensità delle prestazioni sulla base del percorso assistenziale e del progetto personalizzato.

<b>SERVIZI DOMICILIARI E TERRITORIALI</b>	
<i>SERVIZI</i>	<i>OBIETTIVI DI SVILUPPO</i>
Servizi di aiuto alla persona	Modulare l'assistenza domiciliare sulle esigenze della persona/famiglia in relazione al ciclo di vita, potenziando gli interventi in funzione dello sviluppo delle autonomie e dell'indipendenza.
Servizi di riabilitazione	Assicurare la copertura dei servizi a livello zonale coordinando l'offerta pubblica con quella del privato accreditato.
Servizi educativi per l'integrazione scolastica	Superare la logica assistenziale e qualificare la dimensione educativa dell'intervento in sinergia con il sistema educante (non solo prestazioni dirette sull'utente ma partecipazione attiva a tutte le fasi di definizione e verifica del PEI).
Servizi educativi per l'integrazione sociale	Sviluppare percorsi educativi/abilitativi, costantemente monitorati e supervisionati, che valorizzino le possibilità e le capacità connesse ad ogni fase di crescita, privilegiando l'interazione con le risorse del territorio e l'integrazione in attività ed esperienze di normalità.  Orientare l'azione educativa a sostenere l'uscita dal sistema scolastico attraverso la costruzione di opportunità formative che consentano l'acquisizione di autonomie e l'apprendimento di abilità propedeutiche all'integrazione lavorativa.

Servizi di mediazione culturale	Includere negli interventi di mediazione culturale per gli immigrati il sostegno agli stranieri disabili ed alle famiglie straniere con figli disabili.
Servizi per l'integrazione lavorativa	<p>Attivare interventi specifici nel campo della mediazione, del sostegno e accompagnamento al lavoro per sviluppare, in sinergia con i CIOF e i servizi territoriali, azioni e percorsi mirati (incrocio domanda/offerta, progettazione, mediazione, tutoraggio, mantenimento, monitoraggio) all'integrazione lavorativa nelle forme più appropriate:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- borsa-lavoro</li> <li>- tirocinio formativo e di orientamento</li> <li>- inserimento lavorativo</li> <li>- telelavoro</li> <li>- lavoro autonomo</li> </ul> <p>Promuovere una azione concertata con le parti sociali, le imprese, i CIOF, i servizi socio-sanitari territoriali e le associazioni dei disabili per realizzare percorsi formativi e occupazionali anche mediante la sperimentazione di servizi innovativi con funzione di "ponte" tra il sistema scolastico-formativo e il sistema produttivo.</p>
Servizi per la comunicazione	Prevedere un dimensionamento minimo del servizio di interpretariato per non udenti ed accompagnamento per non vedenti nelle situazioni richieste da motivi di salute, lavoro, partecipazione alla vita sociale.
Servizi per la mobilità	<p>Potenziare la disponibilità di servizi di trasporto e di accompagnamento per l'accesso ai servizi territoriali (nido, scuola, riabilitazione, centri diurni, ecc), ai luoghi di lavoro ed a quelli di partecipazione alla vita sociale.</p> <p>Ampliare l'offerta di buoni-servizio per la mobilità sociale.</p> <p>Promuovere la messa in rete dei fornitori del servizio, l'unificazione delle procedure di accesso, l'attivazione di uno sportello per la mobilità.</p> <p>Incrementare l'offerta di trasporto pubblico accessibile sulle linee urbane ed extra-urbane.</p>
Servizi di sollievo	Organizzare soluzioni assistenziali diurne, anche con ampliamento dei tempi di accoglienza, come intervento di sollievo ai carichi familiari e per offrire alle famiglie spazi di recupero.

<b>SERVIZI A CICLO DIURNO</b>	
<i>SERVIZI</i>	<i>OBIETTIVI DI SVILUPPO</i>
Centro socio-educativo-riabilitativo (CSER)	<p>Riorientare la funzione e l'appropriatezza del servizio a favore dei soggetti con notevoli compromissioni delle autonomie funzionali.</p> <p>Rimodulare l'offerta dei centri diurni sulla base dei bisogni del territorio di ambito e area vasta.</p>

<b>SERVIZI A CICLO RESIDENZIALE</b>	
<i>SERVIZI</i>	<i>OBIETTIVI DI SVILUPPO</i>
Comunità alloggio	Attivarne almeno una nelle aree a più alta concentrazione urbana (anche come risposta al "dopodinoi" per soggetti con sufficienti autonomie per cui sarebbe inappropriato il ricorso alla CoSER).
Comunità socio-educativo-riabilitativa (CoSER)	Programmare l'attivazione delle comunità sulla base dei bisogni e della popolazione dell' ambito e dell'area vasta (una CoSER ogni 50 mila abitanti). Scoraggiare l'apertura di strutture con capacità ricettiva sottodimensionata rispetto ai requisiti della l.r. 20/2002.
Residenza protetta	Rinviare l'attivazione di nuove strutture all'atto di fabbisogno.

### Le risorse della comunità

Il percorso assistenziale non può essere circoscritto all'interno di prestazioni, servizi e professionisti.

Il processo di promozione ed inclusione delle persone disabili si gioca sulla capacità connettiva del territorio come luogo di elezione della condensazione della pluralità di soggetti che operano nel sociale: è al suo interno che trovano la più ampia diffusione le solidarietà spontanee, le reti delle responsabilità diffuse, le tradizionali esperienze associative e del volontariato; è sempre a livello territoriale che possono svilupparsi avanzate ed efficaci esperienze di interazione tra la ridefinizione dell'offerta pubblica di servizi e la mobilitazione di risorse locali.

Nelle dinamiche di coesione il territorio non ha solo un ruolo tecnico di contenitore naturale dei molteplici soggetti, ma ha una funzione molto più rilevante, perché associata ai processi antropologici e culturali, di ricostituzione di un senso di appartenenza, di identificazione con il contesto e, quindi, di spinta ad operare all'interno delle trame comunitarie.

La cultura dell'inclusione può affermarsi e dispiegarsi pienamente sul territorio attraverso la valorizzazione delle reti comunitarie di solidarietà dei cittadini, del volontariato e del terzo settore, mediante il consolidamento di relazioni positive, significative e capaci di produrre risultati più efficaci a livello di coesione sociale e di capacità sistemica di intercettare e rispondere ai nuovi bisogni.

### Le azioni di governo del sistema dei servizi (obiettivi per il triennio)

- armonizzazione degli indirizzi della normativa di settore (l.r. 18/1996) all'interno della nuova legge regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- definizione di un piano pluriennale di intervento sulle disabilità, concertato tra sanità, sociale, istruzione, formazione e lavoro, trasporti, ecc. che individui gli obiettivi strategici, gli strumenti e le risorse per implementare la rete dei servizi e le reti comunitarie;
- assegnazione delle risorse agli ambiti:
  - definizione dei criteri di ripartizione (pesatura dei fattori demografici, territoriali, epidemiologici e della presenza/carenza di servizi e strutture);
  - indicazione degli obiettivi di investimento;
  - valutazione della congruità della pianificazione territoriale (serie di indicatori);
- accreditamento delle unità di offerta;
  - definizione di procedure, requisiti e strumenti per l'accreditamento dei servizi alla persona;

- definizione di modalità e soggetti competenti per la valutazione iniziale e periodica dei requisiti di qualità;
- definizione delle modalità di affidamento dei servizi ai soggetti accreditati;
- verifica periodica dei requisiti funzionali, strutturali e organizzativi delle strutture di cui alla l.r. 20/2002, con l'obiettivo di:
  - monitorare l'adeguamento delle strutture;
  - assicurare l'appropriatezza degli interventi;
  - dimensionare la risposta rispetto ai bisogni ed alla programmazione territoriale (le strutture, operanti o di nuova istituzione, che non corrispondono al fabbisogno espresso negli atti di programmazione regionale e territoriale non potranno accedere ai finanziamenti pubblici);
- accreditamento delle strutture l.r. 20/2002:
  - definizione di procedure, requisiti e strumenti per l'accreditamento delle strutture;
  - definizione di modalità e soggetti competenti per la valutazione iniziale e periodica dei requisiti di qualità;
- revisione dei criteri per l'assistenza domiciliare indiretta (legge 162/1998):
  - definizione di criteri omogenei sul territorio regionale per determinare l'entità del contributo sulla base di una valutazione complessiva dei bisogni e delle risorse della persona, della famiglia, dei servizi disponibili ed utilizzati, nonché delle altre opportunità del territorio;
  - attribuzione agli ambiti delle competenze per l'assegnazione del contributo sulla base del progetto di intervento elaborato dalle UM integrate;
- approvazione di linee guida e protocollo di intesa per la definizione di percorsi integrati finalizzati al recupero sociale e all'integrazione lavorativa di persone con disabilità predisposti dal gruppo di lavoro: servizio politiche sociali, salute, formazione e lavoro, province, enti locali, ASUR:
  - realizzazione e diffusione di un vademecum per operatori e cittadini su normativa, procedure e percorsi di integrazione lavorativa;
  - attivazione di corsi di formazione per tutor e operatori della mediazione per supportare le istituzioni competenti e i disabili nel percorso di inserimento lavorativo e mantenimento al lavoro;
- avvio del progetto sperimentale per la vita indipendente:
  - sperimentazione biennale;
  - valutazione della sperimentazione e consolidamento dell'intervento;
- collaborazione alla ridefinizione dei percorsi formativi per gli operatori impegnati nei servizi alla persona (tutelari, educatori, mediatori, animatori, ecc ) in coerenza con la definizione dei profili professionali;
- definizione delle tariffe delle prestazioni e dei servizi con attribuzione percentuale della spesa in quota sanitaria e quota sociale (e, nelle more, adozione di criteri per la remunerazione dei servizi diurni e residenziali).



## PROGETTO AUTISMO MARCHE

### *La situazione attuale*

La Regione Marche ha attivato dal 2002 un progetto integrato di tipo socio- sanitario, che prevede una serie di servizi a favore della persona con disturbo autistico e della sua famiglia lungo tutto l'arco della vita. Infatti, la finalità di fondo che si intende perseguire è quella di attivare un reale *progetto di vita* articolato in: 1. un servizio regionale con funzioni di diagnosi, presa in carico e ricerca rivolto a soggetti in età evolutiva; 2. una serie di servizi diurni per adolescenti ed adulti; 3. un riferimento di tipo sanitario per adolescenti ed adulti; 4. un servizio residenziale riservato a persone con autismo e una serie di disponibilità nei servizi residenziali già esistenti per persone con autismo, tramite i quali affrontare le problematiche dei soggetti senza un adeguato sostegno familiare; 5. una serie di iniziative di sostegno e consulenza alla famiglia, in modo da aiutarla in un percorso sempre complesso e sovente caratterizzato da decisioni non facili da assumere.

Nel corso dei primi cinque anni di lavoro sono state sviluppate numerose iniziative riferite ai diversi punti del progetto, che andranno perfezionate e completate nel prossimo triennio.

Di seguito viene presentata una sintesi molto schematica delle attività realizzate in riferimento ai singoli sottoprogetti e una illustrazione delle iniziative pianificate per il prossimo triennio.

### SOTTO PROGETTO AUTISMO ETÀ EVOLUTIVA

#### Inquadramento della patologia e presenza sul territorio

L'autismo rappresenta uno dei disturbi neuropsichiatrici più gravi e invalidanti dell'età evolutiva che mantiene la sua gravità, se non specificamente trattato, anche in età adulta. Questo disturbo determina un'alterazione precoce e globale di tutte le funzioni del processo evolutivo e comporta gravi deficit per le persone che ne sono affette e un peso assistenziale a carico della famiglia e più in generale della società.

L'educazione ottimizzata e la riabilitazione cognitivo-comportamentale possono portare all'acquisizione di abilità utili, riducendo la situazione di disabilità grave e la grande dipendenza.

La prevalenza media dell'autismo negli anni 1994-2004 è stata stimata al 12,7/10.000. Nel 70% è presente un ritardo cognitivo di diverso grado: 30% lieve-medio, 40% grave-gravissimo. (Fombonne, 2005).

Nella popolazione marchigiana di età compresa tra 0 e 17 anni (238.647 - ISTAT popolazione residente all'1/1/2005) si possono stimare circa 304 con Autismo con/senza Ritardo Mentale.

Da luglio 2003, data di inizio dell'attività del Centro, a fine 2006, sono giunti al Centro Autismo Età Evolutiva Regione Marche 186 soggetti di età compresa tra 9 mesi e 20 anni: di questi 127 hanno ricevuto diagnosi di autismo.

La richiesta di consulenza e di presa in carico è andata progressivamente aumentando nel tempo, fino a giungere quasi ad un raddoppio dei casi di nuova diagnosi nel corso di questi tre anni e mezzo di attività.

Dai dati epidemiologici complessivi e dall'aumento progressivo della richiesta al Centro, si può prevedere un incremento ulteriore nei prossimi anni, sia per l'alta prevalenza del disturbo nella popolazione, sia perché l'intervento cognitivo comportamentale ABA (Analisi Applicata del Comportamento) fornito dal Centro è considerato nella letteratura mondiale uno degli interventi di elezione per tale patologia.

#### Attività – organizzazione e azioni di consolidamento

- La "mission" del Centro per l'Età Evolutiva è di coagulare e mettere in rete tutte le forze esistenti nella regione, per permettere una risposta territoriale/regionale più appropriata ai bisogni derivanti dalla patologia autistica attraverso il mantenimento di un "nodo" centrale per la definizione diagnostica, la definizione e la supervisione del trattamento sociale/educativo/riabilitativo, con funzioni di documentazione, di ricerca, di formazione e

diffusione dei profili riabilitativi e assistenziali per l'autismo, accanto allo sviluppo di competenze specifiche territoriali.

- La vision strategica è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti, ai loro bisogni e attese, orientato al miglioramento continuo, rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda crescente di salute per il soggetto autistico e per il suo contesto familiare/scolastico/sociale e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e competenza di operatori, in una gestione ottimale delle risorse disponibili.
- Le attività di pertinenza del centro sono: 1. lo screening per l'individuazione precoce dei segnali dell'autismo; 2. la valutazione diagnostica clinica e funzionale e presa in carico farmacologia; 3. l'attivazione e la verifica periodica dei programmi educativi e riabilitativi secondo l'ABA; 4. la consulenza ai familiari, agli operatori scolastici e agli educatori e alle associazioni tempo libero; 5. i ricoveri in DH per controlli strumentali e di laboratorio; 6. la formazione del personale educativo, scolastico e dei genitori; 7. lo studio epidemiologico relativo alla prevalenza del Disturbo Artistico Regione Marche.
- L'utenza è costituita da tutta i soggetti nella fascia di età compresa nell'obbligo scolastico, anche nei casi in cui non sia possibile proporre un intervento riabilitativo precoce. La popolazione che usufruisce di tutta la gamma di prestazioni del servizio è quella marchigiana, ma devono essere possibili consulenze diagnostiche e di piani di intervento a tutti i soggetti che si rivolgono al servizio provenienti da qualsiasi regione d'Italia.

#### Azioni di consolidamento

- Consolidamento della rete di collaborazione con i servizi territoriali
- Coordinamento con il gruppo di lavoro che si occupa di adolescenti e adulti
- Percorso di formazione-collaborazione con le UMEE del territorio marchigiano e con le strutture private convenzionate presenti nella regione, per far sì che nel tempo l'attività riabilitativa possa essere inclusa nei programmi PEI delle UMEE e possa ricevere supervisioni nei territori di residenza dei bambini
- Costruzione di una Banca Dati informatizzata
- Sostegno epidemiologico (Agenzia Sanitaria Regionale): avvio di un registro regionale di patologia

#### SOTTO PROGETTO AUTISMO ETA' ADOLESCENZIALE E ADULTA E RESIDENZIALITA'

##### Attività svolta e iniziative realizzate

- *Adattamento strutturale ed organizzativo dei centri* per renderli idonei ad accogliere adolescenti ed adulti autistici.
- *Formazione del personale* attraverso quattro corsi finanziati con il FSE e realizzato negli anni 2004 e 2005.
- *Inserimenti sperimentali nei centri socio-educativi* di ragazzi con disturbo autistico seguiti da educatori formati.
- *Corsi di Parent training* di una settimana ciascuno (estate 2004, 2005 e 2007) ai quali hanno partecipato numerose famiglie con figli affetti da autismo.
- *Consulenza ai Centri socio-educativi* attraverso visite da parte del gruppo di riferimento regionale ai diversi servizi nei quali sono inseriti allievi con autismo.
- *Attivazione del progetto Residenzialità* relativamente all'adeguamento delle strutture già esistenti, mentre sono in atto i contatti per l'attivazione di un servizio specificamente dedicato a persone con autismo da ubicare nel comune di Jesi.

