

PARTE PRIMA - ATTI DELLA REGIONE

SEZIONE II

*DELIBERAZIONI AMMINISTRATIVE DEL
CONSIGLIO REGIONALE*

Deliberazione amministrativa n. 306 del 1 marzo 2000.

Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002.

(Deliberazione non sottoposta all'esame della C.C.A.R.)

IL CONSIGLIO REGIONALE

Visto l'articolo 7 della l.r. 5 settembre 1992, n. 46 riguardante "Norme sulle procedure della programmazione regionale e locale";

Ritenuto opportuno definire, alla luce della normativa nazionale e regionale vigente e in via di approvazione, e degli atti programmatori di carattere generale, come il PRS e il PPAS, e settoriale, come il piano sanitario, già approvati, il piano degli interventi e dei servizi sociali, nella prospettiva di un governo del welfare regionale coerente con la programmazione complessiva;

Preso atto delle consultazioni effettuate e dei pareri espressi dalla Conferenza regionale delle autonomie, dal Comitato economico e sociale e dagli altri soggetti interessati;

Vista la proposta della Giunta regionale;

Visto il parere favorevole di cui all'articolo 4, comma 4, della l.r. 17 gennaio 1992, n. 6 in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità del Dirigente del servizio servizi 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;

Preso atto che la predetta proposta è stata preventivamente esaminata, ai sensi del primo comma dell'articolo 22 dello Statuto regionale, dalla Commissione consiliare permanente competente in materia;

Visto l'articolo 21 dello Statuto regionale;

DELIBERA

di approvare l'allegato "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002" che forma parte integrante e sostanziale del presente atto.

Avvenuta la votazione, il Presidente ne proclama l'esito: "Il Consiglio approva"

**PIANO REGIONALE
PER UN SISTEMA INTEGRATO DI
INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI 2000-2002**

Allegato alla deliberazione n. 306/00

INDICE

1. <u>Popolazione, territorio e diffusione dei servizi sociali nelle Marche</u>	pag. 5
1.1 Le caratteristiche demografiche e socio-economiche della regione	pag. 5
1.2 La diffusione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari	pag. 18
2. <u>Filosofia e assi portanti del Piano</u>	pag. 41
2.1 Riferimenti culturali e normativi: verso il sistema	pag. 41
2.2 La filosofia della programmazione: Piano processo per gestire la trasformazione	pag. 41
2.3 Obiettivi della programmazione	pag. 51
2.4 Gli assi portanti del Piano	pag. 55
3. <u>La individuazione dell'assetto territoriale per la pianificazione sociale: gli Ambiti Territoriali</u>	pag. 65
3.1 Lo scenario	pag. 65
3.2 Gli Ambiti Territoriali	pag. 66
3.3 I ruoli degli Ambiti Territoriali	pag. 68
3.4 Il Coordinatore della rete dei servizi dell'Ambito Territoriale	pag. 70
4. <u>La programmazione "dal basso": i Piani Territoriali</u>	pag. 71
4.1 Significato ed importanza del Piano Territoriale	pag. 71
4.2 I contenuti del Piano Territoriale	pag. 72
4.3 Soggetti e regime per l'elaborazione del Piano Territoriale	pag. 74

5. <u>L'integrazione socio-sanitaria</u>	pag. 76
5.1 I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria	pag. 76
5.2 I campi dell'integrazione socio-sanitaria	pag. 77
5.3 Il regime per l'integrazione socio-sanitaria	pag. 79
5.4 Il versante per l'integrazione socio-sanitaria	pag. 80
5.5 Le modalità dell'integrazione socio-sanitaria	pag. 81
6. <u>La rete dei servizi essenziali</u>	pag. 83
6.1 Finalità e compiti della rete dei servizi in Ambito Territoriale	pag. 84
6.2 Le prestazioni e le risorse fondamentali	pag. 86
6.3 Un modello di funzionamento	pag. 87
7. <u>L'accesso al sistema dei servizi</u>	pag. 98
7.1 Le certezze di scala	pag. 98
7.2 Anatomia e funzionamento del sistema di welfare locale	pag. 99
7.3 L'accesso e le fasi	pag. 102
7.4 Parametri e criteri regionali per la regolamentazione	pag. 103
8. <u>Le scelte strategiche</u>	pag. 104
8.1 Un nuovo sistema formativo	pag. 105
8.2 Il terzo settore: un attore fondamentale nel sistema dei servizi	pag. 107
8.3 I 'sistemi di qualità'	pag. 109
9. <u>Il sistema di regolazione sociale</u>	pag. 111
9.1 La regolazione sociale	pag. 111
9.2 La regolazione nell'ambito della gestione	pag. 113
9.3 La regolazione nell'ambito della produzione	pag. 119

10. <u>La sperimentazione dei progetti integrati</u>	pag. 123
10.1 Obiettivi e criteri della sperimentazione	pag. 123
10.2 Gli elementi comuni a tutti i percorsi di sperimentazione	pag. 125
10.3 Le aree problema per la sperimentazione	pag. 127
11. <u>Il sistema informativo</u>	pag. 134
11.1 Verso un sistema informativo sui servizi sociali nella regione Marche	pag. 136
11.2 Proposta di un Sistema Informativo Regionale dei Servizi Sociali nelle Marche (S.I.R.S.S.)	pag. 139
12. <u>Le risorse finanziarie e organizzative per le politiche sociali nella regione Marche</u>	pag. 141
12.1 L'attuale assetto finanziario regionale	pag. 142
12.2 Istituzione del Fondo regionale per gli interventi e i servizi sociali (entrate)	pag. 144
12.3 Ipotesi di destinazione ed articolazione del Fondo (spese)	pag. 145
12.4 Strumenti organizzativi per l'attuazione del Piano	pag. 146

1. Popolazione, territorio e diffusione dei servizi sociali nelle Marche

1.1 Le caratteristiche demografiche e socio-economiche della regione

Le Marche, con una popolazione totale che supera appena il milione e quattrocentomila abitanti, presentano un elevato grado di frammentazione dal punto di vista del numero dei comuni e della loro superficie.

Solo quattro sono i comuni con una popolazione superiore ai 50.000 abitanti e ben 185 quelli con meno di 5.000, di cui 53 con meno di 1.000.

Anche dal punto di vista della variazione della popolazione emerge chiaramente una situazione assai diversificata: da un lato una serie di comuni dell'entroterra piccoli o medio-piccoli che vedono una diminuzione della popolazione piuttosto consistente (dal -24% di *Acquacanina* al -10,3% di *Monte Cerignone*), dall'altro un gruppo di comuni in ascesa demografica, posti nelle vicinanze dei centri più grandi della regione (si va dal +10,1% di *Monteciccardo* allo strabiliante +55,6% di *Folignano*). La tendenza che emerge comunque, al di là dei casi più eclatanti, è che la maggioranza dei comuni dell'entroterra, soprattutto quelli geograficamente più svantaggiati, cioè mal collegati con i centri urbani di maggiori dimensioni, si va spopolando, generando in essi una problematicità demografica, cioè una situazione che vede, insieme ad una struttura di età particolarmente elevata, "un eccesso di decremento della popolazione in relazione alla capacità di adeguamento socio-economico"¹.

Tale impressione appare immediatamente confermata dall'analisi dei dati relativi alle **caratteristiche demografiche** della popolazione. Infatti i comuni con i più elevati indici di vecchiaia, dipendenza e ricambio, sono quelli dell'entroterra sopra definiti come demograficamente

¹ Golini e Mussino, (1995).

svantaggiati. Se per alcuni di tali comuni la situazione appare realmente drammatica (*Monte Cavallo, Montegallo, Serravalle di Chienti, Cantiano, Sefro, Acquacarina, Castelsantangelo sul Nera, Fiastra, Penna S. Giovanni, Arquata del Tronto, Borgo Pace*) per altri non appare ancora del tutto compromessa. Di contro abbiamo altri comuni, posti in maggioranza vicino ai principali centri urbani o nelle vicinanze della costa, in cui la situazione demografica appare confortante (*Folignano, Maltignano, Monteprandone, Sant'Angelo in Lizzola, Gradara, Montelabbate, Colbordolo, Castel di Lama, Castelbellino, Monteciccardo, Agugliano*).

Queste profonde diversità a livello demografico permangono andando ad osservare alcuni indicatori riguardanti le strutture familiari. I comuni demograficamente più disagiati sono anche quelli in cui è più basso il numero medio di componenti per famiglia (il primato spetta al comune di *Acquacarina* con un numero medio di componenti pari ad 1,9, seguito dai comuni di *Castelsantangelo sul Nera, Fiastra, Fiordimonte, Monte Cavallo e Ussita*, in cui il numero medio di componenti è di 2,1), con moltissime famiglie unipersonali e un'altissima percentuale di vedovi/e.

A livello demografico si può dunque osservare come la situazione della regione sia piuttosto articolata, e presenti, accanto a situazioni problematiche, localizzate soprattutto nei comuni dell'entroterra, realtà che emergono per dinamicità e potenzialità della struttura demografica, soprattutto tra i comuni costieri e quelli situati nelle vicinanze dei maggiori centri urbani.

Dal punto di vista della **situazione socio-economica**, è utile focalizzare l'attenzione in primo luogo sui dati relativi alla dimensione dell'istruzione. Riguardo alla percentuale di diplomati sul totale della popolazione con più di 19 anni, i valori più alti sono quelli dei centri più popolosi (*Ancona, Falconara marittima, Ascoli Piceno, Macerata, Porto San Giorgio, Pesaro, Porto Recanati...*). I comuni con i valori più bassi sono invece quelli dell'entroterra montano, fra cui spiccano *Palmiano, Monsampietro Morico, Cessapalombo*, con una percentuale di diplomati inferiore al 7%. La problematicità demografica sembra dunque accompagnarsi ad una condizione di marginalità a livello culturale e, come vedremo fra breve, anche ad una situazione problematica sotto l'aspetto economico.

Un secondo dato da mettere in rilievo è il 'gap' esistente tra i piccoli e medi comuni montani dell'entroterra e quelli più vicini ai grandi centri o alla costa, relativamente al tasso di attività della popolazione. I comuni con il più alto tasso di popolazione attiva sono concentrati attorno ai

maggiori centri urbani. Fanno eccezione tre comuni limitrofi dell'ascolano - *Montelparo* (55,0%), *Monte Rinaldo* (52,0%) e *Cossignano* (50,2%) – che, pur non essendo nelle vicinanze di nessun grande centro, presentano tassi di attività fra i più alti dell'intera regione; in questi comuni la popolazione, non più giovanissima, è dedicata principalmente all'attività agricola. I comuni con più bassi tassi di attività sono ancora una volta i piccoli centri dell'entroterra (in particolare del maceratese) che appaiono, dunque, svantaggiati anche sotto l'aspetto economico; esemplare è il caso di *Acquacanina*, con appena il 23% di popolazione attiva, seguito da *Sefro* (26,3%), *Montegallo* (27,5%), *Castelsantangelo sul Nera* (30,7%), *Serravalle di Chienti* (31,2%), *Fiordimonte* (31,8%), *Fiastra* (32,1%), *Fiuminata* (32,2%).