#### Azioni di consolidamento e attività previste

- completamento del piano formativo per il personale che interagisce a vario titolo con persone affette da autismo;
- ampliamento degli inserimenti presso i centri Socio-educativi con supporto di operatori formati e supervisione del Gruppo di Riferimento Regionale;
- istituzione di un punto di riferimento sanitario per adolescenti e adulti con autismo;
- attivazione del servizio di residenzialità dedicata a persone con autismo;
- ampliamento delle iniziative di sostegno alle famiglie di persone con autismo.

#### Il piano formativo.

E' stato approvato e sta per essere implementato un piano formativo con 5 corsi (uno per provincia) per occupati nel settore dei servizi socio-sanitari per la disabilità, articolati con incontri in presenza e moduli a distanza (FaD) e 1 corso per disoccupati, ugualmente articolato con incontri in presenza e moduli a distanza (FaD). Tutta l'attività formativa sarà monitorata e supervisionata dal Gruppo di Riferimento Regionale del progetto Autismo. Ai partecipanti viene rilasciato un attestato di specializzazione per Tecnico per portatori di handicap (Autismo).

Il progetto prevede che gli inserimenti dei soggetti con autismo presso i Centri debba essere supportato dalla presenza di personale formato e dalla supervisione del Gruppo di Riferimento Regionale. Con l'attivazione dei corsi di formazione sarà dato seguito alle domande già formulate dai centri per ottenere un impegno aggiuntivo di personale. Questa operazione, che già ha dato significativi risultati dove è stata perfezionata, comporterà un impegno notevole dal punto di vista finanziario e la necessità di ampliare il Gruppo di Riferimento Regionale con altre figure, al fine di fornire il supporto tecnico-scientifico necessario. Viene intensificato il rapporto di collaborazione già attivato con le UMEA per la definizione precisa delle diagnosi secondo i criteri internazionali (DSM IV e ICD 10).

Il progetto di istituzione di un punto di riferimento sanitario parte dal presupposto che i bisogni assistenziali della persona con autismo in età adolescenziale ed adulta possano essere più efficacemente gestiti in un percorso strutturato con personale, strumenti e servizi specifici a disposizione e che, al contrario, una assistenza che utilizzi strumenti "inappropriati" possa risultare non solo meno efficace, ma anche più costoso. Con atti successivi viene individuato il percorso di dettaglio.

Il progetto approvato dalla Regione Marche prevede inoltre forme di residenzialità prolungata o definitiva e forme di residenzialità breve. La residenzialità prolungata o definitiva può essere assicurata sia facendo riferimento alle strutture già attive sul territorio regionale ai sensi dell'art. 41 ter della legge n. 162/1998 e ai sensi dell'art. 81 della legge n. 388/2000, che, soprattutto, attraverso la creazione di uno specifico servizio dedicato. Con atti successivi verrà individuata una specifica sede riservata a persone che, per vari motivi, non risultano più in grado di vivere in famiglia; rappresenterà una risorsa di grande significato, aperta al territorio e in grado di gestire forme di distacco graduale da parte delle famiglie (ad esempio prevedendo la possibilità di ospitare i genitori per determinati periodi, ecc.).

Oltre alla rete dei servizi descritti, il progetto per il triennio 2007/2009 si prefigge di intensificare delle iniziative di supporto alle famiglie. In concreto si prevede di calendarizzare, con frequenza annuale, i corsi di parent training, dai quali possano anche scaturire localmente gruppi di mutuo aiuto, stimolati e coordinati dai genitori che hanno frequentato i corsi. Oltre ciò si attiveranno periodi di vacanza senza genitori per soggetti con autismo da realizzare nei periodi estivi. Infine sarà potenziato il servizio di *Call Center*, per fornire un riferimento utile ad avere informazioni di vario tipo sull'autismo.

## IV Politiche di tutela della salute mentale - I servizi di sollievo

### IV.1 La situazione attuale

Il settore della salute mentale è stato oggetto di un atto programmatico da parte della Regione, la deliberazione amministrativa n.132 del 2004 "Progetto Obiettivo per la Salute Mentale.

Il Progetto Obiettivo ha individuato alcune specifiche modalità di integrazione tra il Dipartimento di Salute Mentale e il sociale (Enti Locali), sia inserendo dei progetti socio-sanitari (Servizi di Sollievo, autismo), sia individuando strutture residenziali e diurne integrate e percorsi per gli inserimenti lavorativi.

Grazie all'istituzione dei "Servizi di Sollievo" anche un'area ad alta integrazione socio sanitaria come la salute mentale ha visto il "sociale" protagonista, a pari dignità, con la sanità. In tutto il territorio regionale si sono sviluppate progettazioni concertate e integrate tra Enti Locali, Dipartimenti di Salute Mentale e 3° settore, attraverso la stipula di appositi protocolli di intesa che hanno coinvolto tutti i Comuni della Regione e tutte le Zone sanitarie .

Fino ad ora, l'integrazione sociale e sanitaria nella salute mentale, aveva riguardato singole e frammentate iniziative (gruppi integrati per gli inserimenti lavorativi in modo particolare).

I percorsi dei Servizi di Sollievo sono riportati in tutti i Piani Sociali triennali degli Ambiti Territoriali Sociali.

Un ruolo centrale nella programmazione e progettazione del "Sollievo" è delle Amministrazioni provinciali che, dal semplice compito di convocare tavoli provinciali di concertazione, sono diventate titolari del progetto, coordinando i singoli moduli territoriali e incominciando a garantire percorsi omogenei di formazione e di monitoraggio.

#### Quadro socio demografico dei Servizi di Sollievo

La programmazione triennale 1° aprile 2006 – 31 marzo 2009 ha visto coinvolti, come i precedenti progetti, tutti i 24 Ambiti Territoriali Sociali (con la partecipazione di tutti i Comuni della regione) e le 13 Zone territoriali dell'ASUR, attraverso l'attiva partecipazione dei DSM ( Dipartimenti di Salute Mentale) e a volte dei Distretti Sanitari.

Sono stati elaborati 18 moduli progettuali che sono confluiti in 4 progetti provinciali, secondo la seguente divisione territoriale:

Provincia	n. progetti	n. moduli progettuali territoriali
Pesaro e Urbino	1	3
Ancona	1	6
Macerata	1	4
Ascoli Piceno	1	5

Di seguito l'elenco di tutti gli Enti capofila dei moduli progettuali che formano il progetto unico provinciale. La rilevazione dei dati è stata fornita da ognuno di questi Enti.

Progetti presentati	Ente capofila progetti/moduli
Provincia di Pesaro	Comune di Pesaro C.M. Alto e Medio Metauro Comune di Fano

Provincia di Ancona	Comune di Ancona Comune di Senigallia Comune di Fabriano Comune di Falconara Comune di Jesi Comune di Osimo
---------------------	--

Provincia Macerata	Comune di Macerata C.M. Monti Azzurri C.M. Alti Valli Comune di Civitanova
--------------------	---

Provincia Ascoli Piceno	Comune di Offida Comune di Amandola Comune di San Benedetto Comune di Ascoli Comune di Fermo
-------------------------	--

I dati riportati in seguito riguardano la rilevazione di 6 mesi di attività (aprile-settembre 2007)

- Sono stati attivati **75 punti di ascolto** per 396 ore settimanali di apertura, oltre 3.000 i colloqui effettuati.
- **52 i luoghi di aggregazione** aperti per 1252 ore settimanali di apertura e oltre 800 ospiti, particolare attenzione viene data all'apertura di tali strutture durante la chiusura dei Servizi territoriali: orario pomeridiano del 67,5%, rispetto al 32,5% del mattino, 5 progetti con apertura anche domenicale e 9 progetti aperti il sabato.
- Dove non è stato possibile intervenire con luoghi di aggregazione sono stati sviluppati gli **interventi domiciliari**, in un'ottica di sostegno e accompagnamento verso interventi di inclusione sociali, pari a 2.798 ore mensili e 258 casi in carico.
- Significative le **esperienze di attività promozionali** nel territorio che nei sei mesi di osservazione, hanno visto 160 iniziative culturali, 67 sportive, 31 di vacanza sociale e 118 di uscite per cene, feste ... per un totale di presenze pari a 1.426 persone.
- Significativa l'esperienza dei **Gruppi di Auto Mutuo Aiuto** che hanno coinvolto familiari e in alcune esperienze anche la stessa utenza. Questo il quadro

	gruppi auto aiuto			
	n. gruppi attivi	n. incontri	n. persone coinvolte	n. totale presenze
<b>Progetti Sollievo</b>	<b>42</b>	<b>635</b>	<b>461</b>	<b>5940</b>

- In sei mesi 249 sono stati i percorsi attivati per gli **inserimenti lavorativi** (dalla borsa lavoro, ai tirocini ...) tenendo conto che il "sollievo" non prevede specificatamente questa azione, in quanto già nel territorio sono nati gruppi integrati multidisciplinari che si occupano di questi percorsi (Provincia, DSM-ASUR, Comuni, Coop. sociali tipo B....).
- Sono state attivate 3 esperienze di **residenzialità breve** all'interno di strutture già esistenti per dare una risposta di "sollievo" ai familiari, secondo modalità (emergenze sociali) e tempi prestabiliti.

- Sono stati attivati i seguenti percorsi di **formazione**: 11 iniziative di formazione specifica, 14 convegni, 62 incontri di supervisione per 996 presenze di operatori coinvolti nel sollievo.
- Sono stati coinvolti 40 Istituti scolastici medi superiori per percorsi di **sensibilizzazione sullo stigma della salute mentale** per un totale di 2646 studenti coinvolti, che ha visto esperienze come teatro, mostre di pittura o fotografiche ... con significative ricadute nel contesto territoriale.

#### IV.2 *Gli atti regionali e lo stato di attuazione*

I servizi di sollievo sono inseriti nel Progetto obiettivo salute mentale della Regione Marche.

Il Progetto “Servizi di Sollievo” è stato istituito dalla Regione Marche attraverso la DGR n. 2966/2001: “Individuazione degli interventi per favorire l’inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno alle loro famiglie”.

Il percorso progettuale ha visto tre annualità sperimentali (progetti pilota 2003, 2004 e 2005); dal 1° aprile 2006 la Regione Marche ha trasformato “I servizi di sollievo” in una progettualità triennale (1° aprile 2006 – 31 marzo 2009) con moduli progettuali annuali, attraverso la D.G.R n.114 del 7.2.2006 “Prosecuzione triennale servizi di sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie”.

#### IV.3 *Le criticità*

I finanziamenti: la triennalità da una parte ha garantito la progettazione per un periodo medio-lungo, dall’altra il finanziamento con cifre costanti nel tempo comporta ogni anno la difficoltà a mantenere lo stesso livello (visto l’aumento del costo del personale, delle utenze ...), proprio in un momento dove viene aumentando la richiesta di interventi e servizi.

L’integrazione sociale e sanitaria, punto di forza del progetto, a volte diventa punto critico quando, a fronte di percorsi di buone pratiche di integrazione, ci troviamo ancora Enti Locali che demandano tutto il problema della salute mentale alla sanità o negano che nel proprio territorio possa esistere il problema, e DSM che ancora faticano ad aprirsi al sociale e al territorio, rimanendo ancorati ad un “potere/sapere sanitario” calato dall’alto. Percorsi di comunicazione, di confronto e di sostegno a livello regionale e provinciale devono diventare la modalità per superare certe “devianze metodologiche”, anche nell’ottica di programmazione per area vasta.

Il monitoraggio: è stata avviata una prima fase di rilevazione dei dati (anno 2006) dei progetti in corso; occorre affinare la scheda di rilevazione allo scopo di avere dati omogenei e facilmente comparabili.

#### IV.4 *Gli obiettivi*

Il terzo naturale passaggio del “Sollievo” che è partito come progetto pilota annuale, per trasformarsi in programmazione triennale con progetti annuali attuativi è quella di diventare, alla scadenza della terza annualità (31 marzo 2009) un “Servizio territoriale” effettivo.

Rafforzare il monitoraggio Regionale per offrire gli strumenti di lettura per le nuove programmazioni del “Sollievo”: dal 2007 schede di rilevazione annuale condivise in ogni territorio.

Consolidare le équipes integrate provinciali del “Sollievo” quale luogo di concertazione e programmazione degli interventi, in una logica di area vasta della salute mentale, lasciando ai singoli progetti territoriali la co-progettazione. Occorre rafforzare il rapporto Provincia e ATS e le buone pratiche di integrazione con l’ASUR attraverso i DSM e i Distretti Sanitari e il terzo settore, con particolare attenzione all’associazionismo dei familiari.

Ripensare il Dipartimento di Salute Mentale, seguendo il percorso già avviato nelle Dipendenze Patologiche attraverso l’istituzione del Dipartimento integrato in una logica di rete e di pari dignità tra tutti i soggetti coinvolti.

Sviluppare i servizi residenziali e semi-residenziali a prevalenza sociale (l.r. 20/2002) per la salute mentale, in una logica di rete con le strutture sanitarie.

Nei percorsi per gli inserimenti lavorativi per persone con problematiche psichiatriche occorre sostenere la presenza di equipe integrate (o gruppi tecnici) con la partecipazione del sociale, del sanitario e delle politiche del lavoro, con conseguente elaborazione e attuazione di protocolli operativi aumentando i momenti di dialogo e dibattito tra le istituzioni e la società civile e coinvolgendo maggiormente le Cooperative di tipo B per “percorsi strutturati” con e verso le aziende.

L'integrazione socio-sanitaria diventa sempre più necessaria, tenendo conto di situazioni sempre più complesse, anche nell'individuazione di percorsi e profili di cura che riguardino le patologie emergenti (età sempre più giovane, concomitanza di patologie psichiatriche e dipendenze patologiche, popolazione straniera in cura ...).

## **V Politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche**

### *V.1 La situazione attuale*

#### **Un fenomeno in continuo cambiamento**

Negli ultimi anni, nella Regione Marche, come del resto in tutto il territorio nazionale, il consumo di droghe legali ed illegali ha assunto dimensioni sempre più preoccupanti e stili sempre più diversificati, trasversali alle diverse fasce sociali e di età.

Pur in temporanea assenza di un sistema di rilevazione regionale omogeneo dei dati sugli utenti e sui trattamenti (e prevedendo questo come uno degli obiettivi più importanti per il prossimo futuro), la dinamica dei fenomeni degli usi e degli abusi può essere desunta sia dai dati comunque disponibili, sia dai dati aggregati disponibili a livello nazionale dalla Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze dell'anno 2007 (e relativa al 2006).

I dati disponibili mostrano, anche per le Marche:

- una (relativa) stabilizzazione nel consumo di eroina come droga primaria tra soggetti parzialmente già contattati e presi in carico dal sistema dei servizi. Tale stabilizzazione segue ad una fase di diminuzione (anni 2001-2002) e di aumento nei due anni successivi. Il consumo di eroina si mostra anche in crescita come consumo sporadico ed occasionale;
- un trend significativamente crescente nei consumi di cocaina, soprattutto negli ultimi due anni e per quanto riguarda il consumo occasionale;
- un aumento nei consumi di alcol, soprattutto quando accompagnato dal consumo di altre sostanze (cocaina, droghe di sintesi, cannabis);
- un aumento netto nell'uso e nel consumo di cannabis, di prevalente carattere sporadico e "di situazione". Tale aumento è marcato anche nelle fasce giovanili della popolazione;
- un aumento percepibile nel consumo di droghe di sintesi, stimolanti ed allucinogeni;
- una tendenza, sia nei consumi sporadici che in quelli più continuativi al policonsumo.

Oltre al coinvolgimento di fasce d'età che vanno dai 14 ai 33 anni, si percepisce fortemente un insieme di cambiamenti sia nelle forme di spaccio e di approvvigionamento in generale (facilitati dai telefoni cellulari ed anche da Internet), sia nei luoghi di consumo (sempre meno aperti e "pubblici"), sia nelle forme e nelle frequenze del consumo, sia nella percezione dei rischi legati al consumo.