Si deve osservare che l'arretratezza economica dei comuni dell'entroterra si rileva in presenza di una elevata percentuale di popolazione attiva addetta all'agricoltura; a Monte Rinaldo la percentuale di addetti al settore primario supera il 50%; seguono *Montelparo* (46,7%), *Montecavallo* (39,7%), *Cossignano* e *Casteldelci* (36,3%).

L'industria, soprattutto quella manifatturiera, anche se recentemente interessata da fenomeni di crisi e di rallentamento, rappresenta certamente il settore trainante dell'economia regionale. La diffusione del settore sul territorio risulta però tutt'altro che omogenea: essa appare concentrata in maniera massiccia attorno a *Fermo* e *Civitanova*, e comunque principalmente nella fascia orientale della regione. I comuni con la più elevata percentuale di popolazione attiva addetta all'industria sono *Monte Urano* (77,0%), *Montegranaro* (76,0%), *Torre San Patrizio* (73,7%), *Sant'Elpidio a mare* (71,3%), *Monte San Giusto* (70,5%).

Il settore terziario ha compensato ed assorbito le perdite occupazionali di quello manifatturiero, così come è avvenuto nel resto d'Italia e nei principali paesi ad economia avanzata. La crescita del terziario è tuttavia inferiore a quella avvenuta a livello nazionale, soprattutto con riguardo al terziario avanzato. Tale ritardo può essere spiegato da un lato tenendo presente il peculiare tessuto produttivo della regione, caratterizzato dalla prevalenza di piccole e piccolissime imprese, dall'altro dalla stessa struttura insediativa: i servizi avanzati alle imprese tendono infatti ad essere maggiormente presenti nei centri urbani medio-grandi, che nella regione sono assai pochi.

Appare utile presentare i risultati ottenuti applicando ai dati comunali procedimenti di analisi multivariata, risultati che hanno portato all'individuazione di **sei tipologie di comuni**, caratterizzati come segue:

- Il primo gruppo, il meno numeroso, può essere sicuramente definito come quello dei comuni **“urbanizzati”**. Esso è infatti formato da buona parte dei comuni più popolosi della regione (i primi dodici centri per numero di abitanti); unica eccezione è il comune di *Pedaso*, che mostra tuttavia alcune caratteristiche che lo avvicinano molto ai comuni del suo gruppo (alte percentuali di divorzi, di laureati, di diplomati, di disoccupati, di addetti al terziario, di redditi superiori ai 40 milioni, e basse percentuali di senza titolo, di addetti al primario e al secondario). Questo gruppo si caratterizza dunque per una situazione media sotto l'aspetto demografico, mentre evidenzia tanto punti di forza quanto debolezze sotto l'aspetto economico e sociale: infatti, accanto a un elevato livello di istruzione e di reddito, bisogna riscontrare in questi comuni un notevole deficit occupazionale, soprattutto a livello giovanile.
- Il secondo gruppo è il più nutrito della nostra tipologia e comprende ben 74 comuni. Questi sono caratterizzati da una buona situazione demografica, da un elevato tasso di attività, ma soprattutto da una notevole percentuale di addetti al secondario e da ridotti tassi di disoccupazione. Sono in maggioranza comuni di dimensioni medie e medio grandi, geograficamente posizionati soprattutto nella fascia centro-orientale della regione. Definiremo questo gruppo come quello dei comuni **“industrializzati”**.
- Il terzo gruppo è formato da 29 comuni dell'entroterra (con l'eccezione di *Numana*) che si trovano in una situazione demografica piuttosto preoccupante: alti indici di vecchiaia e dipendenza, alte percentuali di popolazione ultrasettantacinquenne, di vedovi, di famiglie unipersonali. La situazione di declino demografico di tali comuni è evidenziata anche dal notevole saldo negativo di popolazione nel decennio 1981-1991 (-5,9%). Di contro la situazione socio-economica non appare allarmante: infatti, nonostante i bassi tassi di attività, nella maggior parte di questi comuni non si evidenzia una crisi occupazionale (i tassi di disoccupazione sono vicini ai valori medi della regione), e anche il livello dei redditi appare il linea con i valori medi regionali. Questo gruppo, formato in larga parte da comuni poco

popolosi (solo a *Sarnano*, *Numana* e *Pennabilli* la popolazione supera le 3000 unità, mentre ben 13 comuni su 29 non raggiungono le 1000), verrà denominato come gruppo dei “**periferici**”.

- In una situazione assai peggiore si trova invece il quarto gruppo di comuni individuato attraverso questa analisi: in questi 23 comuni la situazione appare assai grave sia sotto l'aspetto demografico sia sotto quello socio-economico. In questi comuni vi sono infatti le più alte percentuali di popolazione ultrasettantacinquenne, di vedovi e di pensionati, così come altissimi sono i valori degli indici di vecchiaia, dipendenza e ricambio. A questa situazione di pesante problematicità demografica² fa da contorno una situazione socio-economica tutt'altro che rassicurante; in questi comuni vi sono, infatti, le più basse percentuali di laureati e diplomati e la più alta di senza titolo, il che denota una situazione di marginalità culturale; tassi di attività molto bassi che si accompagnano ai tassi di disoccupazione più alti della regione e il più basso livello di reddito della regione. Se a ciò si aggiunge che, mediamente, questi comuni hanno perso negli ultimi 10 anni oltre il 10% dei residenti (-10,3) emerge una situazione certamente preoccupante. Questo gruppo è stato definito pertanto quello degli “**svantaggiati**”.
- Il quinto gruppo, che con 65 comuni è il secondo per ampiezza, è formato in prevalenza da comuni con un numero di abitanti medio-alto (solo 6 comuni non raggiungono i 1000 abitanti, mentre ben 15 superano i 5000), con una situazione demografica e socio-economica molto favorevole. Si noti infatti che in questo gruppo vi sono i più bassi indici di vecchiaia e ricambio della regione, cui si accompagnano elevati tassi di attività e bassi tassi di disoccupazione. Anche in questi comuni, così come in quelli del secondo gruppo, vi è una forte percentuale di addetti al secondario, ma il fenomeno in grado di caratterizzarli maggiormente appare il notevole livello di crescita della popolazione nell'ultimo decennio³ (mediamente +8,6%). Tali comuni saranno pertanto definiti “**emergenti**”.

² La situazione demografica non è così drammatica in tutti e 23 questi comuni; una condizione demografica forse più vicina a quella dei comuni del gruppo precedente hanno i comuni di *Cagli*, *Maiolo* e *Piobbico*, che però sono stati aggregati in questo gruppo a causa dell'elevato livello di disoccupazione.

³ Anche in questo gruppo vi sono una decina di comuni (*Isola del Piano*, *Roccafluvione*, *Mercatello sul Metauro*, *Montefortino*, *Tavoletto*, *Sant'Ippolito*, *San Leo*, *Gabicce Mare*, *Auditore*, *Amandola*) con un saldo negativo per la popolazione nell'ultimo decennio, ma la struttura demografica e socio-economica di questi comuni appare assai simile a quella degli altri.

- Il sesto ed ultimo gruppo di comuni appare caratterizzato da una situazione demografica non troppo distante da quella media regionale e da una particolare struttura socio-economica che vede un basso livello di disoccupazione e una grossa porzione della popolazione attiva. Le cui percentuali sono le più alte dell'intera regione, addetta al settore primario. Sono quindi comuni con un'economia ancora fortemente agricola, che definiremo pertanto **"rurali"**. La presenza di un'economia arretrata può essere meglio compresa qualora si consideri che nonostante gli altissimi tassi di attività, il livello dei redditi è fra i più bassi della regione.

A conclusione di questa analisi si può dunque asserire che sono presenti nella regione una serie di realtà piuttosto diverse fra loro; la componente geografica sembra svolgere una funzione importante nel tracciare tali distinzioni, tanto lungo la direttrice Nord-Sud, quanto su quella Est-Ovest. Si può infatti osservare come il disagio aumenti procedendo dalle zone settentrionali a quelle meridionali e da quelle costiere a quelle dell'entroterra. Tale aspetto può essere colto in maniera più immediata andando ad osservare la figura nella quale sono rappresentati con diversi colori i 6 gruppi di comuni qui individuati.

GRUPPO 1 - URBANIZZATI
ANCONA
ASCOLI PICENO
CAMERINO
CHIARAVALLE
CIVITANOVA MARCHE
FABRIANO
FALCONARA MARITTIMA
FANO
FERMO
JESI
MACERATA
PEDASO
PESARO
PORTO SAN GIORGIO
SAN BENEDETTO DEL TRONTO
SENIGALLIA
URBINO