Un capitolo a parte merita la segnalazione di un persistente aumento dei fenomeni delle "dipendenze senza sostanze", come il gioco d'azzardo e la dipendenza da Internet. Per questi fenomeni, tuttavia, non sono disponibili dati certi e recenti nemmeno a livello nazionale.

Da segnalare, infine, l'aumento consolidato dei fenomeni di uso di sostanze finalizzate al doping sportivo, che coinvolgono sia il mondo degli sportivi professionisti, sia quello degli amatoriali, soprattutto giovani. Tale fenomeno è accompagnato dall'uso di sostanze specifiche nelle palestre.

Coerentemente con l'atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze (DGR 747/04) e con gli indirizzi che sono in via di identificazione nel primo Piano nazionale d'azione contro le droghe, gli assi portanti del sistema sono i seguenti:

- il coordinamento;
- la riduzione della domanda (articolata nelle seguenti aree: prevenzione, trattamenti, riduzione del danno, reinserimenti);
- l'informazione, la formazione, la ricerca, la valutazione;



mentre la riduzione dell'offerta e la cooperazione internazionale rientrano nella missione di altre istituzioni.

Per quanto riguarda il fenomeno dell'abuso di sostanze e delle dipendenze, il presente Piano si propone di dare la massima attuazione al riordino del sistema (DGR 747/2004), coerentemente con le esigenze di consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria secondo gli indirizzi individuati con la DGR 720/2007, attraverso:

- la programmazione di interventi integrati di prevenzione, frutto del lavoro congiunto dei servizi sociali e sanitari, scolastici, educativi ed aggregativi, pubblici e del privato sociale, con un maggior coinvolgimento della cittadinanza e valorizzando i giovani come protagonisti;
- la ridefinizione dell'offerta dei servizi (ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, diurni, di prossimità, d'inserimento lavorativo) adeguata ai nuovi bisogni;
- la programmazione di percorsi di reinserimento socio-lavorativo in un'ottica globale che coinvolga tutti i soggetti territoriali e non solamente i servizi delle dipendenze.

Tra il 2006/07 sono stati istituiti i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP) secondo l'atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche (DGR 747/2004).

Si tratta di un modello integrato che riconosce pari dignità ai servizi pubblici e del terzo settore, sociali e sanitari: la costruzione di percorsi di prevenzione, di terapia, di riabilitazione e di reinserimento hanno bisogno del reale e pieno coinvolgimento di ogni soggetto del territorio, coniugando le diversità culturali e operative all'interno di un lavoro di rete integrata.

Varietà di offerta, rigore scientifico e programmi personalizzati possono trasformarsi in trattamenti efficaci soltanto all'interno di un sistema integrato e coordinato.

Nella Regione Marche sono stati istituiti 9 Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche: 5 coincidenti con le Zone Territoriali dell'ASUR e 4 sovrazonali; solo in due casi i DDP coincidono con il Distretto/ATS.

### **Quadro epidemiologico**

Trend dell'utenza in carico ai Servizi dal 1994 al 2005			
ANNO	Nuovi utenti	Già in carico o rientrati	Totale in carico
1994	967	1693	2660
1995	1492	2215	3707
1996	1172	2503	3675
1997	1215	2544	3759
1998	1298	2828	4126
1999	1071	2868	4147
2000	1291	2962	4253
2001	1230	3218	4448
2002	1010	3439	4449
2003	1072	3376	4448
2004	1235	3452	4687
2005	1251	3601	4852

Numero utenti tossicodipendenti per tipologia (nuovi e già in carico), stratificato per sesso per Servizio e Zona Territoriale - Anno 2006

Zona Territoriale	Servizi	Nuovi			Già in carico/Rientrati			Totale		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1	Pesaro	127	20	147	225	39	264	352	59	411
	Novafeltria	1	2	3	26	6	32	27	8	35
2	Urbino	90	9	99	69	16	85	159	25	184
3	Fano	21	5	26	123	23	146	144	28	172
	Fossombrone	51	5	56	137	21	158	188	26	214
4	Senigallia	36	16	52	222	36	258	258	52	310
5	Jesi	75	8	83	181	26	207	256	34	290
6	Fabriano	40	6	46	78	24	102	118	30	148
7	Ancona	138	13	151	456	82	538	594	95	689
8	Civitanova M.	39	8	47	303	61	364	342	69	411
9	Macerata	37	5	42	274	50	324	311	55	366
10	Camerino	123	24	147	78	31	109	201	55	256
11	Fermo	98	14	112	281	40	321	379	54	433
12	S.Benedetto	58	17	75	316	50	366	374	67	441
13	Ascoli Piceno	36	8	44	318	42	360	354	50	404
	TOTALE	970	160	1130	3087	547	3634	4057	707	4764

Numero utenti Alcolodipendenti per tipologia (nuovi e già in carico), stratificato per sesso per Servizio e Zona Territoriale - Anno 2005

Zona Territoriale	Servizi	Nuovi			Già in carico./Rientrati			Totale		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
1	Pesaro	29	9	38	30	16	46	59	25	84
	Novafeltria	22	5	27	57	10	67	79	15	94
2	Urbino	24	2	26	23	9	32	47	11	58
3	Fano	2	6	8	13	8	21	15	14	29
	Fossombrone	5	0	5	9	1	10	14	1	15
4	Senigallia	38	12	50	202	29	231	240	41	281
5	Jesi	30	5	35	71	17	88	101	22	123
6	Fabriano	9	2	11	31	15	46	40	17	57
7	Ancona	39	13	52	123	45	168	162	58	220
8	Civitanova M.	20	3	23	22	10	32	42	13	55
9	Macerata	17	6	23	31	11	42	48	17	65
10	Camerino	38	16	54	56	14	70	94	30	124
11	Fermo	18	10	28	42	10	52	60	20	80
12	S.Benedetto	1	0	1	12	1	13	13	1	14
13	Ascoli	3	2	5	1	3	4	4	5	9
	TOTALE	295	91	386	723	199	922	1018	290	1308

### Quadro socio-demografico dell'offerta di servizi

Provincia	Dipartimento Dipendenze	ZONA TERRITORIALE	DISTRETTO SANITARIO	AMBITO TERRITORIALE	POPOLAZIONE DDP	bacino territoriale KMQ	
PU	Pesaro	1 Pesaro	pesaro	1 pesaro	120.898	304,19	
			novafeltria	2 novafeltria	17.191	328,2	
	Totale Pesaro				138.089	632,39	
	Urbino	2 Urbino		cagli	3 cagli	19.955	511,42
				urbino e urbania	4 urbino	40.625	590,87
				macerata feltria	5 carpegna	19.463	370,84
		3 Fano		fano e pergola	6 fano	96.626	529,58
	fossombrone saltara e			7 fossombrone	29.736	257,31	
	Totale Urbino				206.405	2260,02	
	AN	Senigallia	4 Senigallia	senigallia	8 senigallia	74.987	456,79
Jesi		5 Jesi	jesi	9 Jesi	101.607	673,22	
		6 Fabriano	fabriano	10 fabriano	44.864	542,89	
Totale Jesi				146.471	1216,11		
Ancona		7 Ancona		ancona nord	11 ancona	98.329	123,71
				ancona centro	12 falconara	65.327	144,52
				ancona sud	13 osimo	71.838	213,57
Totale Ancona				235.494	481,8		
MC	Civitanova M.	8 Civitanova M.	civitanova recanati e	14 Civitanova	110.289	365,09	
	Macerata	9 Macerata	macerata	15 macerata	90.407	410,67	
			tolentino	16 tolentino	40.560	441,76	
		10 Camerino	matelica s.severino e	17 San severino m.	33.473	530,07	
			camerino	18 camerino	15.023	749,13	
Totale Macerata				179.463	2131,63		
AP	Fermo	11 Fermo	fermo	19 fermo	108.430	536,41	
			p.to s. elpidio	20 p.s. elpidio	45.551	85,52	
	Totale Fermo				153.981	621,93	
	Ascoli Piceno	12 S. Benedetto	s. benedetto	21 s. benedetto	98.346	329,53	
		13 Ascoli Piceno	ascoli	22 ascoli	73.650	563,33	
			offida	23 spinetoli	28.175	154,46	
			amandola	24 amandola	15.639	417,51	
Totale Ascoli Piceno				215.810	1464,83		

## V.2 *Gli atti regionali e lo stato di attuazione*

### **Lo stato di attuazione del riordino del sistema regionale**

Nel corso del 2006 e del 2007:

- sono stati istituiti 9 DDP sulla base dei criteri regionali;
- sono stati nominati i Coordinatori di ciascun DDP;
- sono state costituite le Assemblee di ciascun DDP;
- si sono insediati i Comitati di ciascun DDP;
- è stato nominato il Comitato interdipartimentale, che si è riunito periodicamente con l'obiettivo di lavorare alle priorità attuative del riordino;
- si è insediato l'Organismo regionale di coordinamento e controllo sullo stato di attuazione del riordino, che si è riunito periodicamente;
- è stato avviato l'iter per attivare l'Osservatorio regionale sulle dipendenze, presso l'Agenzia Regionale Sanitaria.

## V.3 *Gli obiettivi*

### **Obiettivi prioritari del sistema per il periodo di riferimento**

Nell'ambito del piano di lavoro per l'intera area dell'integrazione socio-sanitaria, così come indicato nella DGR 720/07 (Consolidamento e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria della Regione Marche) gli obiettivi prioritari del sistema per il periodo di riferimento sono i seguenti:

- definizione di protocolli diagnostici, certificativi, terapeutici ed operativi omogenei e condivisi da tutti i servizi del territorio regionale;
- ridefinizione del sistema di offerta dei servizi residenziali, semiresidenziali e non residenziali (di strada, d'inserimento lavorativo);
- analisi e ridefinizione del sistema delle rette per le strutture residenziali private accreditate;
- analisi delle dotazioni organiche e tecnologiche dei servizi e stabilizzazione del sistema;
- avvio del sistema informativo regionale sulle dipendenze (SIND-SESIT).

### **Obiettivi specifici 2008-2009**

- pieno funzionamento di tutti gli organi dei DDP;
- superamento delle criticità specifiche dei DDP sovrazionali;
- stesura del primo Piano integrato pluriennale degli interventi del DDP, con programmi attuativi annuali redatti con i Coordinatori d'Ambito, e da includere nei Piani d'Ambito territoriale sociale;
- implementazione delle attività di prevenzione del disagio sociale e del consumo di droghe legali ed illegali e di promozione del benessere;
- implementazione delle attività di reinserimento socio-lavorativo;
- studio di prassi operative integrate tra DDP, Distretti sanitari ed Ambiti Territoriali Sociali.

### **Obiettivi specifici 2010**

- Consolidamento della prassi operativa integrata dipartimentale;
- sviluppo di nuove ipotesi organizzative, di ricerca e di sperimentazione sia clinica che gestionale.

## VI Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza

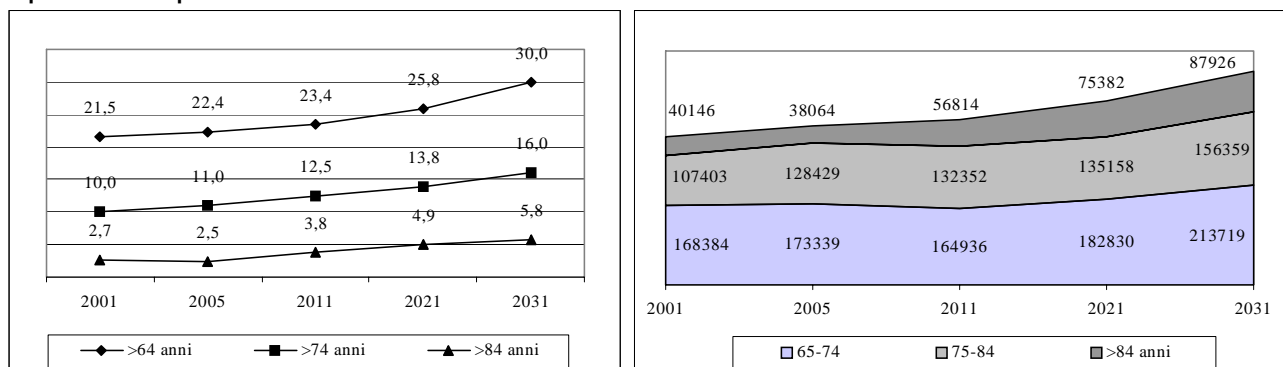
### VI.1 La situazione attuale

Secondo i dati dei registri anagrafici comunali, all'1.1.2005 la popolazione residente nella regione Marche ammontava a 1.518.780 persone. L'analisi dei dati per età evidenzia come la popolazione della regione Marche sia caratterizzata da una quota rilevante di persone anziane: la popolazione ultra sessantatreenne costituisce infatti il 22,4% della popolazione totale. Si tratta del quinto valore regionale più elevato, che seppur distante dal 26,5% della Liguria, risulta vicino ai valori di Emilia Romagna, Toscana e Umbria, superando di 1,4 punti percentuali il dato relativo all'Italia centrale e di ben 2,9 punti percentuali il dato nazionale.

All'1.1.2005 il numero di persone di sessantacinque anni e più ammonta a 339.832 unità, 23.899 in più rispetto al 2001 (per un tasso di incremento del 7,6%). Il peso della popolazione di 85 anni e più è considerevole, dal momento che essa costituisce attualmente l'11,2% della popolazione con più di 64 anni. Secondo le stime ISTAT il numero di ultra sessantatreenni crescerà a 354.102 unità nel 2011, superando quota 450.000 nel 2031. La crescita della popolazione anziana dovrebbe toccare il picco delle 531.381 unità nel 2045 per poi calare negli anni successivi.

Al di là dei dati assoluti, continuerà il trend crescente già delineatosi negli ultimi anni del rapporto tra popolazione anziana e popolazione totale: tra circa venticinque anni, nel 2031, l'indice di invecchiamento della regione Marche raggiungerà il 30%, con una consistenza di circa 88.000 ultra 84enni, più del doppio della consistenza attuale.

Popolazione con più di 64 anni residente nelle marche – Trend 2001 -2031



Dunque il dato demografico regionale mostra come sia di primaria importanza per le politiche sociali la "questione anziani", collocando le Marche, già oggi ma ancor più in prospettiva futura, fra le regioni più interessate dal processo di invecchiamento della popolazione e quindi del fenomeno della non autosufficienza degli anziani.

Gli indici demografici che misurano l'incidenza della popolazione anziana si presentano abbastanza omogenei nel territorio regionale delle cinque province delle Marche, anche se in alcuni contesti territoriali si registrano valori più elevati della media: l'incidenza percentuale della popolazione con più di 64 anni oscilla da un minimo del 20,2% (ATS 1 e 20) ad un massimo del 28,6% (ATS 18); l'incidenza della popolazione con più di 84 anni sul totale della popolazione con più di 64 anni oscilla da un minimo del 9,2% (ATS 20) ad un massimo del 14,1% (ATS 18).

### *La consistenza degli anziani non autosufficienti*

Non è disponibile una quantificazione puntuale del numero degli anziani non autosufficienti residenti nelle Marche. Prendendo in esame i dati statistici più recenti disponibili è possibile dare un macro-quantificazione del fenomeno stimando la consistenza degli anziani non autosufficienti:

- da un minimo di 35.203 individui (pari al 10,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni), corrispondenti ai beneficiari di indennità di accompagnamento per invalidità civile in età superiore a 64 anni e residenti nelle Marche<sup>3</sup> al 31\12\2004;
- ad un massimo di 38.865 individui (pari all'11,4% della popolazione residente in età superiore a 64 anni) corrispondenti alla somma degli individui in età superiore a 64 anni che al 31\12\2005 dichiaravano di vivere "confinati in casa"<sup>4</sup> o erano rilevati come ospiti presso le strutture residenziali della regione<sup>5</sup> al 31\12\2005.

E' opportuno sottolineare che le dinamiche demografiche sopra descritte, caratterizzate da un progressivo invecchiamento della popolazione con una incidenza crescente degli over 80, concorreranno a determinare una crescita quantitativa del fenomeno della non autosufficienza.

### *L'organizzazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*

Secondo dati desumibili da indagini regionali è possibile stimare la seguente organizzazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti:

assistiti presso le strutture residenziali <sup>6</sup>	4.542
assistiti a domicilio dai servizi ADI delle ASUR <sup>7</sup>	6.664
assistiti a domicilio dalle cosiddette "badanti" <sup>8</sup>	12.227

Oltre questi interventi occorre infine considerare che i servizi domiciliari (SAD) dei Comuni e degli Ambiti territoriali offrono agli anziani una serie di servizi di assistenza alla persona (preparazione pasti; cura e igiene della persona; cura e riordino dell'abitazione; lavatura stiratura e rammendatura della biancheria; etc.). Sebbene si tratti di servizi non mirati all'utenza non autosufficiente, non è da escludere che una parte dell'utenza dei Servizi SAD sia costituita da

---

<sup>3</sup> Fonte ISTAT – Beneficiari delle prestazioni pensionistiche – Anno 2004

<sup>4</sup> Stima basata sull'incidenza di anziani con almeno una difficoltà confinati in casa sul totale della popolazione con più di 64 anni (**valore Marche 10,1%**). Fonte ISTAT - Indagine Statistica Multiscopo sulle Famiglie – Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2004-2005

<sup>5</sup> Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

<sup>6</sup> Anziani non autosufficienti presenti nelle strutture residenziali. Proiezione (basata sulla consistenza dei posti letto) al 31\12\2005 dei dati rilevati dall'indagine riferita al 31\12\2003 - Fonte Osservatorio Regionale Politiche Sociali

<sup>7</sup> Proiezione (basata sulla consistenza della popolazione con più di 64 anni) al 2005 di dati riferiti riferito al 2003 e desunti dall'indagine sull'assistenza domiciliare nelle Marche condotta dall'Agenzia Regionale Sanitaria in collaborazione con il CRISS dell'Università Politecnica delle Marche. L'indagine in particolare rileva: 8.099 utenti ADI, di cui 7.128 in età maggiore di 64 anni, dei quali 6.415 assistiti presso il domicilio dell'utente e 713 presso strutture residenziali.

<sup>8</sup> La stima degli anziani assistiti a domicilio dalle cosiddette "badanti" è desunta dai risultati dell'indagine promossa dall'ARMAL della Regione Marche e condotta da Emanuele Pavolini. "Il mercato privato dell'assistenza nelle Marche: caratteristiche e ruolo regolativo dell'attore pubblico". La stima è riferita all'anno 2005.

anziani non autosufficienti. Si stima che nel 2005 i servizi SAD attivi negli Ambiti territoriali abbiano assistito un complesso di circa 4.464 utenti<sup>9</sup>.

#### *Il sistema dei servizi*

Di recente è stato avviato un processo di adeguamento dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali, finalizzato a dare risposte più appropriate al tema della non autosufficienza. Si tratta in particolare di due interventi:

- la regolamentazione delle autorizzazioni delle strutture socio assistenziali (l.r. 20\2002);
- l'atto di fabbisogno che prevede l'innalzamento e l'omogeneizzazione dell'assistenza sanitaria agli anziani non autosufficienti ospiti delle strutture residenziali.

Prima di questi interventi il comparto residenziale era caratterizzato:

- dalla presenza di case di riposo, solo in piccola parte specializzate in relazione all'utenza non autosufficiente;
- da una localizzazione territoriale dell'offerta molto disomogenea;
- da condizioni tariffarie molto disomogenee;
- dalla presenza di livelli assistenziali sanitari molto diversificati, sia in termini di prestazioni offerte, sia in termini di sostegno pubblico della spesa.

Nel comparto residenziale, si registra oggi la seguente situazione:

- i titolari delle strutture residenziali per anziani hanno richiesto autorizzazioni per Residenze Protette per un totale complessivo regionale di 3.923 posti letto<sup>10</sup>;
- L'ASUR sta completando il convenzionamento di 2.500 posti letto in Residenze Protette (come previsto dall'Atto di Fabbisogno), con un livello di assistenza minimo di 50' (OSS + Infermiere) a fronte dei 100' previsti dal regolamento della legge regionale di autorizzazione;
- La quota di ospiti non autosufficienti presenti nelle strutture ma non coperta dalle convenzioni di cui sopra, viene assistita con prestazioni "minimali" attraverso il servizio ADI;
- I posti letto in RSA<sup>10</sup>, che al 31\12\2003 assommavano a 909 unità e per i quali era previsto (precedente Piano Sanitario) un potenziamento fino a 1.320 PL con un obiettivo intermedio (Atto di fabbisogno) di 1.000 PL, per effetto delle nuove attivazioni e della trasformazioni di una quota di posti letto RSA in posti letto RP, assommano al 31\12\2006 a 891 posti letto.

Al 31\12\2006, il comparto dei servizi semi residenziali è costituito da 26 centri diurni (21 centri diurni per anziani e 5 centri diurni alzheimer), con una dotazione complessiva di 418 posti (334 nei centri diurni per anziani e 84 nei centri diurni alzheimer); l'indice di dotazione complessiva (centri diurni per anziani + centri diurni alzheimer) si attesta su valori molto contenuti: 1,2 posti per 1000 anziani residenti.

---

<sup>9</sup> Proiezione (basata sulla consistenza della popolazione con più di 64 anni) al 2005 di dati riferiti riferito al 2003 e desunti dall'indagine sui Servizio di Assistenza Domiciliari svolta dalla rete degli Osservatori per le Politiche Sociali. L'indagine in particolare stima un complesso di 5.175 utenti del servizio, dei quali 4297 (83%) costituiti da utenti anziani.

<sup>10</sup> Posti letto in strutture residenziali. Confronto tra la situazione ante (2003) e post (2006) L.R. 20\2003

Posti letto in:	2003	2006
Case di riposo	6380	2678
Residenze protette		3923
RSA	909	891
Totale	7289	7492

### La distribuzione territoriale dei servizi

La distribuzione territoriale dell'offerta dei servizi residenziali permane molto disomogenea con indici di dotazione (Posti Letto\Popolazione Anziana) generalmente:

- prossimi alla media regionale nelle Aree vaste di Pesaro-Urbino e Macerata;
- più elevati della media regionale nell'Area vasta di Ancona;
- decisamente al di sotto della media regionale nelle Aree vaste di Ascoli Piceno e Fermo.

	Totale strutture residenziali per anziani	Strutture per anziani auto sufficienti	Residenze Protette		RSA per anziani
			Totale	di cui con pl previsti in Atto Fabbis.	
<b>Posti letto</b>					
Area Vasta PU	1695	654	887	574	154
Area Vasta AN	3047	1029	1733	897	285
Area Vasta MC	1576	600	791	526	185
Area Vasta AP	1216	437	512	503	267
Totale Regione	7534	2720	3923	2500	891
<b>Indici di dotazione: Posti letto per 1000 anziani residenti</b>					
Area Vasta PU	21,6	8,3	11,3	7,3	2,0
Area Vasta AN	28,3	9,6	16,1	8,3	2,6
Area Vasta MC	22,8	8,7	11,4	7,6	2,7
Area Vasta AP	14,4	5,2	6,1	5,9	3,2
Totale Regione	22,2	8,0	11,5	7,4	2,6

Fonte Osservatorio Politiche Sociali – Posti letto al 31\12\2006

Gli indici di dotazione presentano ancora maggiore disomogeneità se si analizzano i dati riferiti alle 13 Zone ASUR, con indici che presentano valori massimi fino a 4-5 volte superiore dei valori minimi:

- tra le aree con indici di dotazione più elevati si segnalano le Zone di Senigallia, Jesi, Ancona e Camerino;
- mentre tra le aree con indici di dotazione più contenuti si segnalano le Zone di Pesaro, Fabriano, Fermo, Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

### La spesa sociale e la compartecipazione dell'utenza

Si stima che nell'anno 2003 (ultimo dato disponibile) la spesa sociale dedicata al comparto dei servizi per gli anziani, considerando l'insieme dei finanziamenti statali, regionali e comunali, sia stata pari a 24,3 milioni di euro, il 19% del complesso della spesa sociale annua. La spesa pro capite per anziano residente è pari a circa 74 euro. Si tratta di valori che collocano la regione Marche ben al di sotto della media nazionale che fa registrare circa il 25% della spesa dedicata al comparto degli anziani per un valore pro-capite di 119 euro.

Per la fruizione dei servizi sociali comunali gli anziani hanno compartecipato alla spesa per un complesso di 20,2 milioni di euro, con un tasso di compartecipazione di oltre il 40%. Se si analizzano i dati relativi all'intero sistema dei servizi residenziali, che comprende anche le strutture residenziali di cui non è titolare il Comune, il tasso di compartecipazione dell'utenza alla spesa tende a crescere ulteriormente, raggiungendo il valore del 69%.



Si tratta di valori decisamente più elevati di quelli riferiti agli altri tipi di utenza:

compartecipazione al totale della spesa		
	dei servizi comunali	dei servizi residenziali
minori	16%	1%
disabili	2%	26%
adulti	5%	12%
anziani	44%	69%

Anche se si tratta di dati riferiti al 2003 e che non tengono ancora conto dell'intervento messo in campo con l'Atto di fabbisogno, che ha sicuramente ridotto il tasso di compartecipazione dell'utenza, il sistema degli interventi dedicati agli anziani risulta comunque caratterizzato da:

- un flusso di spesa inferiore alla media nazionale;
- da tassi di compartecipazione alla spesa decisamente più elevati di quelli relativi agli altri comparti di utenza.

#### VI.2 *Gli atti regionali e lo stato di attuazione*

Le indicazioni relative alle strategie da seguire fanno riferimento, nel caso delle politiche per anziani, ad alcuni atti di programmazione già approvati e che necessitano di essere portati avanti e completati nei loro obiettivi. Si tratta in particolare di:

- Piano regionale "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo – prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza" (DGR 1566 del 14.12.2004) che necessita di essere realizzato in tutti i suoi contenuti (accesso unico, struttura dei percorsi assistenziali, rafforzamento e riqualificazione del sistema dei servizi);
- DGR 323/05: "accordo con le organizzazioni sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti" che deve proseguire il suo processo di applicazione delle indicazioni riportate nell'accordo sindacale e di implementazione della spesa necessarie per la riqualificazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti accolti nelle residenze protette.

#### *Il Piano regionale sugli anziani:*

Questo importante documento impostava una metodologia di intervento e individuava obiettivi importanti su cui negli anni successivi la Regione si è mossa sia pur su alcuni aspetti parziali e che continuano ad essere validi anche per il prossimo triennio di vigenza del presente Piano.

Le indicazioni più importanti in termini di metodologia hanno riguardato:

- l'inserimento delle politiche di settore all'interno di una programmazione sociale territoriale più complessiva;
- la definizione di contenuti di un intervento che individuano nell'anziano una risorsa in quanto cittadino che a tutti gli effetti partecipa alla vita delle comunità locali;
- la costruzione di una politica complessiva che "accompagni" la storia naturale dell'età anziana partendo dal riconoscimento dell'esistenza di *diverse condizioni anziane*. Infatti Le variabili sociali, economiche, culturali; le differenze di comportamento e le scelte; la presenza o meno di un tessuto di solidarietà familiari o relazionali; gli eventi critici di salute; le diverse opzioni relative alla abitazione sono tutti elementi che condizionano il *come* si diventa anziani, nella più ampia imprescindibilità del naturale processo di invecchiamento che interessa la popolazione nel suo insieme.

A questo proposito il Piano del 2004 individuava: 1. le fasi e gli episodi salienti tipici del ciclo di vita dell'anziano, gli eventi associati, le risorse ed i fattori che possono fungere da sostegno al mantenimento dell'autonomia individuale e familiare, i problemi e le criticità che possono limitare la funzionalità degli stessi, le risorse e le solidarietà che possono contrastare tali criticità, ed infine gli

obiettivi che ispirano l'azione progettuale; 2. Gli obiettivi che venivano però modulati definendo quali fossero i soggetti chiamati a darvi risposta; con quali ruoli, quali funzioni e quali strumenti.

Venivano infine indicati i percorsi assistenziali per la non autosufficienza che costituiscono elementi ancora attuali e su cui il presente Piano ritorna in diverse parti.

In particolare si parla di: 1. Struttura dei percorsi assistenziali (accesso, valutazione, costituzione UVD, progettazione del percorso personalizzato, monitoraggio, offerta dei servizi, compartecipazione ai costi e funzioni informative); 2. Rafforzamento e qualificazione del sistema dei servizi (residenziale, semiresidenziale e domiciliarietà); 3. Interventi a sostegno del lavoro di cura da parte di soggetti privati (badanti).

#### *Il protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza*

Sottoscritto dalla Regione Marche e dalle organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil e relative organizzazioni dei pensionati nel novembre 2004 riportava un percorso di lavoro con alcune tappe precise che sono ancora oggetto di confronto e concertazione con le parti sociali, ma su cui risono costruiti alcuni riscontri positivi in materia di residenzialità socio-sanitaria, ma sono state evidenziate alcune inadempienze che diventano obiettivi anche per il presente piano.

Si parla di:

- Riqualficazione dei posti letto nelle RSA e nelle RP con relative erogazioni finanziarie;
- Definizione regolamenti di accreditamento delle residenze protette;
- Elaborazione standard assistenziali RSA;
- Realizzazione accessi unici alla rete dei servizi sociali e sanitari;
- Attivazione di percorsi di dimissioni protette e funzioni di presa in carico;
- Definizione linee guida regionali sull'ISEE;
- Realizzazione estensione/qualificazione ADI;
- Riordino criteri del sistema tariffario nei servizi per non autosufficienti;
- Riorganizzazione del sistema delle cure domiciliari comprensivo dell'assistenza privata.

Su questi documenti di programmazione con relativi impegni operativi la Regione ha avviato un percorso di costruzione di politiche per anziani autosufficienti e non autosufficienti che in questo Piano viene ripreso e, in un'ottica di continuità strategica, ricondotto ad obiettivi raggiungibili.

#### *VI.3 Le criticità*

- Fabbisogno crescente legato all'invecchiamento della popolazione;
- Larga quota di bisogno risolto attraverso l'auto organizzazione delle famiglia (badanti);
- Percorso assistenziale parcellizzato e non integrato; forte carenza di coordinamento delle politiche e degli interventi di prevenzione, cura domiciliare, assistenza diurna, assistenza residenziale;
- Dotazioni posti letto autorizzati, attualmente al di sotto delle richieste dell'utenza e degli standard di assistenza previsti dalla l.r. 20/2002;
- Ridotta dotazione di posti autorizzati in centri diurni;
- Disomogeneità territoriali sia nella dotazione dei servizi, sia nel tipo di risposte fornite, dalla valutazione, agli standard assistenziali erogati, al sistema tariffario;
- Carenza di risorse professionalizzate per l'assistenza sanitaria (infermieri e OSS).

#### *VI.4 Gli obiettivi*

Stesura ed approvazione di un programma di prevenzione della non autosufficienza (campagne informative, e azioni di prevenzione: sport, alimentazione, controlli sanitari, etc.) che punti alla valorizzazione dell'"anziano come risorsa".