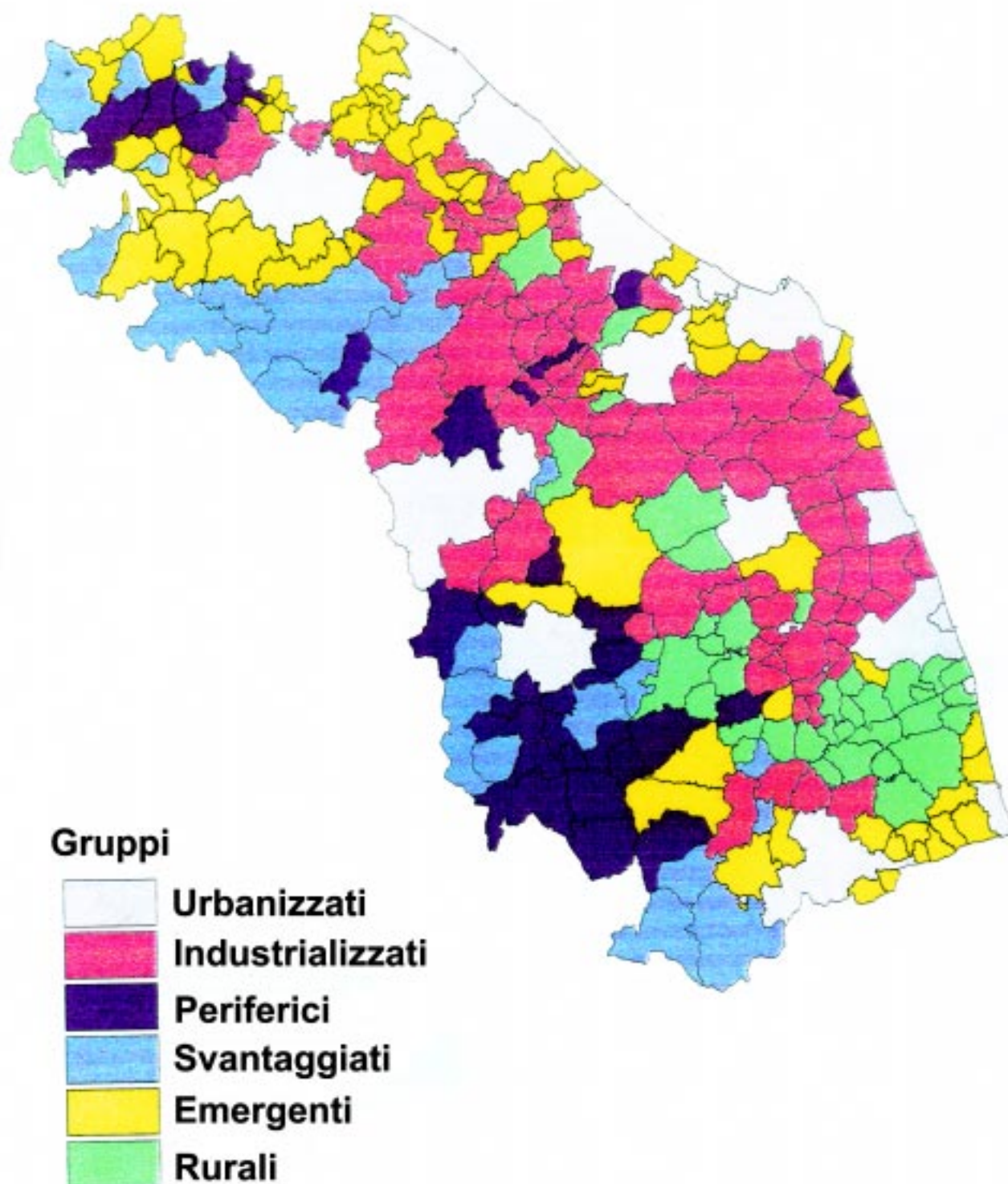
GRUPPO 2 - INDUSTRIALIZZATI		
APPIGNANO	MAGLIANO DI TENNA	OSIMO
ARCEVIA	MAIOLATI SPONTINI	OSTRA
BARBARA	MASSA FERMANA	OSTRA VETERE
BARCHI	MATELICA	PETRIANO
BELFORTE DEL CHIANTI	MOGLIANO	PETRIOLO
BELMONTE PICENO	MONSAMPIETRO MORICO	PIAGGE
BELVEDERE OSTRENSE	MONTAPPONE	PORTO SANTELPIDIO
CAMERANO	MONTE SAN GIUSTO	POTENZA PICENA
CARTOCETO	MONTE SAN PIETRANGELI	RAPAGNANO
CASTEL COLONNA	MONTE SAN VITO	RECANATI
CASTELFIDARDO	MONTE URANO	ROSORA
CASTELLEONE DI SUASA	MONTE VIDON CORRADO	ROTELLA
CASTELPLANIO	MONTECALVO IN FOGLIA	SAN GIORGIO DI PESARO
CASTIGNANO	MONTECAROTTO	SAN LORENZO IN CAMPO
CERRETO D'ESI	MONTECASSIANO	SANTA MARIA NUOVA
CINGOLI	MONTECOSARO	SANTELPIDIO A MARE
COMUNANZA	MONTEFANO	SASSOCORVARO
CUPRAMONTANA	MONTEFELCINO	SASSOFERRATO
ESANATOGLIA	MONTEGIORGIO	SERRA DE'CONTI
FALERONE	MONTEGRANARO	SERRA SAN QUIRICO
FILOTTRANO	MONTELEONE DI FERMO	STAFFOLO
FORCE	MONTELUPONE	TOLENTINO
FOSSOMBRONE	MONTERADO	TORRE SAN PATRIZIO
GROTTAZZOLINA	MORROVALLE	URBISAGLIA
LORETO	ORCIANO DI PESARO	

GRUPPO 3 - PERIFERICI
ACQUACANINA
BOLOGNOLA
CALDAROLA
CASTELSANTANGELO SUL NERA
FIORDIMONTE
FIUMINATA
FRONTONE
GAGLIOLE
GENGA
MACERATA FELTRIA
MERCATINO CONCA
MERGO
MONTE CERIGNONE
MONTECOPIOLO
MONTEMONACO
MORRO D'ALBA
MUCCIA
NUMANA
PENNA SAN GIOVANNI
PENNABILLI
PIEVE TORINA
PIEVEBOVIGLIANA
PIORACO
POGGIO SAN MARCELLO
SARNANO
SASSOFELTRIO
SERRAPETRONA
USSITA
VISSO

GRUPPO 4 - SVANTAGGIATI
ACQUASANTA TERME
APECCHIO
ARQUATA DEL TRONTO
BORGO PACE
CAGLI
CANTIANO
CESSAPALOMBO
FIASTRA
FRATTE ROSA
FRONTINO
MAIOLO
MONTE CAVALLO
MONTEFALCONE
APPENNINO
MONTEGALLO
MONTEGRIMANO
PALMIANO
PERGOLA
PIOBBICO
POGGIO SAN VICINO
SANT'AGATA FELTRIA
SEFRO
SERRA SANT'ABBONDIO
SERRAVALLE DEL CHIENTI

GRUPPO 5 - EMERGENTI		
ACQUALAGNA	ISOLA DEL PIANO	POLVERIGI
ACQUAVIVA PICENA	LUNANO	PONZANO DI FERMO
AGUGLIANO	MALTIGNANO	PORTO RECANATI
AMANDOLA	MERCATELLO SUL METAURO	RIPE
APPIGNANO DEL TRONTO	MOMBAROCCIO	ROCCAFLUVIONE
AUDITORE	MONDAVIO	SALTARA
BELFORTE ALL'ISAURO	MONDOLFO	SAN COSANZO
CAMERATA PICENA	MONSAMPOLO DEL TRONTO	SAN LEO
CARPEGNA	MONSANO	SAN SEVERINO MARCHE
CASTEL DI LAMA	MONTE PORZIO	SANT'ANGELO IN LIZZOLA
CASTELBELLINO	MONTECICCARDO	SANT'ANGELO IN VADO
CASTELRAIMONDO	MONTEFORTINO	SANT'IPPOLITO
CASTORANO	MONTELABBATE	SERRUNGARINA
COLBORDOLO	MONTEMAGGIORE AL METAURO	SERVIGLIANO
COLLI DEL TRONTO	MONTEMARCIANO	SIROLO
CORRIDONIA	MONTEPRANDONE	SPINETOLI
CUPRA MARITTIMA	MONTEROBERTO	TALAMELLO
FERMIGNANO	NOVAFELTRIA	TAVOLETO
FOLIGNANO	OFFAGNA	TAVULLIA
GABICCE MARE	PEGLIO	URBANIA
GRADARA	PIANDIMELETO	VENAROTTA
GROTTAMMARE	PIETRARUBBIA	

GRUPPO 6 - RURALI	
ALTIDONA	MONTEDINOVE
APIRO	MONTEFIORE DELL'ASO
CAMPOFILONE	MONTEPARO
CAMPOROTONDO DI FISTRONE	MONTERUBBIANO
CARASSAI	MONTOTTONE
CASTELDELICI	MORESCO
COLMURANO	OFFIDA
CORINALDO	ORTEZZANO
COSSIGNANO	PETRITOLI
FRANCAVILLA D'ETE	POLLENZA
GUALDO	RIPATRANSONE
LAPEDONA	RIPE SAN GINESIO
LORO PICENO	SAN GINESIO
MASSIGNANO	SAN MARCELLO
MONTALTO DELLE MARCHE	SAN PAOLO DI JESI
MONTE GIBERTO	SANTA VITTORIA IN MATENANO
MONTE RINALDO	SANT'ANGELO IN PONTANO
MONTE SAN MARTINO	SMERILLO
MONTE VIDON COMBATTE	TREIA



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

1.2 La diffusione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari

Tramite un'apposita rilevazione sul campo è stato possibile effettuare una mappatura dei servizi sociali e socio-sanitari presenti sul territorio regionale.

I dati ottenuti, trasformati in indicatori sintetici e comparabili territorialmente, delineano il quadro presentato nella tabella che segue, la quale riporta, per ognuna delle sette aree di intervento considerate, l'indice medio ottenuto dal territorio di ciascuna delle 13 ASL della regione. Questo primo prospetto consente già di riscontrare l'esistenza, tra i diversi contesti territoriali, di differenze anche rilevanti nella presenza e attivazione dei servizi sociali e socio-sanitari. Di seguito vengono presentati i risultati di sintesi riguardanti i diversi ambiti d'intervento.

A.S.L.	Interventi per gli anziani	Interventi per l'infanzia e l'età evolutiva	Interventi per le dipendenze	Interventi per la devianza	Interventi per persone e gruppi emarginati	Interventi per l'handicap	Interventi per la salute mentale	Altri interventi
1	5,2	6,0	2,2	0,2	1,0	7,2	5,8	2,3
2	2,7	2,9	0,9	0,0	0,4	4,5	1,8	1,1
3	3,2	4,1	0,9	0,0	0,5	4,8	1,8	1,3
4	6,0	5,8	1,5	0,0	1,8	7,9	5,7	3,4
5	4,8	6,8	0,6	0,1	1,1	4,9	1,4	1,4
6	4,7	5,5	2,1	0,5	1,7	7,5	4,2	2,6
7	4,9	6,5	- 2,1	0,1	1,3	6,7	3,5	3,4
8	4,3	5,2	1,9	0,3	1,3	6,2	0,4	2,1
9	3,9	4,6	0,7	0,4	0,5	3,4	1,4	0,7
10	2,6	1,5	0,8	0,1	0,4	2,5	1,1	0,6
11	3,4	4,2	1,5	0,3	1,0	3,8	1,8	1,5
12	4,9	5,8	1,5	0,4	1,3	6,1	2,2	2,2
13	2,3	3,2	1,3	0,1	1,0	3,2	1,4	1,7

Interventi per gli anziani

La distribuzione a livello territoriale dell'insieme degli interventi rivolti alla popolazione anziana, come è possibile osservare dalla cartina, nella quale le aree colorate con una tonalità più forte sono caratterizzate da una maggiore presenza di tali servizi, consente di osservare alcune specificità della situazione regionale. Le aree che presentano una maggiore concentrazione di tali servizi coincidono in gran parte con i capoluoghi provinciali e con i comuni ad essi limitrofi. In generale poi si osserva una maggiore concentrazione di interventi rivolti alla popolazione anziana lungo la fascia costiera e nelle aree collinari dell'interno, in parte anche nella parte più interna della provincia di Ancona.

Si osserva infatti una presenza piuttosto consistente di servizi nelle A.S.L. che comprendono i comuni di Pesaro, Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona, San Benedetto del Tronto.

Per contro si evidenziano zone piuttosto sprovviste di tali tipi di servizi e strutture: un'area piuttosto vasta si osserva in corrispondenza dell'area montana delle province di Macerata ed Ascoli Piceno, ma anche nella parte più settentrionale della provincia di Pesaro.

All'interno di questo quadro generale emergono poi alcune particolarità determinate dalla presenza e dalla diffusione di specifici servizi nelle singole aree. Piuttosto uniforme è ad esempio la situazione per quanto riguarda l'**assistenza domiciliare** in quanto si tratta di un intervento attivato diffusamente nella regione, senza differenze sensibili tra un'area territoriale e l'altra. Non altrettanto si può dire per l'**assistenza domiciliare integrata**, evidenziandosi differenze piuttosto consistenti tra le diverse aree. Il servizio infatti è più diffuso nelle aree dove sono presenti i comuni di maggiori dimensioni e nelle aree costiere, mentre rappresenta una realtà meno diffusa nelle altre zone.