Stesura e approvazione di un programma di contrasto, riduzione e accompagnamento della “non autosufficienza” che intervenga sulle seguenti questioni e attui le indicazioni di seguito riportate affidandone la competenza tecnica ai gruppi di progetto istituiti dalla “cabina di regia per l’integrazione socio-sanitaria tenendo conto della strumentazione normativa nazionale a tutt’oggi in fase di approvazione e ai relativi fondi che vengono messi a disposizione:

- qualificazione e unicità dell’accesso ai servizi integrati sociali e sanitari per gli anziani non autosufficienti attraverso l’analisi dello stato di attuazione e funzionamento degli UPS/Sportello della salute e la sperimentazione di forme di coordinamento specificamente mirate a questa tipologia di bisogno (nell’ambito della rivisitazione complessiva del sistema di accesso integrato alla rete dei servizi sociali riportato nella prima parte del presente Piano);
- il potenziamento e la riorganizzazione complessiva del sistema di Valutazione della non autosufficienza individuando le “Unità Valutative di Distretto” quali punti unici integrati socio-sanitari per la valutazione, la presa in carico e la dimissione dell’anziano, e quali snodi per l’obiettivo dell’appropriatezza delle prestazioni con relativa predisposizione di linee guida (sempre nell’ambito della rivisitazione complessiva del sistema di accesso integrato alla rete dei servizi sociali riportato nella prima parte del presente Piano);
- il contenimento del flusso di “istituzionalizzazione” dell’anziano non autosufficiente all’interno delle strutture residenziali in una prospettiva di potenziamento del sistema delle cure domiciliari;
- la ridefinizione della dotazione di posti letto convenzionati in Residenza Protetta dagli attuali 2.500 posti letto ai quali è stata garantita una assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) minima di 50’ attraverso la verifica del livello convenzionale tra ASUR ed enti gestori delle residenze protette per garantire l’effettività dei livelli assistenziali, la verifica dell’appropriatezza del ricovero e il potenziamento delle cure domiciliari per il contenimento dei livelli di istituzionalizzazione;
- la possibilità di incremento, nel corso del triennio di vigenza del presente Piano, del livello di assistenza sanitaria (OSS + Infermiere) fino a raggiungere la disponibilità di operatori necessari per sostenere la soglia dei 100’ di assistenza prevista dal regolamento di autorizzazione per il numero complessivo dei posti letto convenzionati;
- riqualificazione e aggiornamento specifico per il personale dei servizi per gli anziani non autosufficienti attraverso l’aggiornamento degli operatori socio sanitari già operanti nei servizi residenziali e semiresidenziali adeguando la formazione alla normativa regionale vigente, la predisposizione e approvazione di atti specifici dedicati alle attività formative relative al conseguimento della qualifica di Operatore Socio-sanitario, l’individuazione di percorsi di aggiornamento e formazione programmata per OSS e Infermieri sul tema della non autosufficienza;
- riordino complessivo del sistema delle cure domiciliari con riferimento particolare all’ADI attraverso la predisposizione di linee guida al fine di poter conseguire caratteri di omogeneità nel processo di valutazione, presa in carico, trattamento e dimissione del paziente;
- il potenziamento dell’assistenza domiciliare agli anziani non autosufficienti fino a una capacità di servizio, da raggiungere e verificare nel corso del triennio, di circa 10.000 utenti anno per prevenire nuova domanda di istituzionalizzazione;
- la costruzione di un sistema tariffario regionale del sistema residenziale protetto per gli anziani non autosufficienti in base ai nuovi dati a disposizione che parta da un’analisi dettagliata dei costi della componente sanitaria separandoli dai costi della componente alberghiera;
- Armonizzazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi in termini di compartecipazione alla spesa dei servizi destinati ai non autosufficienti attraverso il sostegno all’utilizzo dello strumento ISEE per il calcolo del reddito e la definizione di criteri equi ed omogenei di accesso all’offerta dei servizi definendo linee guida per l’utilizzo dello strumento dell’ISEE partendo dai contenuti dell’accordi siglato dalla Regione Marche con ANCI e organizzazioni sindacali;

- l'avvio di un percorso concertato con le parti sociali finalizzato ad individuare i contenuti di un intervento di qualificazione, emersione dal lavoro nero, potenziamento del servizio di "assistenza domiciliare privata" (badanti) attraverso la valutazione del progetto "assegno servizi" e l'individuazione di percorsi possibili assieme al rilancio del "progetto qualificazione del sistema di assistenza domiciliare privata";
- la riqualificazione e potenziamento dei centri diurni per anziani.

#### *VI.5 Uno sguardo nazionale*

L'interesse per lo sviluppo del sistema della "non autosufficienza" ha portato il governo centrale a promuovere un primo abbozzo complessivo di riforma attraverso una serie di atti e di relativi supporti finanziari su cui le Regioni dovranno a loro volta costruire il proprio sistema.

Anticipato da un decreto di riparto fondi per le non autosufficienze per l'anno 2007 per un totale di 100 milioni di euro che porta nelle casse della Regione Marche un corrispettivo di euro 2.933.259,89, è stato predisposto dal Governo un disegno di legge delega, allegato alla finanziaria 2008, recante "norme relative alle persone non autosufficienti" su cui verranno previsti adeguati finanziamenti annuali in grado di sostenere un sistema articolato.

Seguirà l'adozione di decreti delegati che interverranno sui diversi aspetti della legge.

## **VII Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati**

### *VII.1 La situazione attuale*

Le Marche hanno conosciuto, nel volgere di poco più di un decennio, un aumento notevole di popolazione straniera passando dalle 10.000 unità del 1994 alle 91.325 del 2005. Il dato 2005 fa riscontrare una percentuale di incidenza degli stranieri sulla popolazione autoctona del 6%, ben superiore al 4,5% del dato nazionale.

Secondo i dati del Dossier sull'immigrazione nelle Marche 2006, a cura di Caritas/Migrantes Marche, la provincia di Ancona rappresenta storicamente l'area di maggiore insediamento: n. 27.707 immigrati di cui n. 6.139 minori. La composizione del flusso evidenzia la tendenza nazionale, ossia quella della frammentazione in una miriade di comunità di cui le più numerose appartengono all'Albania, Tunisia, Macedonia, Marocco.

La provincia di Ascoli Piceno, al contrario, ospita il minor numero di cittadini stranieri non UE: n. 17.783, di cui n. 3.810 minori, provenienti prioritariamente dall'Albania, Romania, Polonia, Ucraina, Macedonia.

La provincia di Macerata è, invece, la seconda nelle Marche per la presenza di immigrati, le cui nazionalità rappresentano l'Europa centro-orientale.

La provincia di Pesaro-Urbino registra la presenza di n. 22.067 immigrati, di cui n. 5.174 minori, con un incremento annuo di presenze considerevole. Gli europei e gli africani costituiscono i gruppi maggioritari.

Nelle Marche il lavoro è il motivo principale nel progetto migratorio, segue il "ricongiungimento familiare", ad attestare che il fenomeno riguarda più le famiglie che i singoli individui.

La celerità d'insediamento, la diffusione in tutto il territorio e la stabilità delle presenze hanno cambiato il volto e la geografia della nostra Regione, chiamata ad attivare servizi e strutture d'accoglienza per integrare i nuovi arrivati nel tessuto territoriale.

Nel momento in cui si sono avviate politiche di risposta all'emergenza, si è contemporaneamente preso atto di essere di fronte ad una congiuntura storica che richiede una trasformazione delle stesse strutture, non più adeguate ad affrontare i bisogni di una società multietnica. I cambiamenti, per avere esiti positivi, esigono ampi consensi e condivisione d'intenti per cui da subito si è evidenziata la dimensione educativa di corrette e democratiche politiche sociali. Se la casa, il lavoro, la sanità rappresentano diritti essenziali per chi lascia il proprio paese d'origine, è altrettanto vero che spetta alla cultura, all'istruzione, la capacità di dare una risposta alle aspettative di miglioramento sociale che alimentano i progetti di vita di tutti: migranti e autoctoni.

L'acquisizione di una sicurezza economica è, infatti, elemento indispensabile, ma non sufficiente a garantire la coesione sociale che richiede un progetto politico più raffinato e profondo.

Le società europee a più lunga memoria d'immigrazione hanno, infatti, dimostrato che gli investimenti economici necessitano di un'adeguata sensibilità interculturale. Francia, Svizzera, Germania, Gran Bretagna, già da trenta o quarant'anni hanno iniziato ad affrontare il problema, ma la recrudescenza di forme di xenofobia e violenza in tutta Europa mostrano il limite di soluzioni che hanno concepito politiche d'intervento senza mettere in discussione le proprie strutture istituzionali e le modalità di formazione. Cambiando la composizione sociale, gli stati europei hanno promosso politiche migratorie relegandole ad azioni ad hoc, o comunque speciali, per soggetti da considerare come ospiti e minoranze marginali rispetto ad un sistema rimasto sostanzialmente invariato e monoculturale. La politica assimilazionistica della Francia, quella del melting pot o della salade di matrice anglosassone, quella dell'ospitalismo tedesca hanno evidenziato i loro limiti per la sostanziale incapacità di far diventare interculturali le strutture delle nuove società già di fatto multietniche e multiculturali.

La sfida cui la Regione Marche cerca di dare risposta è quella di avviare la costruzione di uno spazio pedagogico nuovo in grado di promuovere l'arte dell'incontro che, partendo dai servizi per l'infanzia e l'adolescenza e dalla scuola si diffonda alla realtà circostante.

Il dialogo, la contrattazione e la condivisione di nuove regole hanno bisogno di una educazione/formazione che va curata ed alimentata fin da piccoli, nei nidi, nei centri e spazi per bambini e bambine, nei banchi di scuola, luoghi in cui siedono vicini i futuri adulti che sono chiamati a costruire una nuova cittadinanza, luoghi nei quali possono e debbono incontrarsi genitori e famiglie.

Ciò richiede la decostruzione di visioni monoculturali che, conservando stereotipi e pregiudizi, compromettono l'interazione tra i diversi soggetti della nuova società.

Istruzione, formazione, lavoro, abitazione e partecipazione sono state e devono continuare ad essere le nuove parole d'ordine, gli input su cui programmare le politiche volte a delineare una società regionale coesa e non conflittuale, accogliente e non ghettizzante, pluriculturale e partecipata.

#### La Regione Marche ai vertici in Italia per l'integrazione degli immigrati.

Un modello di integrazione, quello delle Marche, che, per la seconda volta consecutiva, risulta manifestare effetti positivi rispetto al panorama nazionale.

Il quinto "Rapporto sugli indici di integrazione degli immigrati in Italia 2006" del CNEL, curato dall'équipe del Dossier statistico immigrazione Caritas/Migrantes, ha stilato la propria classifica sulla base di tre fattori (la consistenza della presenza straniera, la stabilità sociale e l'inserimento lavorativo).

Nonostante l'Istituto di ricerca abbia aggiornato gli indici di riferimento rispetto all'analisi precedente alcune realtà non sembrano cambiare.

L'indagine infatti conferma che le regioni settentrionali, in particolare l'area nord orientale, posseggono le condizioni più favorevoli per l'integrazione socio-lavorativa degli immigrati.

Il Trentino Alto Adige, il Veneto e la Lombardia guidano la classifica e, secondo il CNEL, si può "parlare di un trittico di regioni" in cima alla graduatoria generale divise da uno scarto minimo.

Al quarto posto si trova l'Emilia Romagna.

La Regione Marche si pone, all'interno della fascia di massima integrazione, al 5° posto e, secondo il Rapporto, "conferma il suo elevato grado di competitività in materia e anche l'affermarsi di un modello Adriatico di integrazione che dal Friuli Venezia Giulia arriva perlomeno fino all'alto Abruzzo".

Regioni	punteggio	fascia
Trentino Alto Adige	1.365	massima
Veneto	1.363	massima
Lombardia	1.363	massima
Emilia Romagna	1.352	massima
Marche	1.334	massima

A fronte di questo quadro generale positivo occorre tenere in debita considerazione la presenza di problematiche attinenti la questione migratoria come di seguito evidenziato nel paragrafo dedicato alle criticità.

Uno dei temi caldi è certamente quello inerente i minori stranieri non accompagnati (in costante aumento in alcune aree regionali prima fra tutte quella di Ancona) per il quale si rimanda al capitolo relativo alle **"Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza"**.

## VII.2 *Gli atti regionali e lo stato di attuazione*

### I servizi per gli immigrati

In considerazione della complessa questione dell'immigrazione, la regione Marche ha posto in atto strategie articolate con un obiettivo di fondo: favorire l'integrazione degli immigrati.

Le politiche di integrazione degli immigrati previste nel Programma triennale regionale 2008/2010, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione amministrativa n 51 del 17 aprile 2007, assicurano l'accesso ai diritti, a partire dal diritto all'accoglienza, all'alloggio, al lavoro, allo studio, alla formazione professionale, all'unità familiare, alle cure sanitarie, ma anche il contrasto alla povertà, alle discriminazioni ed allo sfruttamento in tutte le sue manifestazioni.

Gli Enti locali hanno contribuito all'implementazione su quasi tutto il territorio marchigiano delle politiche di integrazione attraverso Servizi che rispondessero prioritariamente ai bisogni primari (Centri di prima e seconda accoglienza), ai bisogni d'informazione, orientamento ed assistenza legale (Centri Servizi per immigrati), quindi l'attenzione è stata posta al sostegno scolastico a favore dei minori, alla realizzazione di progetti di educazione interculturale, alla mediazione interculturale, alla conoscenza della lingua italiana per adulti. Non sono mancati progetti mirati all'acquisizione di abilità specifiche, all'implementazione di servizi di intermediazione per il reperimento di un idoneo alloggio per sé e per la propria famiglia.

### VII.3 *Le criticità*

- L'offerta di servizi di accoglienza e l'accesso all'abitazione - pur essendo ancora utile mantenere attivi i Centri di prima e seconda accoglienza per immigrati, istituiti nelle Marche dal 1990 e che rispondono a bisogni urgenti per un periodo limitato di tempo, il salto di qualità dovrebbe essere quello che permette di passare dal Centro alla casa;
- il mercato del lavoro - dal momento che nelle Province marchigiane la forza lavoro straniera rappresenta ormai un dato strutturale (con un notevole incremento dei lavoratori stranieri), sarebbe molto importante avviare, accanto alle politiche attive del lavoro promosse dal Servizio regionale Istruzione, Formazione e Lavoro, specifiche politiche di integrazione sociale, al fine di realizzare una governance efficace ed integrata del fenomeno;
- sostegno alla famiglia e alla tutela dei minori - dal momento che la presenza nelle scuole primarie e secondarie di alunni stranieri è rilevante, vanno ripensate le competenze e gli strumenti metodologici degli insegnanti, ma anche il ruolo educativo dell'insegnamento, la didattica, in una prospettiva INTERCULTURALE;
- il diritto alla salute degli immigrati si esplica sia nell'agevolare l'accesso ai servizi, sia nel considerare la formazione degli operatori sanitari un obiettivo prioritario dell'Assessorato regionale alla Salute (DGR n. 1232/2005). Dal 2000 ad oggi, con il supporto ed il monitoraggio dell'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze nella salute", sono stati realizzati in tutte le Zone territoriali della regione gli Ambulatori per gli immigrati STP -Stranieri Temporaneamente Presenti- non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale. Criticità/bisogni emergenti: a) rischio di perdita della salute maggiore rispetto al resto della popolazione per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, e tra questi gli immigrati (Aree più critiche: infortuni sul lavoro; tbc, alcool, AIDS, materno -infantile; disagio psichico); b) difficile accesso ai servizi sanitari e difficile fruizione delle cure; c) mancata assistenza sanitaria e sociale in carcere;
- immigrazione e diritti umani - Nelle Marche, secondo i dati forniti dagli Uffici immigrazione delle Questure-anno 2005, gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per richiesta di asilo o motivi umanitari sono così distribuiti: 177 richieste asilo; 185 richiesta asilo politico (riconoscimento status di rifugiato), di cui n. 13 accolte; 42 richieste motivi umanitari. Le politiche e la rete dei servizi per queste persone sono realizzati sia dagli Enti Locali, nell'ambito del Protocollo d'intesa tra Ministero dell'Interno, Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati e l'Associazione Nazionale Comuni di d'Italia, sia dalle Prefetture. In particolare, presso la Stazione Marittima del Porto di Ancona, la Prefettura competente opera l'Ufficio informazioni immigrazione ed asilo- Ufficio di Frontiera, sulla base di una convenzione tra il Ministero

dell'Interno ed il Consiglio Italiano per i Rifugiati (C.I.R.), che si occupa dell'accoglienza, assistenza, consulenza tecnico-legale per i richiedenti asilo, i rifugiati e gli stranieri destinatari di altre forme di protezione umanitaria;

- la mediazione culturale, che trova particolare debolezza nella: a) confusione del ruolo, competenze del Mediatore Culturale (italiani, stranieri, traduttori, interpreti, operatori sociali) e quindi nella definizione dei destinatari della formazione. Ciò ha determinato un "cattivo impiego" delle persone formate, con conseguente perdita di risorse umane, nascita di conflitti, ecc.; b) disomogeneità formativa per contenuti, durata e destinatari; c) mancanza di corsi di specializzazione, per specifici ambiti di intervento; d) insufficienza dei tirocini formativi, spesso organizzati senza il coinvolgimento degli operatori-tutor dei servizi ed insufficiente formazione degli operatori dei servizi, per un uso appropriato della mediazione; e) carenza delle misure di accompagnamento al lavoro; f) superamento del concetto di mediazione su chiamata, svolta da singoli operatori, per giungere al concetto di "servizio di mediazione" svolto stabilmente da équipes di professionisti adeguatamente preparati, in collaborazione con gli operatori dei servizi territoriali.

#### VII.4 *Gli obiettivi*

La partecipazione degli stranieri tramite il voto amministrativo o la creazione di strutture di rappresentanza costituisce uno degli elementi fondamentali di inclusione nella vita pubblica del paese di inserimento: questa è una sfida da affrontare a livello nazionale e regionale consapevoli che la stabilità di residenza nel nostro paese, più ancora del passaporto, introduce ai diritti di cittadinanza.

Favorire una strategia mirata all'integrazione effettiva degli immigrati nella certezza che questa passi, necessariamente, attraverso un processo che vede l'immigrato inserito nel tessuto locale accanto al cittadino italiano, portatore di bisogni e titolare di diritti di cittadinanza attiva come tutti gli altri.

Promuovere un salto di qualità nell'affrontare i problemi dei cittadini immigrati, passando da un atteggiamento solidaristico della società civile e delle istituzioni ad una politica organica di integrazione e coesione sociale, fermo restando la consapevolezza che le cause del disagio sociale degli immigrati sono spesso comune ai cittadini italiani.

I processi di integrazione dei cittadini stranieri esigono una politica locale basata sulla partecipazione delle associazioni che li rappresentano, sulla condivisione degli obiettivi delle politiche locali, sul riconoscimento della rappresentanza degli immigrati tramite le Consulte, i Consigli Territoriali, i Consiglieri stranieri aggiunti, ecc. La promozione della partecipazione e della rappresentanza delle associazioni di stranieri deve essere un obiettivo esplicito delle politiche degli Enti Locali, con la messa a disposizione di strutture e risorse.

In attesa di una revisione della normativa regionale in materia di immigrazione, occorrerebbe pensare, in accordo con le Province, ad una riconversione dei Centri Polivalenti come luoghi di progettualità interassociativa, di condivisione delle progettualità con gli Enti Locali, di acquisizione di competenze tecniche per lo svolgimento di mansioni qualificate e di utilizzo delle risorse comunitarie per la realizzazione di progetti di inclusione sociale. L'attività del Centro Polivalente andrebbe, inoltre, ripensata ed integrata con la programmazione provinciale sull'offerta formativa collegata al mercato del lavoro, alle agenzie per l'impiego, ma anche alla promozione di progetti di cooperazione allo sviluppo.

- Offerta di servizi di accoglienza e l'accesso all'abitazione: a) sviluppare l'attività di informazione (informazione sul mercato immobiliare, orientamento nella ricerca della casa, pubblicizzazione delle modalità di presentazione delle domande per alloggi Edilizia Residenziale Pubblica,); b) sviluppare le attività di intermediazione tra l'Ente Locale o altro organismo all'uopo preposto, tra proprietari ed immigrati residenti, intermediazione per la ricerca della casa o per la contrazione del mutuo, ecc.; c) incrementare l'offerta di Alloggi sociali di emergenza, ma anche alloggi sociali che prevedano il concorso alla spesa dei datori di lavoro; d) incrementare l'offerta degli alloggi ERP e quelli a canone moderato; e) agevolare l'acquisto della prima casa, migliorare l'edilizia sperimentale, riqualificare le aree degradate dei comuni marchigiani, spesso il luogo di



maggiore concentrazione delle comunità straniere; f) monitorare le situazioni di estremo disagio abitativo; g) eliminare le discriminazioni tra cittadino italiano e cittadino straniero ed assicurare parità di accesso alla casa; h) costituzione dei fondi di garanzia, erogazione di prestiti e contributi a fondo perduto, agevolati, o progetti di microcredito; i) ristrutturazione e/o recupero di case, comodato gratuito di alloggi privati o del patrimonio pubblico dimesso, gestione di alloggi da locare a canone calmierato, la costruzione o autocostruzione di case nuove, tramite cooperative miste di italiani e stranieri.

- Il mercato del lavoro: a) attivare percorsi formativi richiesti dal sistema produttivo, senza trascurare la conoscenza della lingua e cultura italiana, di nozioni giuridiche e di educazione civica; b) risolvere la questione legata al riconoscimento dei titoli di studio acquisiti nei Paesi di origine degli immigrati, ma anche le competenze pregresse maturate dai lavoratori; c) ottimizzare il sistema dei servizi per l'impiego; d) rivolgere particolare attenzione alle condizioni di vita e di lavoro delle donne immigrate, che costituiscono quasi la metà delle persone immigrate e che potrebbero subire una doppia discriminazione, legata al genere ed all'origine etnica; e) individuare percorsi formativi unificati per la validazione della figura professionale del Mediatore Culturale; f) potenziare l'attività regionale di supporto ai programmi di formazione ed istruzione nei Paesi di origine degli immigrati, per agevolare il loro inserimento nei flussi di ingresso in Italia per lavoro; g) concentrare l'attenzione sulle giovani generazioni, anche attraverso un maggiore coordinamento tra domanda di lavoro ed offerta formativa; h) disporre di strumenti che possano rendere efficaci l'integrazione economica, lavorativa e sociale degli immigrati, quale componente del sistema di welfare.
- Sostegno alla famiglia e alla tutela dei minori: a) creare nella scuola i primi passi per un'integrazione forte e attenta alle diversità culturali riqualificando il sostegno scolastico, con interventi di tipo extra-scolastico, come esigenza di sostenere la famiglia nel proprio ruolo educativo, una famiglia spesso con problemi di inserimento socio culturale e di emarginazione sociale; b) contrastare il fenomeno dell'abbandono scolastico soprattutto nelle scuole medie inferiori, attraverso l'orientamento a proseguire il corso di studi, oppure l'accompagnamento al lavoro, attraverso un'attività formativa; c) affermare la "conoscenza interculturale" come un processo ormai avviato in molte scuole, dove il protagonismo degli allievi, l'ascolto e il dialogo sono metodi interculturali, la conoscenza è la ricerca continua, il superamento dei saperi interpretati in senso monoculturale ed etnocentrico; d) sostenere i progetti di educazione interculturale, attuati dagli Enti Locali in sinergia con il privato sociale ed in particolare con le associazioni di immigrati, per promuovere il benessere della persona fondato sul riconoscimento reciproco di pari dignità e sul superamento della visione monoculturale e difensiva della propria cultura; e) istituire un "servizio di mediazione", svolto stabilmente da professionisti adeguatamente preparati; f) attuare i principi della "*Carta dell'Integrazione dei bambini e dei ragazzi con altra cittadinanza presenti nelle scuole marchigiane*".<sup>11</sup>.
- Diritto alla salute degli immigrati: a) ruolo di advocacy da parte del SSR e realizzazione di modelli assistenziali in grado di garantire una reale integrazione politica, organizzativa e

---

<sup>11</sup> Elaborata e sottoscritta nel 2005 dai Dirigenti scolastici delle scuole marchigiane con la Regione Marche, le Province, l'A.N.C.I.e le Università, è basata su principi pienamente condivisi e recepibili:

a) favorire l'accesso dei minori immigrati alle risorse educative e scolastiche comuni, promuovendo opportunità equivalenti, rimuovendo gli ostacoli e predisponendo misure, risorse ed azioni per dare risposte efficaci e positive ai bisogni specifici;

b) sostenere l'intervento delle scuole ed il lavoro educativo dei docenti e degli operatori, attraverso la disponibilità di risorse, la diffusione di strumenti e materiali didattici, la realizzazione di percorsi di formazione e di aggiornamento sui temi dell'accoglienza, dell'insegnamento dell'italiano e dell'educazione interculturale;

c) riconoscere e valorizzare gli apporti culturali e linguistici di ciascun bambino e ragazzo, creando le condizioni positive e le occasioni dello scambio e della reciprocità;

d) tutelare le situazioni di vulnerabilità sociale e relazionale, prestando attenzione costante ai "nodi critici" dei percorsi di integrazione.

professionale; b) Iniziative "culturalmente competenti" e basate sulla pratica dell'empowerment del singolo e della comunità di prevenzione e promozione della salute negli ambiti più a rischio (infortuni sul lavoro; tbc, alcool, AIDS, materno -infantile; disagio psichico); c) accesso ai servizi sanitari e fruizione delle cure: c1) servizi "a bassa soglia" con semplificazione dell'accesso ai servizi, percorsi di presa in carico del paziente svantaggiato nel rispetto di una vera equità (particolare attenzione agli interventi preventivi e di assistenza alla gravidanza, vaccinazioni assistenza pediatrica CSM); c2) applicazione normativa nazionale e disposizioni normative regionali chiare e univoche; c3) gratuità per indigenti; c4) Piena attuazione della DGR 1516/2006 per garantire l'assistenza agli STP; c5) acquisizione di competenze interculturali da parte dei servizi (e operatori); c6) strategie di offerta attiva (anche attraverso mediazione interculturale e sociale); d) assistenza sanitaria in carcere: d1) prevenzione malattie infettive, psichiatriche, tossicodipendenze, autolesionismo; d2) supporto specifico anche servizi di mediazione interculturale; d3) percorsi socio-assistenziali di riabilitazione, d4) applicazione normative nazionali e accordi regionali (legge 419/1998, d.lgs. 230/99, d.m. sanità/2000, accordo Reg. Marche-Min.Giustizia/2001).

- Immigrazione e diritti umani: a) sensibilizzare i cittadini sulla questione "asilo"; b) sensibilizzare gli studenti alle tematiche connesse ai diritti umani, alla tutela dei richiedenti asilo e rifugiati, alla protezione umanitaria; c) rafforzare le misure di accoglienza, accompagnamento, assistenza e tutela legale, in particolare per i soggetti in situazioni sociali molto precarie rispetto all'alloggio, al lavoro, alla formazione, alla salute, in raccordo con il Sistema Nazionale di Protezione; d) monitorare il fenomeno che non riesce ad essere numericamente programmabile.
- Mediazione culturale: emanare una specifica normativa, che definisca il profilo professionale del Mediatore Culturale e la conseguente standardizzazione del percorso formativo allo scopo di superare le attuali criticità.
- Riconversione dei Centri Polivalenti come luoghi di progettualità interassociativa, di condivisione delle progettualità con gli Enti Locali, di acquisizione di competenze tecniche per lo svolgimento di mansioni qualificate e di utilizzo delle risorse comunitarie per la realizzazione di progetti di inclusione sociale. L'attività del Centro Polivalente andrebbe, inoltre, ripensata ed integrata con la programmazione provinciale sull'offerta formativa collegata al mercato del lavoro, alle agenzie per l'impiego, ma anche alla promozione di progetti di cooperazione allo sviluppo. La Regione coglie inoltre come opportunità l'utilizzo delle competenze e del ruolo degli Istituti di Patronato (legge 152/2001) per attività integrative e complementari di sportelli rivolti agli stranieri, sia per il conseguimento di prestazioni socio-assistenziali, sia per la predisposizione di pratiche amministrative secondo le norme legislative vigenti e la prassi instaurata attraverso specifiche convenzioni con il Ministero dell'Interno. Tale opportunità sarà rivolta ad evitare duplicazioni operative, ad instaurare collaborazioni ed integrazioni facilitando l'accesso ai servizi resi ai cittadini immigrati nella Regione Marche.
- Tutela dell'associazionismo e realizzazione della Conferenza Regionale sull'Immigrazione.

## VIII Politiche di intervento nel campo della prostituzione e della tratta

### VIII.1 *La situazione attuale*

#### PROTEZIONE SOCIALE

Nell'ambito degli interventi di protezione sociale a favore delle vittime di sfruttamento, tratta, violenza fisica e psicologica, generalmente straniere e spesso minorenni, si prende atto della complessità sempre maggiore che il fenomeno della prostituzione e della tratta ha assunto anche nella nostra regione, ma anche dell'impegno nella costruzione di strumenti di conoscenza e di intervento in grado di raggiungere le persone trafficate nei diversi contesti di sfruttamento (la prostituzione di strada e al chiuso, il lavoro forzato, l'accattonaggio, le attività illegali, ecc).

### VIII.2 *Gli atti regionali e lo stato di attuazione*

- L.r. n. 2/1998, articolo 20 "Protezione sociale", che prevede la possibilità per le persone vittime di violenza e grave sfruttamento di beneficiare di uno speciale programma di assistenza ed integrazione sociale.
- D.lgs. n. 286/1998, articolo 18 "Soggiorno per motivi di Protezione sociale", che prevede la realizzazione di programmi di assistenza ed integrazione sociale per le persone vittime di violenza e sfruttamento.
- D.p.r. n. 394/1999, articoli 25-26-27-52-53-54, che attuano le misure previste dall'articolo 18 del d.lgs. n. 286/1998.
- Legge n. 228/2003, che prevede l'istituzione di programmi di assistenza a favore delle vittime della tratta.

Sintetizzando la portata originale ed innovativa dell'art. 18 del d.lgs. n. 286/1998, potremmo dire che si tratta di una normativa che, ponendo al centro la relazione tra persone immigrate e l'assoggettamento a condizioni di sfruttamento e diversificate forme di violenza, intende sostenere le vittime di tali violenze e coercizioni e contrastare la tratta di esseri umani a scopo di sfruttamento sessuale e di altro genere.

In particolare la normativa consente di realizzare un percorso di inclusione sociale mediante i programmi di assistenza e integrazione sociale, in condizioni di legalità, sicurezza e autonomia. E' il passaggio dalla vittimizzazione al diritto di cittadinanza, ponendosi in maniera alternativa e antagonista alle reti di sfruttamento.

### VIII.3 *Le criticità*

I fattori di criticità che potrebbero depotenziare e vanificare il grande lavoro svolto nelle Marche dagli Enti Locali e dalle Associazioni iscritte alla Seconda Sezione del Registro degli Enti e delle associazioni che operano a favore degli immigrati, ai sensi del d.p.r. n. 394/1999, negli ultimi 10 anni, possono essere così riassunti:

- cambiamenti nel fenomeno della prostituzione e della tratta che ignora i diritti delle persone, peraltro soggetti deboli e spesso vittime e che ha l'effetto di nascondere il problema della tratta e lo sfruttamento o il disagio delle persone;
- spostamento delle donne che si prostituiscono dalla strada ai luoghi chiusi rendendole soggetti ancora più deboli, perché meno raggiungibili dagli operatori sociali e dalle stesse forze dell'ordine;
- rimpatrio forzato, che significa ributtare le donne nel circuito dello sfruttamento;
- ampliamento delle forme di sfruttamento legate alla tratta;
- nascita di forme di sfruttamento diverse dalla prostituzione, quali il lavoro forzato, l'accattonaggio, le attività illegali a carico di donne ma anche di uomini e transgender, con un

significativo coinvolgimento di minori di entrambi i sessi; rispetto a tali cambiamenti però, sia gli operatori degli interventi sociali che gli operatori delle forze dell'ordine, mancano di appropriati strumenti di conoscenza ed intervento;

- messa a disposizione, per i programmi protezione sociale promossi dallo Stato, di fondi economici assolutamente inadeguati;
- mancanza di un sistema di monitoraggio e di valutazione degli interventi realizzati;
- persistenza della dimensione "progettuale" di azioni che invece rappresentano ormai "servizi";
- ritardi burocratici per il rilascio del permesso di soggiorno ai sensi dell'art. 18, che invalidano in qualche modo la possibilità di incentivare l'aiuto alle vittime e il contrasto alle organizzazioni criminali;
- ritardo nella messa in campo dei programmi di prima assistenza per le vittime di tratta previsti dall'art. 13 della legge sulla Tratta n. 228/2003, da integrare alle azioni in atto ai sensi dell'art. 18.