Per quanto riguarda poi le residenze per anziani, se **le case di riposo** (strutture che in teoria dovrebbero ospitare solo anziani autosufficienti e che forniscono un servizio di tipo alberghiero ed assistenziale) sono presenti un po' in tutto il territorio regionale, con una maggiore incidenza nella zona delle province di Ancona e Macerata, differente è la situazione per quanto riguarda le altre strutture.

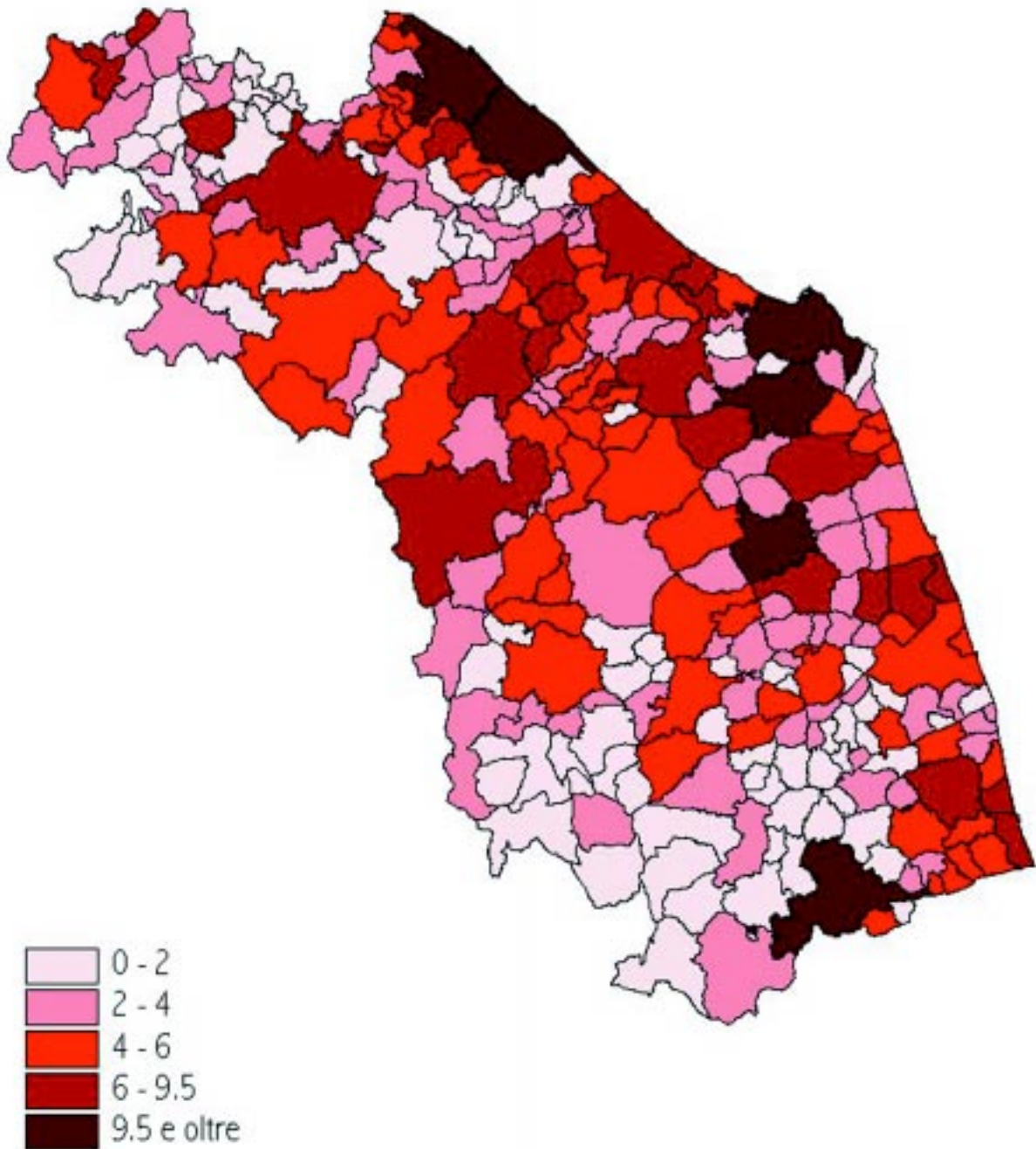
Le case albergo (strutture adibite ad ospitare persone autosufficienti, sole o coniugate, che offrono anch'esse prestazioni di tipo alberghiero e che non prevedono una particolare protezione sanitaria) rappresentano una realtà poco diffusa e presente in prevalenza nell'area costiera, mentre **le comunità alloggio** (complesso di appartamenti minimi forniti di servizi generali destinati ad un numero ristretto di soggetti autosufficienti) sono presenti in ancora più limitate realtà territoriali, e anche in questo caso in corrispondenza delle aree costiere.

Differente è invece la situazione per quanto riguarda **le R.S.A.** (residenze sanitarie assistenziali destinate ad accogliere anziani non autosufficienti) presenti in un numero più consistente di realtà ma carenti nell'area di Fano, nel fabrianese, nella zona di Civitanova e nel fermano.

Una realtà pochissimo rappresentata nel territorio regionale è quella delle **residenze protette** (strutture residenziali di assistenza socio-sanitaria per soggetti non autosufficienti o malati cronici per i quali non è possibile progettare un intervento a domicilio) che sono presenti solamente nella zona di Pesaro e Ancona.

Alcuni interventi cosiddetti "leggeri" infine presentano una diffusione piuttosto uniforme nell'intera regione. Tra questi **le agevolazioni per attività socio-culturali, il reinserimento lavorativo, i soggiorni di vacanza, i centri sociali.**

Interventi per gli anziani



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Interventi per l'infanzia e l'età evolutiva

Gli interventi rivolti all'infanzia e all'età evolutiva presentano una distribuzione, a livello territoriale, dalla quale emerge in misura abbastanza evidente una loro maggiore diffusione lungo l'area costiera e nella prima fascia collinare. Si notano poi alcune aree di concentrazione piuttosto elevata in coincidenza dei comuni di maggiori dimensioni dell'interno: Ascoli Piceno, Fabriano, Urbino.

Piuttosto sprovvisti sembrano invece essere i comuni dell'area montana maceratese, dell'interno della provincia di Ascoli Piceno e dell'alto pesarese.

Gli asili nido presentano una diffusione piuttosto ampia ma una maggiore concentrazione nelle zone costiere, ed in particolare nelle aree di Pesaro, Senigallia, Ancona, Civitanova, così come nell'area montana del fabrianese. Meno dotate sono invece in genere tutte le altre aree dell'interno.

Alcuni servizi mostrano poi una diffusione che non lascia emergere particolari differenze tra un'area e un'altra. Tra questi, **i centri estivi** (servizi per l'accoglienza dei bambini durante il giorno nel periodo estivo nei quali la presenza di educatori/animatori assicura la vigilanza e consente l'organizzazione di diverse attività ludico-ricreative ed educative), **i soggiorni di vacanza** e **i centri di informazione per giovani** (sportelli di informazione e orientamento che offrono generalmente notizie e materiale inerenti scuola, lavoro, corsi di formazione, tempo libero, cultura, vacanze, sport e che hanno l'obiettivo di attivare processi di inserimento sociale, professionale e culturale dei giovani) sono presenti un po' in tutte le aree della regione.

Anche **i centri di aggregazione giovanile** (strutture rivolte ad adolescenti e giovani con lo scopo di prevenire il disagio ed i processi di esclusione sociale e di promuovere il protagonismo adolescenziale e giovanile) sono presenti su tutto il territorio ma particolarmente diffusi in alcune aree. Tra queste la zona di Fano, il fermano, l'area di San Benedetto e, in misura minore la zona di Pesaro. Sono invece meno dotate le zone montane delle province di Ancona e Macerata.

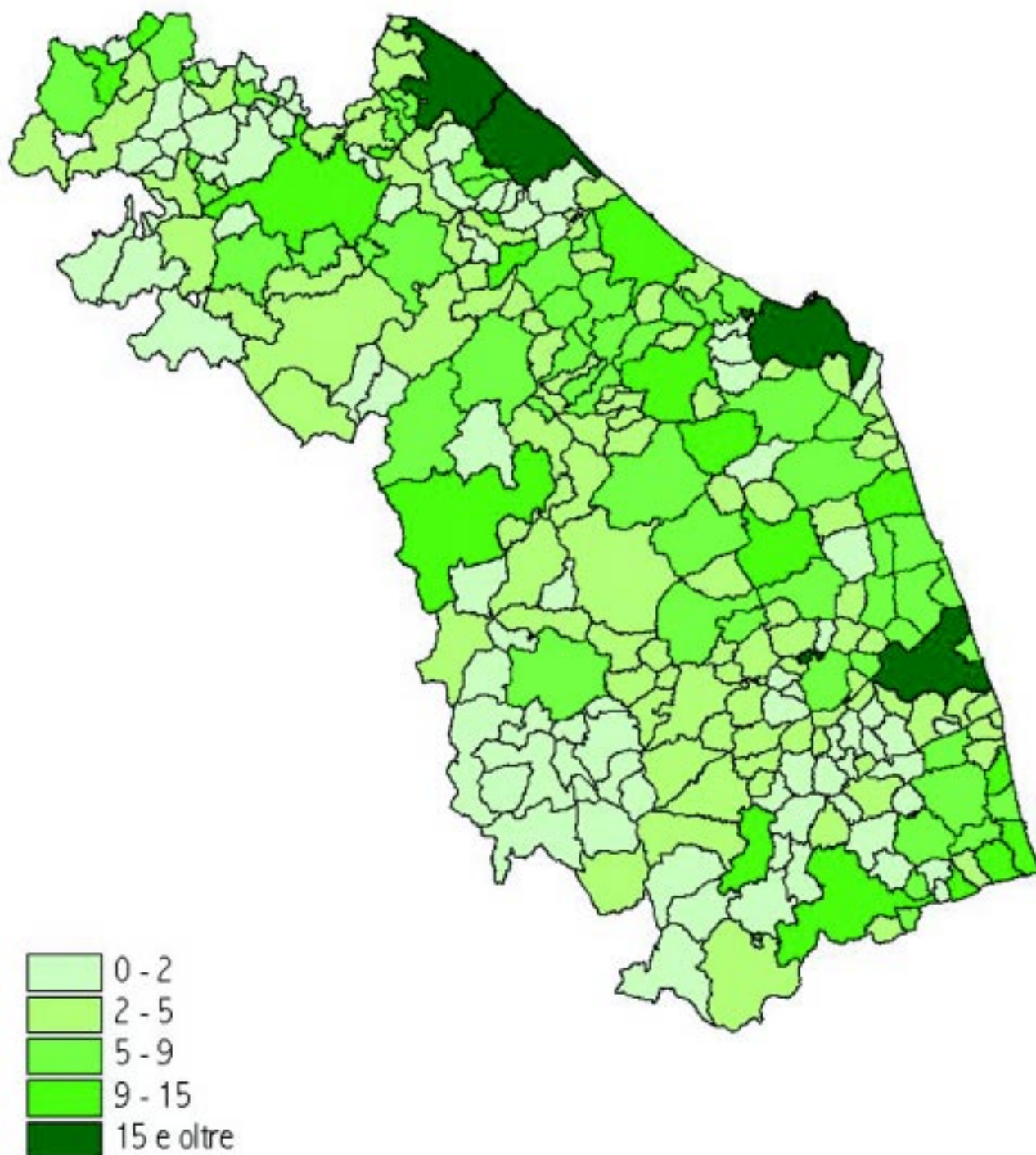
I centri educativo-ricreativi diurni (luoghi di aggregazione generalmente rivolti a bambini di età compresa tra i 6 e i 14 anni, nei quali è garantita la presenza di educatori/animatori che hanno il

compito di promuovere e coordinare attività ludico-ricreative, sociali, educative, culturali e sportive) sono anch'essi carenti nell'area interna della provincia di Ancona e meno diffusi nelle zone interne dell'ascolano e del maceratese.