#### VIII.4 *Gli obiettivi*

- avviare in tempi celeri e in un'ottica di sistema i progetti di prima assistenza a favore delle vittime di tratta ai sensi dell'art. 13 della Legge sulla Tratta n. 228/2003, in sinergia con quelli collegati con i progetti art. 18 del d.lgs. n.286/1998 oppure in alternativa raccordare gli interventi di Protezione sociale (art. 18 del d.lgs. n. 286/1998) di tutela delle vittime e contrasto alla criminalità, con i Programmi speciali di assistenza alle persone vittime di sfruttamento (anche lavorativo) e di riduzione in schiavitù in senso ampio (art. 13 della legge n. 228/2003), prevedendo adeguate risorse regionali, integrative dei finanziamenti statali;
- Continuità dei progetti: passare dai bandi annuali ai bandi triennali e progressivamente a) dalla logica dei progetti a quelle dei servizi, b) dalla logica del pronto intervento di emergenza alla logica della valutazione multidisciplinare (sociale e sanitaria) e del progetto individualizzato e condiviso con l'utente;
- sostenere la progettualità centrata sulla sensibilizzazione del "cliente", sperimentata con il programma Interreg IIIB CADSES "W.E.S.T.";
- promuovere interventi di riduzione del danno e di promozione dei diritti per le persone coinvolte nei diversi fenomeni legati alla tratta;
- promuovere il lavoro di rete tra enti pubblici, organizzazioni non profit, forze dell'ordine, magistratura per l'identificazione e la tutela delle vittime di tratta sia a livello locale che nazionale e per contribuire al contrasto al fenomeno criminale;
- promuovendo interventi con i Paesi di origine e di transito delle vittime di tratta, ed azioni di sensibilizzazione della cittadinanza e delle comunità locali in Italia;
- costruire, per le persone che fruiscono di un programma di Protezione sociale un percorso di cittadinanza attiva, con l'attenzione quindi all'autonomia abitativa e lavorativa, al radicamento territoriale, alla partecipazione ai processi di cittadinanza;
- prevedere che i programmi di rientro volontario assistito vengano estesi alle vittime di tratta sfruttati in ambiti diversi dalla prostituzione;
- promuovere l'inserimento del tema della tratta nelle politiche sociali regionali e locali;
- avviare un sistema efficace e condiviso di monitoraggio e valutazione quali-quantitativo degli interventi a favore delle vittime di tratta ai sensi dell'art. 18 d.lgs. 286/1998 e dell'art. 13 legge 228/2003, allo scopo di promuovere la conoscenza degli esiti più interessanti e la diffusione delle buone prassi a tutti i soggetti coinvolti;
- promuovere interventi adeguatamente sostenuti dal punto di vista finanziario;

- promuovere il lavoro di rete tra enti pubblici, organizzazioni non profit, forze dell'ordine, magistratura per l'identificazione e la tutela delle vittime di tratta, attraverso meccanismi di raccordo interistituzionale, procedure condivise, formazione congiunta;
- promuovere interventi di prevenzione e sviluppo locale nei paesi di origine delle vittime della tratta di esseri umani. Un approccio di questo genere potrà inoltre supportare adeguatamente i percorsi di rientro volontario assistito con reali prospettive di reinserimento sociale e lavorativo.

## IX Politiche di inclusione sociale per adulti in difficoltà e provenienti dal carcere

### IX.1 La situazione attuale

Al febbraio 2007 i detenuti scarcerati nelle Marche in seguito al provvedimento di indulto erano 315, di cui il 43% stranieri, mentre i soggetti beneficiari provenienti dalle misure alternative erano 228.

Al 30 giugno 2007 i detenuti presenti negli istituti marchigiani sono complessivamente 716, di cui 14 donne, a fronte di una capienza regolamentare di 753 persone.

Tali dati sembrano indicare che il provvedimento di indulto abbia esaurito in pochi mesi i suoi effetti sulla popolazione detenuta, aumentata di nuovo fin quasi al limite della capienza degli istituti.

Presenze e Capienze Regionali distribuite per istituto, tipo, posizione giuridica e sesso										Situazione al 30/06/2007						
ISTITUTO	TIPO	CAPIENZA			DETENUTI PRESENTI			POSIZIONE GIURIDICA								
		REGOLAMENTARE		Tot	D	U	Tot	IMPUTATI			CONDANNATI			INTERNATI		
D	U	D	U					Tot	D	U	Tot	D	U	Tot	D	U
ANCONA	CC	0	172	172	0	224	224	0	146	146	0	78	78	0	0	0
ANCONA "BARCAGLIONE"	CR	0	0	0	0	14	14	0	0	0	0	14	14	0	0	0
ASCOLI PICENO	CC	0	125	125	0	103	103	0	57	57	0	45	45	0	1	1
CAMERINO	CC	8	25	33	4	23	27	3	17	20	1	6	7	0	0	0
FERMO	CR	0	36	36	0	31	31	0	0	0	0	31	31	0	0	0
FOSSOMBRONE	CR	0	186	186	0	123	123	0	8	8	0	115	115	0	0	0
PESARO	CC	12	189	201	10	184	194	8	118	126	2	66	68	0	0	0
Totale regione	7	20	733	753	14	702	716	11	346	357	3	355	358	0	1	1

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

Nel periodo 2000-2006 la Regione ha definito gli indirizzi per la realizzazione degli interventi a favore della popolazione detenuta ed ex detenuta, da parte degli Ambiti Territoriali sociali, destinando risorse economiche progressivamente crescenti.

In questi anni sono stati realizzati numerosi e qualificati interventi trattamentali interni, interventi a favore dei detenuti ammessi a misure alternative, attività formative con tirocini ed inserimenti lavorativi, secondo quanto previsto nel Protocollo d'intesa tra Regione e Ministero della Giustizia del 2001.

Per mettere a sistema queste positive esperienze, con un adeguato impianto normativo, la Giunta Regionale sta lavorando alla stesura di una proposta di legge sul sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti in esecuzione penale, degli ex detenuti e dei minorenni sottoposti a procedimento penale.

L'obiettivo di tale proposta di legge è quello di definire i livelli di governance del sistema (competenze regionali, provinciali, degli Ambiti Territoriali sociali, dell'ASUR, del terzo settore) per la programmazione e la realizzazione di interventi a favore:

- dei minorenni sottoposti a procedimento penale
- dei reclusi e degli ammessi alle misure alternative al carcere
- degli ex detenuti.

#### Obiettivi generali per il periodo di riferimento

Gli obiettivi generali del sistema per il periodo di riferimento sono i seguenti:

- approvazione della proposta di legge regionale sul sistema regionale integrato degli interventi a favore dei soggetti in esecuzione penale, degli ex detenuti e dei minorenni sottoposti a procedimento penale;

- applicazione della legge regionale attraverso provvedimenti ed accordi interistituzionali attuativi;
- monitoraggio sull'applicazione della legge regionale.

#### **Obiettivi specifici 2008-2009**

- costituzione del Comitato regionale di coordinamento sull'esecuzione penale e la giustizia minorile;
- stesura, da parte della Regione, del Programma annuale d'indirizzo per gli Ambiti Territoriali sociali;
- istituzione, da parte degli Ambiti Territoriali sociali, del Comitato per l'esecuzione penale;
- adozione, da parte degli Ambiti Territoriali sociali, del programma annuale degli interventi a favore dei soggetti in esecuzione penale.

#### **Obiettivi specifici 2010**

- monitoraggio e valutazione degli interventi realizzati;
- stesura della relazione annuale 2008 sullo stato d'attuazione degli interventi;
- organizzazione di una conferenza regionale sulla condizione penitenziaria, post-penitenziaria e sulle attività promosse a favore dei minorenni sottoposti a procedimento penale nel territorio regionale.

## X Politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale

### X.1 La situazione attuale

*“L'età e la malattia sono, per coloro sui quali si abbattono, due terribili e involontari fattori di miseria. Vegetano sul posto, piuttosto che vivere e, nella vita sociale, non avanzare significa indietreggiare. Un lavoro e una vita malsani generano appetiti e desideri malsani. L'uomo non può essere sfruttato peggio di un cavallo, alloggiato e nutrito come un maiale e avere nello stesso tempo ideali e aspirazioni giusti e chiari”-1902 Jack London da “Inchiesta sui poveri”.*

Ancora oggi le pagine di London sono attuali, dal momento che la condizione di povertà può portare l'individuo ad una delle molte forme di devianza: criminalità, vandalismo, alcolismo, malattia mentale, ecc.

Nel tempo il concetto di povertà ha assunto un significato che va ben oltre la miseria materiale ed economica, associandosi a condizioni tipiche della società attuale: un intreccio complesso e multidimensionale di sofferenza e differenza sociale.

Secondo un recente studio della Fondazione LABOS “Nuove povertà ed esclusione sociale”, il fenomeno della povertà viene rapportato a tre distinti modelli che si sono succeduti nel tempo e che si basano su diversi approcci e dimensioni:

- La **povertà assoluta** - è uno stato di deprivazione sostanziale che rende il soggetto incapace di procurarsi un insieme di beni e servizi ritenuti essenziali al soddisfacimento dei bisogni primari; è alla base delle politiche assistenziali che dovrebbero garantire alle persone di “sopravvivere”, ossia di non scendere sotto un livello di condizioni di vita minimo-accettabile, per cui è una soglia che, con adeguati interventi di redistribuzione può essere superata. Il limite di questa impostazione è il contesto storico-culturale ed economico in cui la persona vive, infatti anche quando si è in grado di soddisfare i bisogni primari si è poveri, perché le proprie condizioni di vita si collocano al di sotto di quelle prevalenti nella società.
- La **povertà relativa** - è un concetto che tiene conto degli standard di vita, dei livelli di reddito o di consumi di un'intera popolazione; in questa ottica essere poveri non significa essere privi di risorse, ma averne una quantità ridotta rispetto agli altri componenti della società in cui si vive. La povertà relativa introduce il concetto di disuguaglianza.
- La **povertà soggettiva** - viene considerata a partire dal grado di soddisfazione dei soggetti nei riguardi della salute, della casa, della situazione economica, delle reti di supporto familiare e amicale, del tempo libero, ecc. Il concetto tradizionale di povertà come deprivazione economica diventa isolamento relazionale, limitazione delle capacità fisiche, riduzione dei livelli di autonomia.

### Esclusione sociale e bisogni

Alla luce di quanto affermato dallo studio della Fondazione LABOS, attualmente il concetto di povertà lascia il posto al concetto di **“esclusione sociale”**, inteso come impossibilità, incapacità o discriminazione a partecipare a processi sociali e personali da parte dell'individuo che perde la percezione di appartenenza ad una comunità.

L'esclusione sociale fa riferimento alle seguenti tipologie di bisogni:

1. i bisogni primari, relativi alla disponibilità di beni materiali di sopravvivenza;
2. i bisogni secondari, la cui soddisfazione implica la responsabilità delle istituzioni;
3. i bisogni relazionali, basati sulla ricerca di un rapporto umano significativo e di un legame affettivo, che generano le cosiddette “nuove povertà”-disagio giovanile, solitudine degli anziani, la fragilità della famiglia, ecc.



Le “povertà estreme” riguardano persone che vivono una condizione di sofferenza e miseria estrema, in cui sono presenti tutte le tre tipologie di bisogni.

L'esclusione sociale riferita ad una coincidenza di disagio economico ed isolamento sociale, è un fenomeno sempre più diffuso nella nostra società e può riguardare anche soggetti che, almeno apparentemente, versano in condizioni di normalità e di benessere. Infatti, il venire meno di alcune “reti di sostegno”, sia familiari che comunitarie, può portare, in alcune circostanze, a far cadere in situazioni di isolamento e di bisogno anche soggetti cosiddetti “forti” ed inseriti nel contesto lavorativo e sociale.

L'esclusione sociale è una forma di deprivazione materiale e di fragilità che non riguarda, quindi, esclusivamente la povertà economica ed il disagio estremo, ma anche carenze rispetto ai legami familiari e sociali, ai sistemi abitativi, alla formazione o all'integrazione lavorativa e sociale.

Si tratta di un fenomeno prodotto dall'interazione di una pluralità di fattori di rischio che, limitando le capacità delle persone, ne mettono a repentaglio l'integrità ed impediscono loro di raggiungere un adeguato livello di qualità della vita.

In ambito europeo il termine “esclusione sociale” si riferisce all'impossibilità, incapacità o discriminazione nella partecipazione ad importanti attività sociali per cui l'individuo perde la percezione di appartenenza ad una comunità.

Secondo le indicazioni del Consiglio e della Commissione Europea sulla Protezione sociale e sull'Inclusione sociale del marzo 2006, i gruppi a rischio di povertà ed esclusione sociale sono: i disabili, i migranti, le minoranze etniche compresi i ROM, i senzatetto, gli ex detenuti, i tossicodipendenti e gli anziani isolati.

#### Esclusione sociale: la situazione nelle Marche

Secondo un'indagine effettuata nel 2005 (dati riferiti al semestre compreso tra Aprile e Settembre) dalla Caritas - Delegazione regionale - nelle Marche le persone povere che si sono rivolte ai dieci Centri di ascolto presenti in tredici Diocesi, sono 4.663.

Prevalentemente sono soggetti adulti, femmine, di età compresa tra i 31 ed i 40 anni, generalmente coniugati, quasi tutti hanno conseguito la licenza media, mentre pochi sono in possesso del diploma di laurea universitario. La quasi totalità delle persone (80%) è rappresentata da cittadini stranieri non comunitari, provenienti dall'Est Europa (Moldavia), Africa del Nord (Marocco), Medio Oriente e Balcani (Romania). Spesso questi soggetti sono senza fissa dimora, disoccupati, con una famiglia dichiarata.

I bisogni espressi riguardano, soprattutto, la carenza di mezzi di sussistenza, la disoccupazione, la difficoltà a reperire un alloggio.

Le richieste espresse maggiormente dagli utenti sono, per la metà relative a beni materiali, seguono il bisogno di ascolto, ma anche soluzioni lavorative.

Gli operatori dei Centri di ascolto (volontari e professionisti), non si limitano all'assistenzialismo, ma danno spazio all'attuazione di progetti personalizzati.

Nel 2005 è stata svolta una indagine (curata dal Centro Servizi Volontariato, dall'Associazione di volontariato “La tenda di Abramo”, la Delegazione regionale della Caritas Diocesana) che permette di effettuare una prima quantificazione dell'utenza e degli interventi svolti. L'indagine ha censito i centri di ascolto, le mense e le strutture di pronta accoglienza dedicate ad accogliere i soggetti in stato di estrema povertà e senza fissa dimora. Su un totale di 63 organizzazioni censite, 44 hanno aderito alla rilevazione.

Nel 2005 si stima che le 44 organizzazioni rilevate abbiano assistito circa 77.500 utenti per un complesso di circa 230.000 prestazioni assistenziali; in particolare le attività prevalenti svolte dalle strutture riguardano l'accoglienza (pasti pernottamenti, vestiario, docce, pacchi viveri, ecc.). e l'ascolto, gli organismi gestori delle strutture operano da oltre 10 anni, l'utenza è caratterizzata soprattutto da persone straniere, in maggioranza uomini.

Pasti	124.794
Pernottamenti	47.927
Vestiaro	20.094
Docce	11.873
Pacchi viveri	13.396
Ascolto	11.590
<b>Totale</b>	<b>229.674</b>

L'utenza è composta soprattutto da persone straniere (2/3) e da uomini (2/3) ed è costituita da:

- Senza dimora (senza residenza o con residenza altrove);
- Richiedenti asilo in attesa del riconoscimento;
- Lavoratori immigrati stagionali che hanno terminato un lavoro e sono in ricerca di una nuova occupazione;
- Immigrati che per mancanza di lavoro non hanno potuto rinnovare il permesso di soggiorno (irregolari);
- Persone introdotte in Italia a scopo di sfruttamento sessuale o lavorativo;
- Beneficiari dell'indulto.

La valorizzazione economica dell'attività delle 44 strutture censite è stimabile in circa 1,6 milioni di euro<sup>12</sup> (senza tenere conto del personale retribuito, del vestiario, delle docce e dell'attività di ascolto). L'ammontare dell'intervento pubblico in questo tipo di interventi risulta decisamente marginale.

I dati evidenziano come il disagio grave venga normalmente lasciato alla gestione del privato sociale, con una tendenza dell'Ente pubblico ad occuparsi del problema con discontinuità ed emergenza e con risorse finanziarie inadeguate.

## X.2 *Gli atti regionali e lo stato di attuazione*

### Esclusione sociale e politiche di contrasto

L'art. 1, comma 1, della legge 328/2000 stabilisce che: "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2,3 e 28 della Costituzione".

L'articolo 2, comma 3, della medesima legge stabilisce che "I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento sociale nella vita attiva e nel mercato del lavoro... accedono prioritariamente .... ai servizi".

Ecco che le politiche sociali dovrebbero essere riformulate come politiche di accompagnamento della persona nel corso della vita, in particolare intervenendo in situazioni di criticità al fine di contrastare le situazioni di grave disagio o povertà, da intendersi non solo come povertà estrema, ma anche ad una povertà breve, occasionale, legata ad una situazione di temporaneo disagio della persona o della famiglia.

Gli interventi di contrasto all'estrema povertà attuati direttamente dalla Regione attraverso i Comuni interessati al fenomeno, sono stati sporadici, legati all'emergenza ed hanno riguardato, in particolare, il mantenimento dei servizi di pronta accoglienza, la realizzazione di interventi socio-sanitari, il reinserimento sociale.

Nel 2006 è stato istituito un Tavolo regionale permanente proteso a ridurre il rischio di povertà, di esclusione sociale e di nuove precarietà.