Altri servizi presentano invece una diffusione ancora più disomogenea. Tra questi **l'assistenza domiciliare rivolta alle famiglie con minori**, carente nell'area montana della provincia di Ascoli, nella zona di Camerino ma anche di Civitanova e **l'assistenza educativa domiciliare o territoriale** che è piuttosto diffusa nella zona di Pesaro, nell'area costiera ed in quella montana della provincia di Ancona mentre è meno presente nelle province di Ascoli e Macerata.

Infine, alcuni servizi mostrano una diffusione piuttosto scarsa. Tra questi **le ludoteche** (locali forniti di vari giochi a disposizione dei bambini che spesso attuano iniziative volte alla socializzazione e all'apprendimento mediante l'attività ludica), **le case famiglia** (luoghi di accoglienza e comunità di vita imperniati sulla presenza a tempo pieno di una famiglia, costituita da una coppia sposata con o senza figli, che convive con i minori ed è supportata dalla presenza di altri operatori), **le comunità educative residenziali** (condotte da operatori non legati fra loro da vincoli familiari), **i centri di prima accoglienza** (strutture che hanno lo scopo di ospitare con tempestività minori in situazioni di emergenza che si caratterizzano per un bisogno immediato e temporaneo di ospitalità, mantenimento e tutela, in attesa di soluzioni più adeguate).

Interventi per l'infanzia e l'età evolutiva



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Interventi per le dipendenze

Gli interventi per le dipendenze, in generale presentano una minore diffusione rispetto agli interventi attivati rispettivamente nell'area "anziani" e "minori". La cartina permette di osservare una concentrazione piuttosto elevata in corrispondenza del capoluogo regionale e dei comuni di Pesaro e Fermo.

Nel complesso, le aree dove si nota una maggiore concentrazione di tale tipo di interventi sono collocate lungo il litorale, in alcune zone dell'interno della provincia di Pesaro, nel maceratese e intorno al comune di Ascoli Piceno.

Oltre all'area montana, rimangono abbastanza scoperte alcune aree dell'interno della provincia di Ancona e la prima fascia collinare della provincia di Pesaro e Ascoli Piceno.

Tra i servizi che presentano una minore diffusione sono i **centri di ascolto** (strutture che accolgono domande di vario tipo e all'interno delle quali vengono svolte attività di primo sostegno, generalmente gestite da volontari, a volte anche ex tossicodipendenti, e figure professionali non appartenenti ad istituzioni pubbliche) presenti solamente nelle zone di Senigallia, Ancona e nell'area costiera e collinare della provincia di Ascoli Piceno.

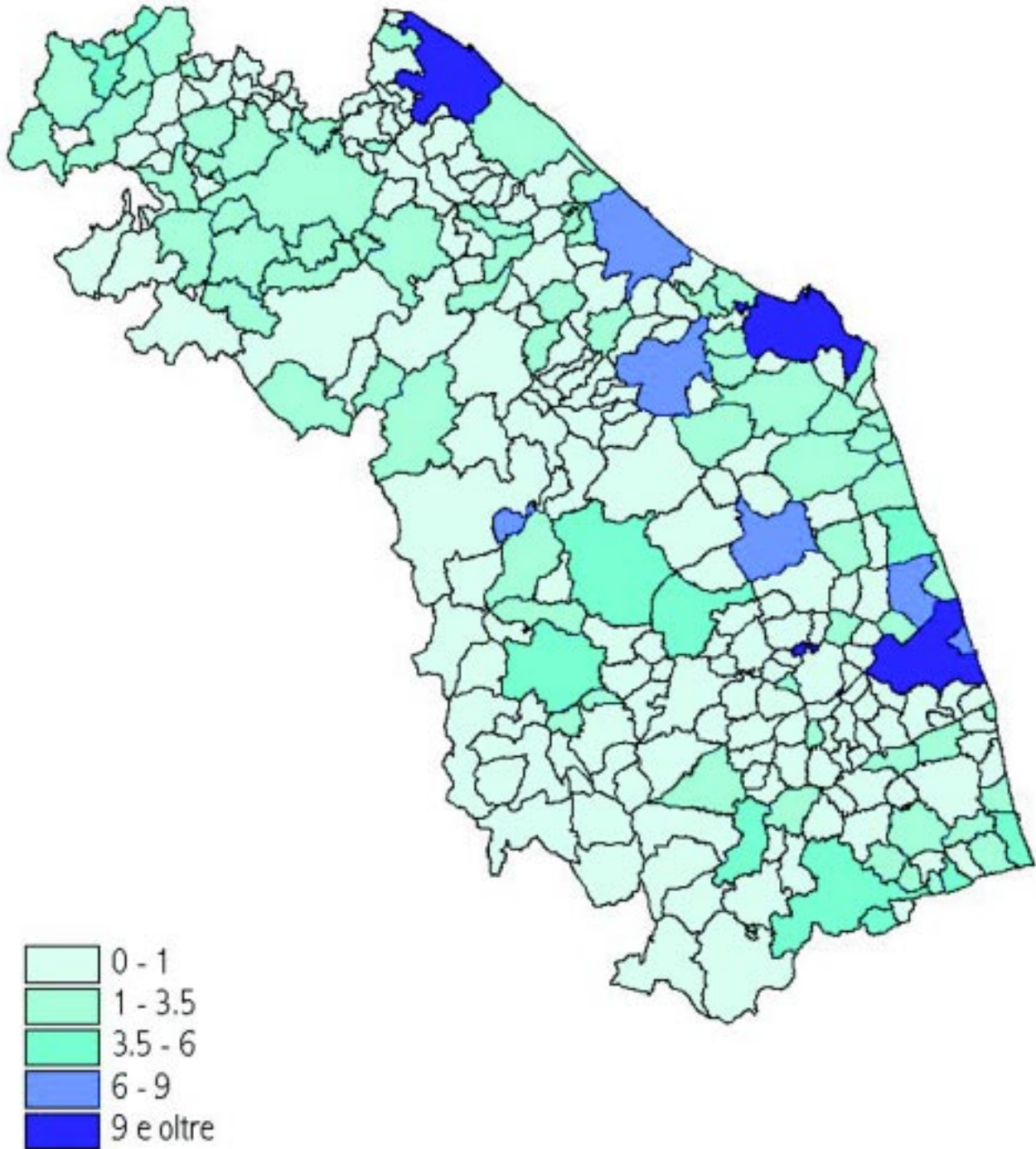
Anche i **servizi di consulenza e aiuto ai familiari** (che offrono sostegno in termini di informazione, consulenza, sostegno psicologico e sociale di vario tipo alle persone che hanno nella loro famiglia uno o più soggetti tossicodipendenti) hanno una diffusione piuttosto limitata ed in particolare non risultano presenti o quasi, nell'area interna della provincia di Pesaro, nella zona di Fano, di Jesi, nell'area interna della provincia di Macerata.

I **centri consultoriali** (strutture dislocate sul territorio che svolgono varie attività di prevenzione, cura e riabilitazione, psicoterapie individuali, familiari e di gruppo, disbrigo di pratiche burocratiche e amministrative, elaborazione di progetti terapeutici, contatti con le altre strutture e soggetti, ricerche epidemiologiche e di raccolta dati) sono invece poco o affatto diffusi nella provincia di Ancona, fatta eccezione per l'area intorno al capoluogo regionale, e nella zona di San Benedetto del Tronto.

Più diffusi sono invece gli altri servizi per le tossicodipendenze. Tra questi soprattutto **le attività di prevenzione e informazione, i centri di accoglienza diurna** (strutture che ospitano durante il giorno persone che stanno seguendo un programma terapeutico) che risultano carenti solamente nell'area interna della provincia di Pesaro, **gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo** (che rappresentando l'ultima fase dei programmi terapeutici sono finalizzati all'assunzione e alla riappropriazione di ruoli sociali, competenze e abilità relazionali e lavorative, e dell'autonomia personale).

Anche **gli interventi per l'alcoldipendenza** sono presenti un po' in tutte le aree della regione ma si nota una maggiore concentrazione nella zona di Pesaro, nel fabrianese, e, in misura minore, nel fermano.

Interventi per le dipendenze



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

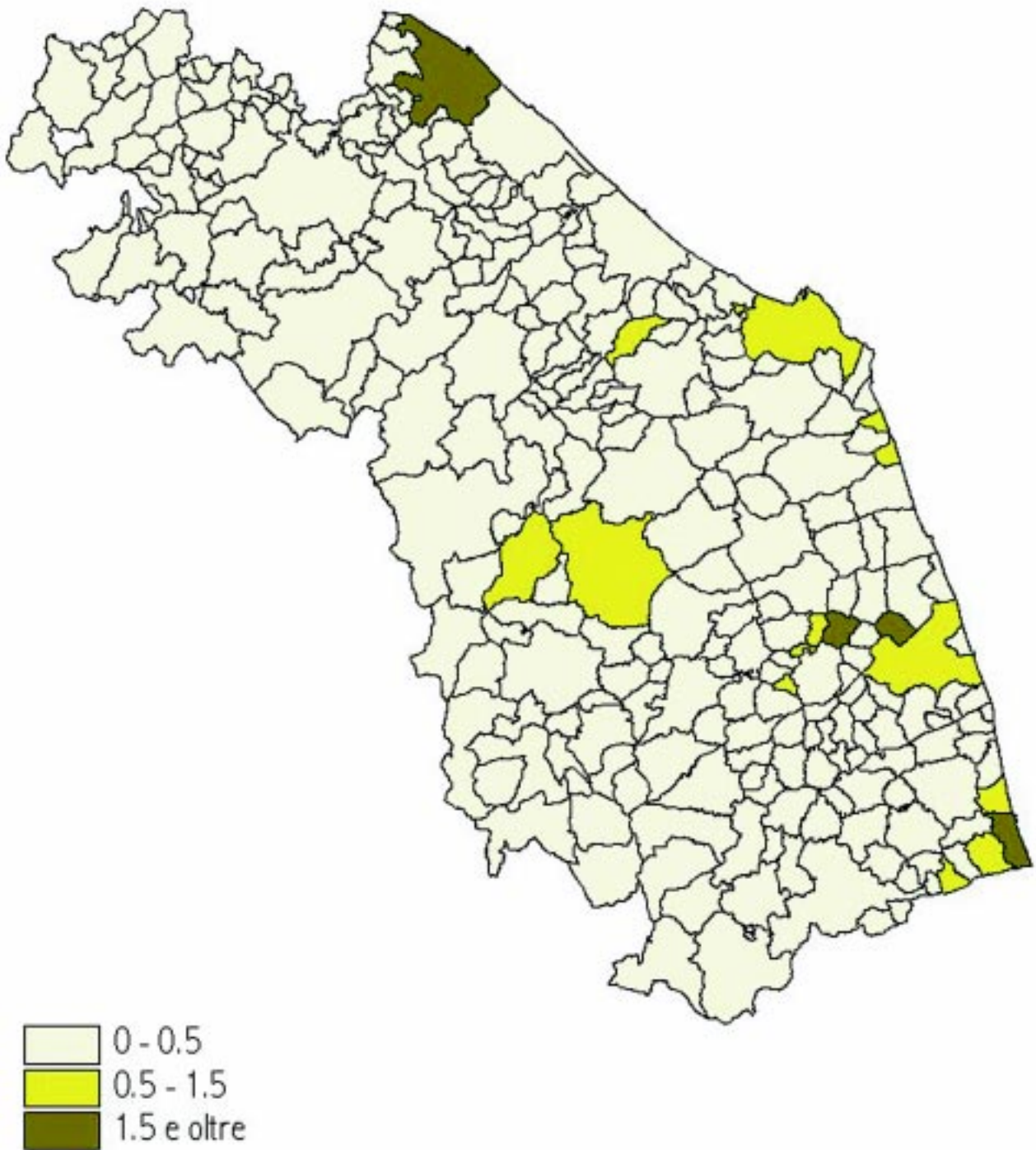
Interventi per la devianza

L'area degli interventi per la devianza è quella che fa registrare la più bassa presenza di servizi nel territorio regionale. Si nota una presenza più consistente in corrispondenza dei comuni di Pesaro, di Ancona, dell'interno della provincia di Macerata, di Fermo, di San Benedetto del Tronto.

Risulta attivato in pochi comuni **il servizio di servizio sociale per minorenni** (che si occupano dei minori di anni 18 sottoposti a procedimenti giudiziari di natura penale, limitativi o restrittivi della libertà personale), **i centri di prima accoglienza** (strutture che offrono ospitalità immediata e temporanea ai soggetti in situazione di emergenza e a rischio di emarginazione), **le comunità di accoglienza e recupero** (strutture educativo-assistenziali, residenziali o semiresidenziali che accolgono soggetti in situazione di disadattamento e devianza), **i centri di servizio sociale per adulti** (si occupano dei soggetti maggiorenni sottoposti a procedimenti giudiziari di natura penale, limitativi o restrittivi della libertà personale).

Più diffusi sono invece **i servizi di formazione-lavoro e tempo libero** (iniziative attivate con lo scopo di favorire il reinserimento sociale dei minori che, pur essendo detenuti in Istituti penali, godono della facoltà di trascorrere parte della giornata all'esterno di tali strutture) presenti in modo particolare nel maceratese e nell'ascolano.

Interventi per la devianza



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Interventi per persone e gruppi emarginati

Relativamente agli interventi rivolti a persone e gruppi emarginati si nota una concentrazione elevata in corrispondenza dei comuni di dimensioni medio-grandi: in modo particolare a Pesaro, Senigallia, Ancona, Fermo e in misura meno accentuata in altri comuni quali Fano, Fabriano, Ascoli Piceno, San Benedetto del Tronto.

Si evidenzia poi la presenza di una fascia mediamente coperta da tale tipo di interventi corrispondente all'entroterra di quasi tutta la provincia di Ancona, alla fascia litoranea della provincia di Macerata ed in parte di quella di Ascoli Piceno.

Il servizio più diffuso, senza sensibili differenziazioni da un'area all'altra, è rappresentato dall'**assistenza in denaro e natura**, mentre situazioni particolari si evidenziano in relazione agli altri interventi.

I centri di accoglienza (strutture atte ad ospitare i soggetti in difficoltà per determinati periodi di tempo offrendo loro vitto, alloggio e tutela) sono quasi assenti nell'area interna della provincia di Pesaro, nell'area montana del maceratese ed in buona parte dell'ascolano. **Le mense** che offrono pasti gratuiti ai soggetti in stato di bisogno, presentano una diffusione simile ma sono più presenti nella provincia di Ascoli Piceno.

L'assistenza alloggiativa, ossia gli interventi mirati a fornire soluzioni abitative a carattere temporaneo a soggetti in stato di bisogno, è diffusa piuttosto uniformemente nel territorio regionale tranne che nell'area interna della provincia di Pesaro, nel senigalliese e nell'interno della provincia di Ancona.

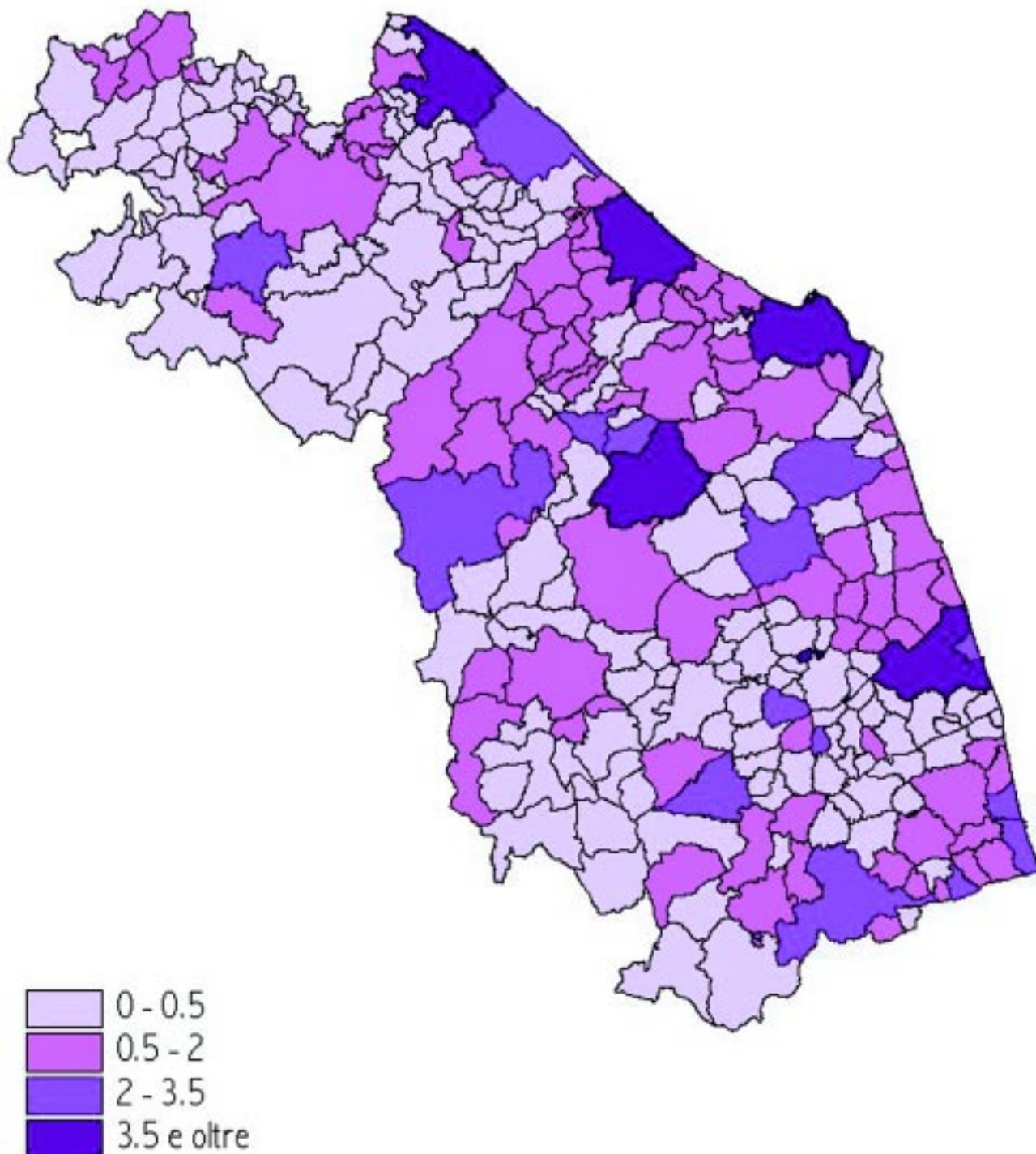
Gli interventi per **l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo** (iniziative volte a combattere lo stato di emarginazione e disagio in cui questi soggetti si trovano) sono particolarmente presenti in alcune aree della provincia di Ancona, ma più in generale sono diffusi in quasi tutto il territorio regionale.

Più sporadica è invece la presenza dei **centri servizi o degli sportelli informativi** (luoghi volti a fornire informazioni e consulenza in modo particolare alle persone immigrate e mirate quindi a

veicolare la conoscenza reciproca e la valorizzazione delle culture altrui) diffusi soprattutto nella provincia di Ascoli Piceno.

Risultano invece quasi o del tutto assenti gli asili notturni.

Interventi per persone e gruppi emarginati



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Interventi per l'handicap

Le aree che fanno registrare la massima concentrazione di interventi rivolti a portatori di handicap sono generalmente in corrispondenza dei comuni di maggiori dimensioni: Pesaro, Ancona, Jesi, Fabriano, Fermo, San Benedetto del Tronto. Esiste poi un'area a densità piuttosto elevata intorno a tali comuni ed in corrispondenza degli altri centri di maggiori dimensioni: Urbino, Senigallia, Macerata, Ascoli Piceno, ed in parte nell'alto pesarese.

Le aree dove invece tali interventi sono meno presenti sono collocate in maggioranza nella parte più meridionale e più interna della regione.

L'analisi relativa all'attivazione dei singoli interventi fa emergere in genere situazioni piuttosto differenziate. Si riscontrano infatti servizi attivati in modo generalizzato in tutte le aree della regione, ma con una presenza in termini quantitativi che è differente nelle singole zone. Ad esempio gli interventi per **l'integrazione sociale e lavorativa** (finalizzati ad evitare l'isolamento dei portatori di handicap consentendo e facilitando la loro partecipazione alla vita sociale) sono attivati in tutte le aree ma in misura decisamente più marcata nelle province di Pesaro e di Ancona rispetto a quanto non avviene nel resto della regione.

Lo stesso si verifica in parte anche per quanto riguarda **l'assistenza educativa domiciliare o territoriale** (interventi socio-assistenziali ed educativi realizzati al domicilio degli utenti o in luoghi della vita quotidiana) più presente nelle aree a nord della regione.