---

<sup>12</sup> Per la valorizzazione economica delle prestazioni sono stati utilizzati i seguenti parametri

Tale Tavolo, inteso come sede istituzionale stabile di raccordo tra la Regione Marche, gli Organismi pubblici e quelli del Terzo Settore che a vario titolo operano per contrastare il rischio della povertà e dell'emarginazione, dovrà tendere a:

- far recuperare alle persone in estremo disagio, una condizione sociale accettabile;
- aiutare i soggetti in difficoltà a superare la fase dell'esclusione, intesa quindi come momento transitorio e non permanente nel tempo;
- coordinare le iniziative atte a ridurre il rischio di povertà, di esclusione sociale e nuove precarietà.

Le risorse saranno adeguate al fenomeno e programmate annualmente con atti successivi al presente Piano.

### *X.3 Le criticità*

- Aumento della povertà e delle persone indigenti;
- diffondersi, tra i cittadini, di una percezione di paura e insicurezza rispetto al disagio all'emarginazione grave e all'immigrazione;
- inadeguatezza/esiguità delle risposte fornite rispetto alle domande (es: posti letto insufficienti rispetto alle richieste di pernottamento);
- carenza e disomogeneità territoriale della dotazione di strutture dedicate al disagio grave; pochi ATS hanno un servizio di titolarità pubblica "ad hoc" per senza dimora o per l'emarginazione grave;
- scarsa messa in rete dei servizi dedicati a questa tipologia di utenza e difficoltà a coordinare gli interventi messi in atto da più enti/strutture verso la medesima persona;
- propensione per interventi distribuzione di beni materiali a discapito di altre funzioni prioritarie (ascolto, progetto individualizzato, orientamento, accompagnamento verso l'autonomia, lavoro di rete);
- impossibilità di affrontare le problematiche poste dagli utenti con strutture gestite solo da personale volontario; la carenza di personale retribuito sia negli enti pubblici che nel terzo settore;
- mancanza di una seria politica per la casa ed il lavoro a favore di coloro che sono in situazione di disagio grave;
- carenza di fondi, soprattutto di fonte pubblica (da cui deriva, ad es., l'impossibilità di stipulare convenzioni) e di finanziamenti finalizzati a progetti di lungo periodo che permettano di dare continuità e prospettiva a progetti innovativi; la carenza di fondi per sostenere progetti di accompagnamento verso l'autonomia.

### *X.4 Obiettivi e programmi di medio e lungo termine*

Obiettivi e programmi sono articolati nel seguente modo:

#### Percorsi prioritari:

- promuovere lo sviluppo di politiche e strategie di intervento a favore delle persone senza fissa dimora e in grave stato di disagio ed emarginazione;
- promuovere il lavoro e la logica dell'intervento di rete non solo per favorire la collaborazione pubblico-privato, ma anche e soprattutto per dare vita a politiche intersettoriali (sociale, sanitario, casa, lavoro, formazione, ..) nei confronti delle persone che versano in stato di grave emarginazione;
- avvio di una ricerca di base e di un programma di monitoraggio dell'utenza e degli interventi relativi al disagio grave;

- effettuare un “salto” culturale, professionale e politico per uscire dagli schemi-ruoli, e ripartire dalla strada, dalle sue contraddizioni e dalle sue urgenze e quindi ri-progettare i servizi e i percorsi a partire dalle persone più in difficoltà e dai loro problemi reali;
- superare la logica emergenziale e il mero intervento di pronto soccorso nel settore del disagio grave , per individuare percorsi e progetti per l’inclusione sociale;
- assicurare la continuità del percorso assistenziale : Unità di strada, segretariato sociale, mensa, pronta accoglienza notturna, seconda accoglienza, strutture di accompagnamento (non tutti, per i traumi subiti, riescono a ripartire da soli e chiedono un percorso di sostegno che li aiuti a ritrovare se stessi e ri-diventare protagonisti del proprio progetto di vita); inserimenti abitativi-lavorativi; alloggi di emergenza sociale, “Agenzia casa”; case popolari;
- garantire il pronto intervento, anche quando i servizi pubblici sono chiusi (vedi servizio di pronto intervento sociale);
- organizzazione di un convegno (con cadenza biennale o triennale) sul tema del Disagio Grave nelle Marche (senza fissa dimora, immigrati senza casa e lavoro, richiedenti asilo, detenuti e ex detenuti, persone introdotte in Italia a scopo di sfruttamento sessuale e/o lavorativo, ecc);
- definizione di un Piano regionale annuale sul disagio grave;
- formazione congiunta (pubblico – privato sociale) degli operatori;
- sensibilizzazione e il coinvolgimento dei territori;
- individuazione di risorse più adeguate (a partire dal bilancio regionale 2007).

#### Interventi Prioritari

- Dotare ogni territorio delle strutture minime indispensabili ( mensa, casa di prima accoglienza, casa di seconda accoglienza, centro di ascolto) da individuare nelle linee guida per i prossimi Piani triennali di ambito sociale;
- rafforzare il sistema delle Unità di strada nell’ambito della programmazione locale di ambito;
- avviare nei territori progetti sperimentali per accompagnare i SFD “cronici”;
- avviare nei territori progetti di prevenzione per i soggetti a rischio di emarginazione grave.

#### Azioni di rete

- Funzionamento del Tavolo Regionale Povertà;
- monitoraggio del fenomeno e dei bisogni e offerta servizi (informatizzazione dei dati attraverso l’ Osservatorio Regionale Politiche Sociali nell’ambito del programma statistico regionale);
- attività di coordinamento a livello locale dei servizi, dei progetti e degli interventi, programmazione obiettivi, priorità e piani di attuazione annuali (nell’ambito del potenziamento degli strumenti locali di programmazione);
- formazione convegno biennale e percorsi formativi;
- raccordo tra gli Atti di Programmazione Regionale (Piano Sociale e Piano Sanitario) e gli atti di Programmazione Territoriale (Piani Sociali di Ambito, Piani di attività di Zona; Programmi attuativi di Distretto.

#### Integrazione socio-sanitaria

Affidare alla Cabina di regia per l’integrazione socio-sanitaria la costruzione di linee di indirizzo o atti di regolamentazione finalizzati a:

- individuare modalità di accesso e di dimissioni protette dall’ospedale in modo particolare per i SFD italiani e comunitari (in quanto non godono dei diritti garantiti agli stranieri irregolari vedi codice STP);

- raccordare gli Ambiti territoriali sociali con i Dipartimenti Dipendenze Patologiche (DDP) in modo particolare per i SFD italiani e comunitari;
- raccordare gli Ambiti territoriali sociali con i Dipartimenti Salute mentale (DSM) in modo particolare per i SFD italiani e comunitari;
- raccordare gli Ambiti territoriali sociali con i Distretti Sanitari in modo particolare per i SFD italiani e comunitari.

## **XI Politiche e interventi di sostegno per i cittadini marchigiani residenti all'estero**

### *I dati dell'emigrazione marchigiana*

Il fenomeno dell'emigrazione marchigiana, concentratosi maggiormente nel periodo storico tra il 1876 e il 1925, si è insediato soprattutto nei paesi oltre oceano e cioè in Argentina con il 33% degli espatriati, negli Stati Uniti con il 19%, in Francia col 12% ed in altri Paesi europei quali, Svizzera, Germania ed Austria con percentuali inferiori.

L'emigrazione in Argentina, dove risiedono le più numerose Comunità di marchigiani, è stata favorita da due fattori: l'interesse italiano di far espatriare i propri concittadini per mancanza di posti di lavoro e l'opposto interesse argentino che richiedeva l'immigrazione europea investendo in manodopera straniera per far crescere un paese scarsamente sfruttato nella sua vasta estensione territoriale.

I primi emigranti, caratterizzati soprattutto da contadini, braccianti, muratori e minatori provengono dal maceratese, dalla provincia di Ancona, da Pesaro e solo dall'inizio del secolo da Ascoli.

Al fenomeno migratorio tradizionale oggi si devono aggiungere anche le nuove forme di emigrazione intellettuale e professionale in prevalenza con destinazione europea, senza escludere tuttavia gli altri continenti, a partire da quello americano. Da questo ne deriva che, approssimativamente oggi, i discendenti dei marchigiani sparsi nel mondo siano lo stesso numero di quelli residenti .

Le comunità dei marchigiani in diversi Paesi, quali l'Europa (Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Svizzera), l'America del Nord (Canada), il Sud America (Argentina, Brasile, Cile, Uruguay, Venezuela) e l'Australia, si sono riunite e per mantenere vivo il legame con la propria terra si sono organizzate in Associazioni per promuovere iniziative volte a conservare la propria identità, a tramandare e rinsaldare i rapporti con le Marche.

Le associazioni dei marchigiani all'estero, costituiscono, da sempre, la struttura portante del settore, un utile strumento di raccordo tra la nostra Regione e le nostre Comunità all'estero, sia sul piano culturale, economico, di scambio, scientifico che istituzionale.

Attualmente, le associazioni che operano a favore degli emigrati marchigiani e delle loro famiglie e discendenti, regolarmente iscritte all'albo regionale sono ben 108, con 5 federazioni costituite, per un totale di 14.144 iscritti, di cui 1.591 giovani. La più alta concentrazione è in America Latina, segue poi l'Europa, l'America del Nord e l'Australia.

### *Politiche regionali a favore dei marchigiani residenti all'estero*

La Regione, in attuazione dei principi del proprio Statuto ed in armonia con le iniziative dello Stato e con quelle di carattere comunitario, mediante la legge regionale 30 giugno 1997, n. 39 (come modificata dalla legge regionale 4 ottobre 2004, n. 19), concorre a tutelare, sotto il profilo economico, sociale e culturale, i cittadini marchigiani che per motivi di lavoro si siano trasferiti all'estero.

La normativa prevede che la Regione, nell'ambito delle proprie competenze ed in collaborazione con gli organi dello Stato, coordinandosi con eventuali iniziative di altre Regioni, adotti i necessari provvedimenti per promuovere iniziative a favore degli emigrati, delle loro famiglie e discendenti, volte a conservare l'identità della terra d'origine e rinsaldare i rapporti culturali con le Marche; promuovere la diffusione della conoscenza della regione nelle sue espressioni culturali, artistiche, naturalistico-paesaggistiche e sociali ed incentivare lo sviluppo dei rapporti economici, valorizzando la presenza della collettività marchigiana all'estero; agevolare, infine, l'inserimento degli emigrati nel tessuto sociale ed economico della regione.

La Regione riconosce e sostiene, inoltre, le funzioni di promozione sociale, culturale e ricreative svolte dalle associazioni dei marchigiani all'estero e dalle associazioni che operano sul territorio regionale con carattere di continuità a favore degli emigrati marchigiani e delle loro famiglie e discendenti.

I beneficiari della legge sono gli emigrati marchigiani per origine o residenza, le loro famiglie e discendenti che abbiano maturato un periodo di permanenza all'estero per motivi di lavoro non inferiore a tre anni ed ai cittadini rimpatriati nelle Marche non più di tre anni.

Gli obiettivi previsti dalla legge regionale vengono attuati attraverso il Programma triennale degli interventi a favore degli emigrati che oltre ad essere un utile mezzo per esaminare compiutamente le dinamiche sociali e per comprendere e valutare l'andamento delle situazioni sulle quali calare poi gli indirizzi di ordine politico, individua gli interventi che l'amministrazione regionale attua direttamente nei confronti delle comunità marchigiane all'estero; quelle effettuate tramite i Comuni fissando le modalità per la gestione dei fondi da trasferire ai medesimi; l'ammontare dei fondi da destinare ad ogni singolo intervento; eventuali sovvenzioni a favore delle associazioni iscritte all'albo.

Gli indirizzi del programma triennale 2008/2010, nel rispetto degli obiettivi del governo regionale, sono finalizzati allo sviluppo e all'allargamento del concetto di comunità dei marchigiani al maggior numero possibile di corregionali, siano essi residenti all'interno dei confini della regione, che in qualsiasi altra parte del mondo, e saranno attuati mediante due macro progetti, tra loro strettamente correlati e cioè quello del Potenziamento organizzativo del sistema dell'associazionismo dei marchigiani nel mondo e quello dell'attivazione di progetti strategici di intervento a favore della comunità dei marchigiani nel mondo che riguardano oltre che la promozione di iniziative per la formazione professionale dei giovani anche la promozione di iniziative in campo sociale tese al sostegno di situazioni di particolare gravità che, sia pur ridotte in quantità rispetto agli anni passati, interessano ancora nostri corregionali, soprattutto in alcune zone del Sud America.

Per la realizzazione di tali iniziative è fondamentale il metodo della concertazione tra le amministrazioni pubbliche locali e quelle centrali, tra la Regione e gli altri organismi pubblici operanti sul territorio, (Università, Province, Comuni, Camere di Commercio, Associazioni di categoria, Fondazioni bancarie, ecc...) allo scopo di promuovere azioni comuni, coordinate e cofinanziate tra i vari soggetti interessati, per effettuare, con il coinvolgimento delle associazioni, interventi utili allo sviluppo della comunità marchigiana intesa nel senso più ampio del termine.

A questo proposito nell'anno 2006, con la DGR n.1288, concernente i criteri di riparto del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, la Giunta regionale, su proposta del Servizio Politiche Sociali, ha stabilito che gli interventi sociali attuati dai Comuni per il contrasto della povertà fossero rivolti anche ai marchigiani residenti all'estero, in disagiate condizioni economiche, privi di supporti economici da parte dello Stato italiano.

Di conseguenza il Servizio Internazionalizzazione, Promozione all'estero, Cooperazione allo sviluppo e Marchigiani nel mondo, competente a seguire il settore dell'emigrazione, attuando lo strumento della concertazione regionale, ha predisposto anche nel Piano Emigrazione 2007 (pubblicato nel b.u.r. n. 36 del 13/04/2007) - Misura 2.7 un fondo per Interventi straordinari a favore delle famiglie disagiate finanziata per l'importo di € 9.000,00, integrato con ulteriori fondi messi a disposizione dal Servizio Politiche Sociali della Regione.

I beneficiari, come per le altre misure contenute nel Piano, sono le Associazioni e le Federazioni di emigrati iscritte all'Albo regionale delle Associazioni, che operano a favore degli emigrati marchigiani, delle loro famiglie e discendenti e che abbiano presentato l'elenco delle famiglie disagiate, vistato dal consolato.

Questo intervento va ad aggiungersi a quelli già a carico dei Comuni che, attraverso il trasferimento dei fondi messi a disposizione dalla Regione, erogano contributi per far fronte ai costi del rientro stabile nelle Marche di emigrati in situazione di disagio economico, sia per quanto concerne le spese di viaggio, sia per quanto riguarda il trasporto delle eventuali masserizie. Sono

altresì finanziate le spese di trasporto nei Comuni di origine delle spoglie degli emigrati marchigiani o dei loro familiari.

Pur mantenendo un'ottica di straordinarietà degli interventi, è opportuno che le iniziative di "Protezione sociale" attuate dai Comuni, già riservate ai cittadini residenti nelle Marche (in questo caso si tratterebbe di interventi una tantum di sostegno economico non altrimenti beneficiabile nei paesi di residenza e spesso necessari per poter fruire dei servizi sanitari nella nostra regione) siano previste nel "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali anche per i marchigiani residenti all'estero, per le loro famiglie e per i loro discendenti in disagiate condizioni economiche, certificate dalle autorità consolari, privi di qualsiasi beneficio da parte dello Stato italiano.

*Obiettivi del triennio 2008/2010:*

- sensibilizzare gli organismi pubblici e privati del territorio, sul tema dell'emigrazione all'estero e sulla necessità di considerare i marchigiani residenti all'estero "cittadini" alla pari con i residenti nelle Marche;
- Individuare annualmente le risorse da destinare agli interventi di sostegno alla famiglia ed alle persone in disagiate condizioni economiche e sociali;
- definire le procedure assegnazione ed erogazione delle risorse ai Comuni (identificazione del Comune di riferimento; tipologia dell'intervento da effettuare; modalità di accertamento dello stato di disagio del marchigiano residente all'estero; modalità di erogazione delle risorse stesse; valutazione e controllo degli interventi realizzati; coinvolgimento delle associazioni-federazioni dei marchigiani residenti all'estero, sia nella fase di informazione delle opportunità offerte agli emigrati in situazione di disagio, sia nella fase di attuazione dell'intervento).