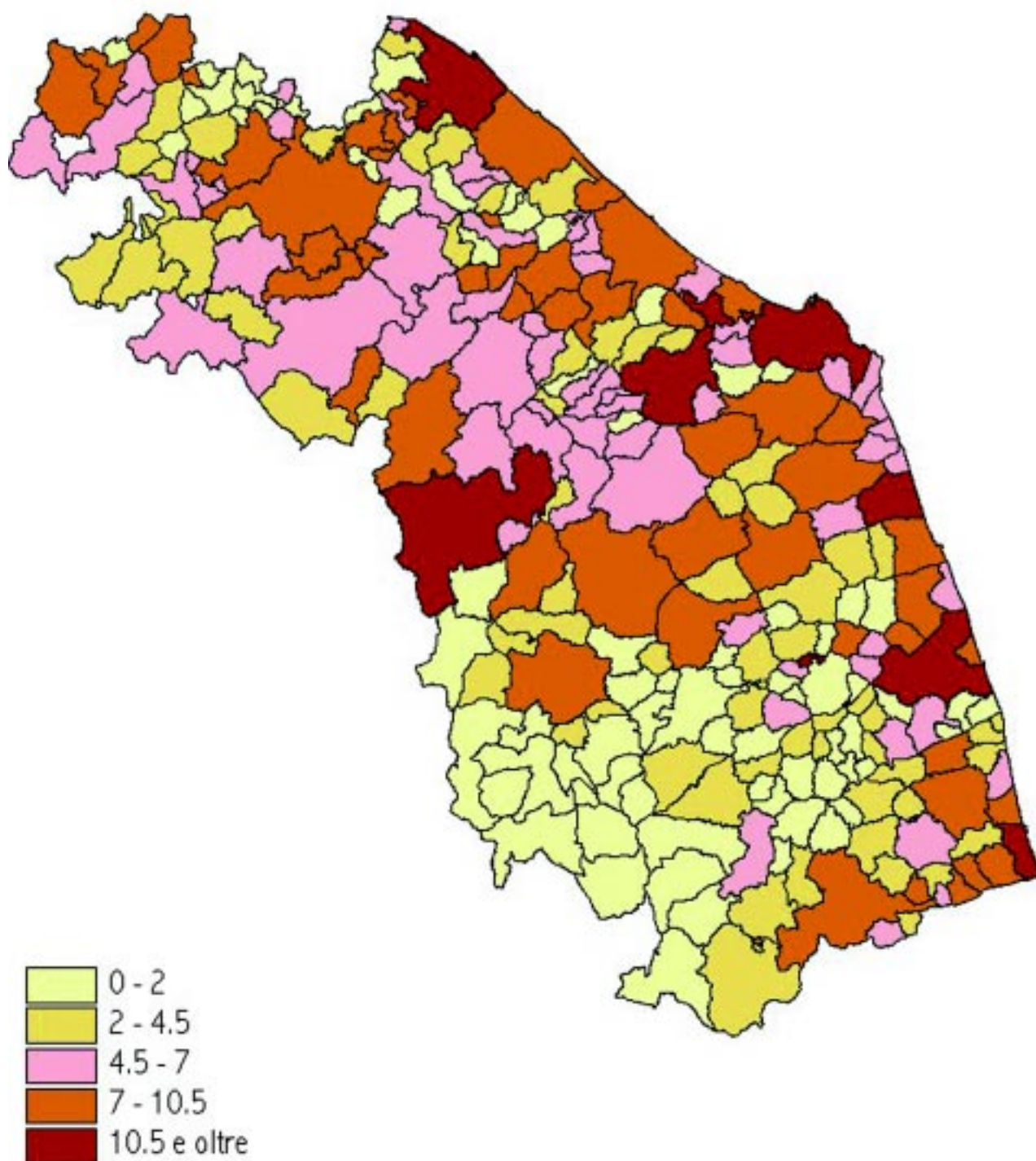
Diffusa in misura piuttosto uniforme è invece l'assistenza domiciliare mentre **l'assistenza domiciliare integrata** (coordinamento di varie attività sia a carattere sociale che sanitario le quali sostengono i soggetti e favoriscono il permanere nella loro abitazione) è più concentrata nell'area di Pesaro, di Senigallia, nel fabrianese e nel fermano.

I centri diurni di assistenza riabilitativa (destinati a portatori di handicap con un basso livello di autosufficienza, giovani e adulti, a rischio di emarginazione ed istituzionalizzazione) e **i laboratori protetti** (all'interno dei quali si svolgono prevalentemente attività di carattere artigianale con il sostegno e la supervisione di operatori) sono diffusi un po' ovunque ma meno presenti in

corrispondenza delle aree interne della regione. Poco diffuse (soprattutto nel maceratese, nell'ascolano e in alcune aree della provincia di Ancona) sono invece **le cooperative di lavoro**.

In genere poco diffuse sono poi le strutture residenziali. **Le comunità alloggio** (formate da una serie di appartamenti dotati di servizi generali) sono presenti solamente nella zona di Pesaro, Ancona e Civitanova; **le case famiglia** (costituite da centri residenziali caratterizzati dalla presenza di una coppia di operatori legati da un vincolo familiare e affiancati da altre figure professionali) sono pressoché assenti; **gli istituti residenziali** (nei quali gli operatori che vi lavorano non sono invece legati da vincoli familiari) sono presenti solamente in alcune aree della provincia di Ancona, nel maceratese e nella zona di Ascoli; **le R.S.A.** (strutture extraospedaliere ad elevata integrazione socio-sanitaria che accolgono soggetti non autosufficienti sprovvisti di un'adeguata rete di sostegno familiare) sono segnalate solamente in alcune aree della provincia di Pesaro e Ascoli Piceno.

Interventi per l'handicap



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Interventi per la salute mentale

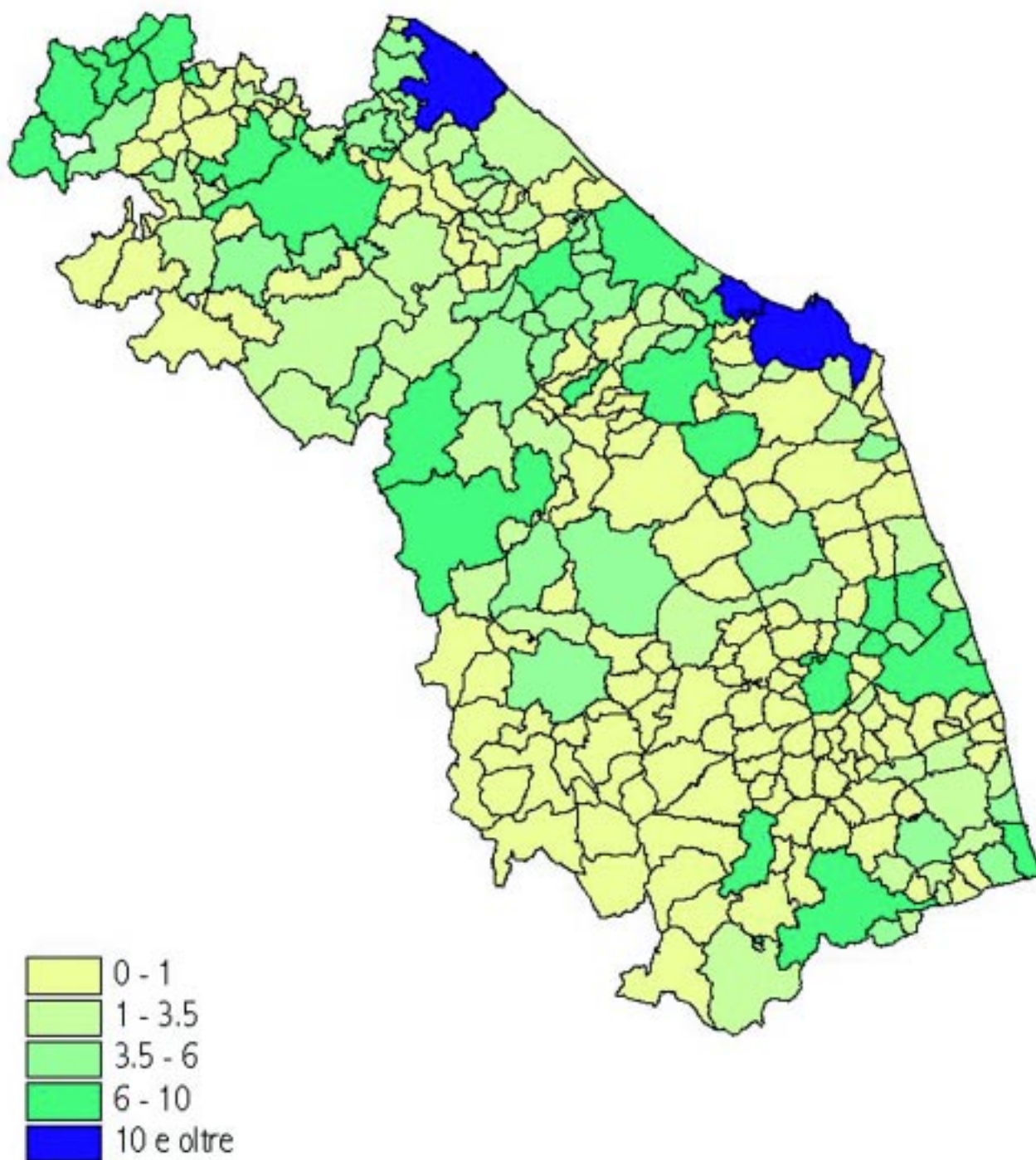
La distribuzione territoriale dei servizi rivolti alla salute mentale coincide in gran parte con quella dei servizi destinati ai portatori di handicap.

A livello territoriale si nota una concentrazione più elevata di tali interventi nella metà settentrionale della regione, in corrispondenza delle A.S.L. che comprendono i comuni di Pesaro, Jesi, e in misura minore Fabriano e Ancona.

Meno estesa è invece tale presenza nelle aree più meridionali. Oltre alla carenza di servizi nella fascia montana del maceratese e dell'ascolano, si notano aree a minore concentrazione anche nella fascia collinare e costiera delle province di Ascoli e Macerata.

Tale carenza riguarda in modo particolare gli interventi di assistenza domiciliare integrata, la presenza di laboratori protetti e delle strutture residenziali in generale.

Interventi per la salute mentale



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Altri interventi

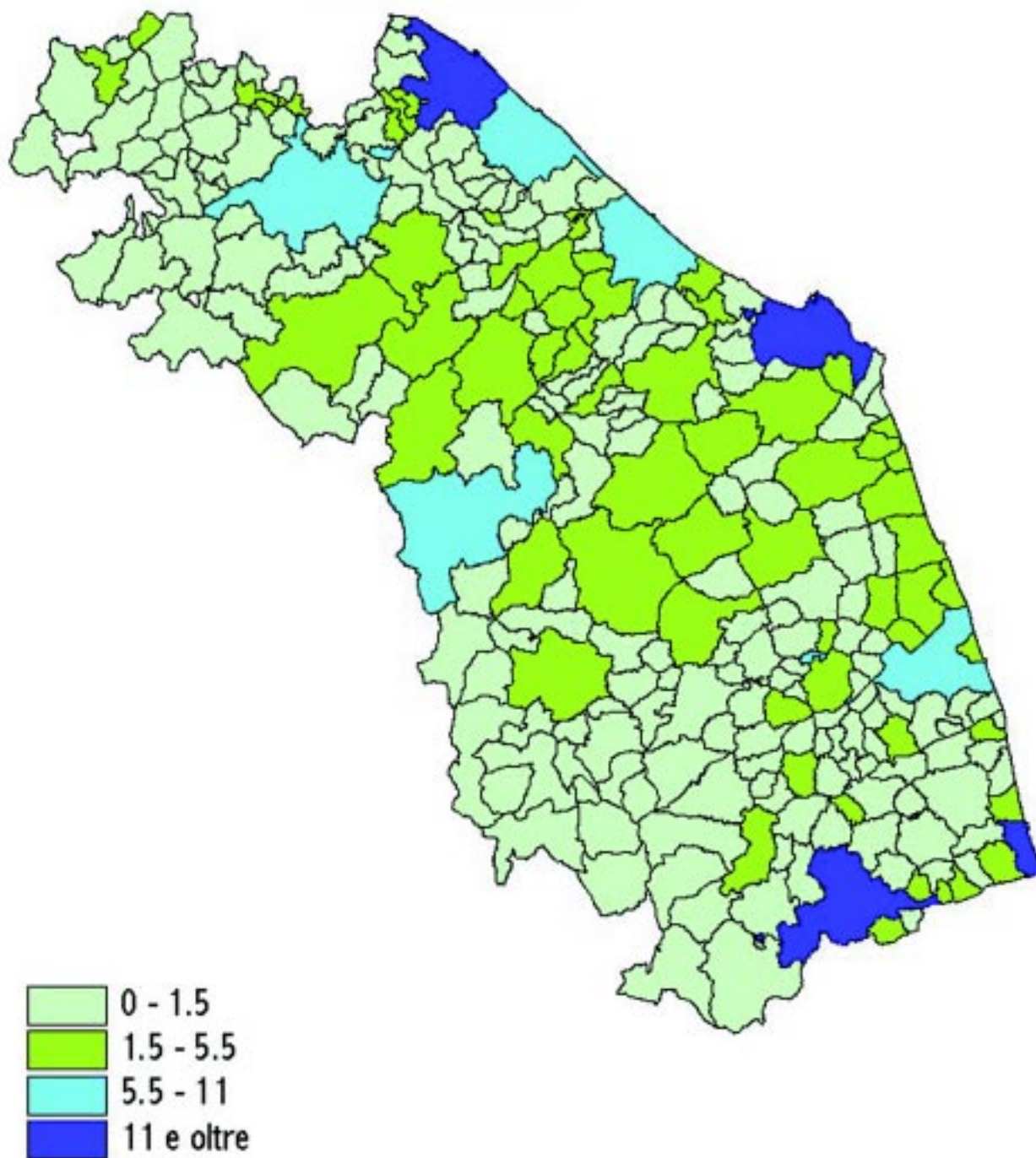
Sono interventi che non si rivolgono ad una tipologia di utenza particolare o che si rivolgono contemporaneamente a differenti fasce d'utenza.

Tra gli interventi più diffusi si rileva l'attività degli **assistenti sociali** che appare più consistente in corrispondenza delle aree costiere mentre si nota una minore concentrazione nell'area interna della provincia di Pesaro, del maceratese e dell'ascolano.

Più uniformità si riscontra invece relativamente all'attivazione di interventi di **assistenza economica** ed alla presenza di **consultori familiari**, presenza che appare però più consistente nella provincia di Ancona e nella zona costiera della provincia di Macerata.

Molto più scarsa l'attivazione di altri servizi quali i centri sociali polivalenti, i servizi alloggiativi, i centri di pronto intervento e le residenze per donne in difficoltà, le banche del tempo.

Altri interventi



Elaborazione grafica: Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

2. Filosofia e assi portanti del Piano

2.1 Riferimenti culturali e normativi: verso il Sistema.

Il Piano regionale dei servizi e degli interventi sociali si sviluppa all'interno della cornice già individuata negli atti del Consiglio Regionale delle Marche, a partire dalla dichiarazione programmatica della Giunta, ma segnatamente:

- nel Piano Regionale di Sviluppo (PRS) 2000 (D.A. 197/98);
- nel Piano Pluriennale di attività e spesa 1999 – 2001;
- nel Piano Sanitario regionale (PSR) 1998 – 2000 (L.R. 34/98)

Già nel disposto combinato di questi atti, gli obiettivi di coesione sociale trovano radicamento nelle politiche di Welfare e nell'area di quest'ultimo viene proposto un approccio promozionale, alternativo all'assistenzialismo, anche mediante l'integrazione con le politiche attive del lavoro e della formazione professionale.

Sia il PRS, sia il PSR annunciano l'esigenza di vistosi e progressivi adeguamenti culturali, funzionali e organizzativi prima ancora di quelli degli assetti e dei servizi, e propongono un ambizioso obiettivo di personalizzazione regionale del sistema integrato: il "Welfare Regionale".

2.2 La filosofia della programmazione: Piano processo per gestire la trasformazione

Il Piano si inserisce dunque in una fase in cui si delineano nuovi orizzonti delle politiche sociali, per cui il senso delle trasformazioni attese sui fronti della programmazione, della progettazione e della

attuazione delle politiche stesse può essere previsto; non sono tuttavia prevedibili l'entità e le dimensioni del cambiamento.

In questa ottica ed in questi tempi è possibile individuare alcuni riferimenti, recenti o recentemente rivisitati, che da un lato testimoniano gli impegni alla elaborazione di nuove politiche sociali, dall'altra delineano nuovi orizzonti per le politiche stesse. Questi riferimenti ispirano assetti e ruoli istituzionali e promuovono riforme di settore che, pure all'interno del loro specifico rispettivo, accettano la sfida a superare i settorialismi storici e finalmente a misurarsi con la massima integrazione per la promozione della qualità ottimale della vita.

In particolare, la coerenza con la cornice istituzionale della L. 59/97 abilita i disegni di legge del settore sanitario e del settore sociale a configurare **riforme di nuova generazione**.

E' in rapporto ai riferimenti contenuti in tali cornici, ed in relazione allo specifico regionale, ossia ai problemi particolari della Regione, nonché alle prospettive programmatiche già assunte, ed allo stato del dibattito sulle politiche sociali, che va avviata nella Regione la costruzione di un **Sistema Integrato di interventi sociali e servizi alle persone** in grado di garantire:

- la qualità della vita;
- lo sviluppo, o per meglio dire l'autosviluppo, delle comunità locali e della regione;
- la tutela della salute, della sicurezza pubblica e dell'ambiente.

Nella costruzione del Sistema saranno da intendere come linee-guida:

- a) i dieci "principi fondamentali" enunciati dall'art.4 della L. 59/97;**
- b) il coordinamento fra i livelli istituzionali del Sistema, da curare nell'indirizzo del punto c) dell'art.3 comma 1 della stessa legge;**
- c) la l.r. 34/98, Piano sanitario regionale.**

Il problema fondamentale che si pone nella assunzione della prospettiva programmatica per il prossimo triennio è quindi, come enunciato, la costruzione, l'avvio e l'accompagnamento processuale del Sistema Regionale dei servizi e degli interventi sociali: dovendo per più versi

procedere ex-novo, in quanto non vi è attualmente un sistema dei servizi sociali ma soprattutto in quanto non vi è **sistema integrato, a partire dalla carenza di integrazione socio-sanitaria.**

In tal senso il Progetto Obiettivo Anziani rappresenta uno strumento di programmazione e di coordinamento tra le politiche sociali e sanitarie per quanto concerne gli interventi e i servizi a favore degli anziani. La sua definizione a livello regionale è uno degli obiettivi che consentiranno la realizzazione delle scelte del Piano sociale.

Non si tratta peraltro semplicemente di distribuire compiti e funzioni, ma di definire un modello complessivamente coerente, strutturalmente realizzabile e funzionalmente sostenibile.

Si tratta quindi di assumere la prospettiva del **piano/processo**, affrontando le questioni: del regime istituzionale; dell'architettura funzionale del sistema; del modello di welfare da perseguire; del modello di programmazione che articola i flussi di decisioni, risorse e comunicazioni tra le diverse componenti sistemiche.

L'architettura istituzionale

La cornice normativa consente di impostare l'architettura istituzionale avendo a riferimento principi fondamentali quali il decentramento, la sussidiarietà verticale, la responsabilità e la contestualizzazione dei diversi livelli ed elementi componenti il sistema. In armonia con Legge n. 142/90, la Legge 18 marzo 1993, n. 67, il D.Lgs. 31 marzo 1998, n. 112, la l.r. 17 maggio 1999, n. 10 nonché con le leggi sulla cooperazione sociale e sul volontariato che ne regolano i rapporti con gli enti pubblici (convenzioni), l'assetto istituzionale del sistema per gli interventi ed i servizi sociali riconosce quindi ruoli e funzioni precipue ai diversi Enti locali, secondo il seguente schema:

Ente	Funzioni
Comuni	<p>Governo locale dei patrimoni e degli interessi comunitari Gestione dei servizi come da Legge n. 142/90 Verifiche di qualità, efficacia ed efficienza Progettazione locale Rapporti con il terzo settore e con le formazioni sociali locali</p>
Comuni associati in Ambiti Territoriali coincidenti con i distretti sanitari	<p>Pianificazione e co-progettazione Gestione dei servizi a valenza sovracomunale Integrazione socio-sanitaria Rapporti con il terzo settore Funzioni di osservatorio e di analisi in raccordo con le Province</p>
Province	<p>Formazione Funzioni di promozione e di coordinamento nel territorio provinciale ai fini della programmazione Funzioni di osservatorio, di analisi e di coordinamento Attività integrativa a sostegno degli Ambiti Territoriali Rapporti con il terzo settore</p>
Regione	<p>Rapporto con gli organi centrali dello Stato Governo delle risorse Sistema informativo Rapporti con il terzo settore Criteri di qualità Promozione della associazione fra enti locali Funzioni generali di indirizzo e governo Attivazione dei processi che conducono ai Piani Territoriali</p>

L'architettura sistemica

Per la costruzione del sistema sembra opportuno individuare due modelli, uno teorico e uno funzionale.

Il **modello teorico** stabilisce una correlazione obiettivo/strumento per l'attuazione del nuovo corso delle politiche sociali, in relazione alla massima generalità che caratterizza rispettivamente la qualità della vita, come meta-obiettivo, e lo stesso welfare, come meta-strumento.

Tale correlazione può essere definita individuando i gradi di prossimità rispetto al meta-obiettivo qualità della vita. Se consideriamo quest'ultima come nucleo, avremo intorno ad essa una serie di **corone circolari** in cui troveremo innanzitutto i **patrimoni** come la salute, il benessere, la qualità ambientale, il comfort residenziale, e così via; in una seconda corona i **servizi**, come la sanità, la scuola, i trasporti, la promozione sociale, i servizi ambientali ed urbani nel ruolo di strumenti; ancora intorno, in una ultima corona circolare possiamo vedere configurate le **politiche sociali integrate** come sede e strumento di governo di un ambito politico e di servizi. Il modello teorico così rappresentato risulta attuale, in quanto capace di fissare standards di qualità e obiettivi da raggiungere ovunque, e coerente con il "Programma Regionale di Sviluppo 2000" della Regione Marche, in particolare con il Cap. 10, "Welfare Regionale".

Il **modello funzionale** si centra sulla esigenza di individuare nel bisogno sociale il momento costituente e quindi lo starter del funzionamento del sistema.

L'architettura sistemica è funzionale alla lettura, comprensione e risposta delle diverse declinazioni del bisogno sociale e quindi dei fattori sociali generatori di bisogno.

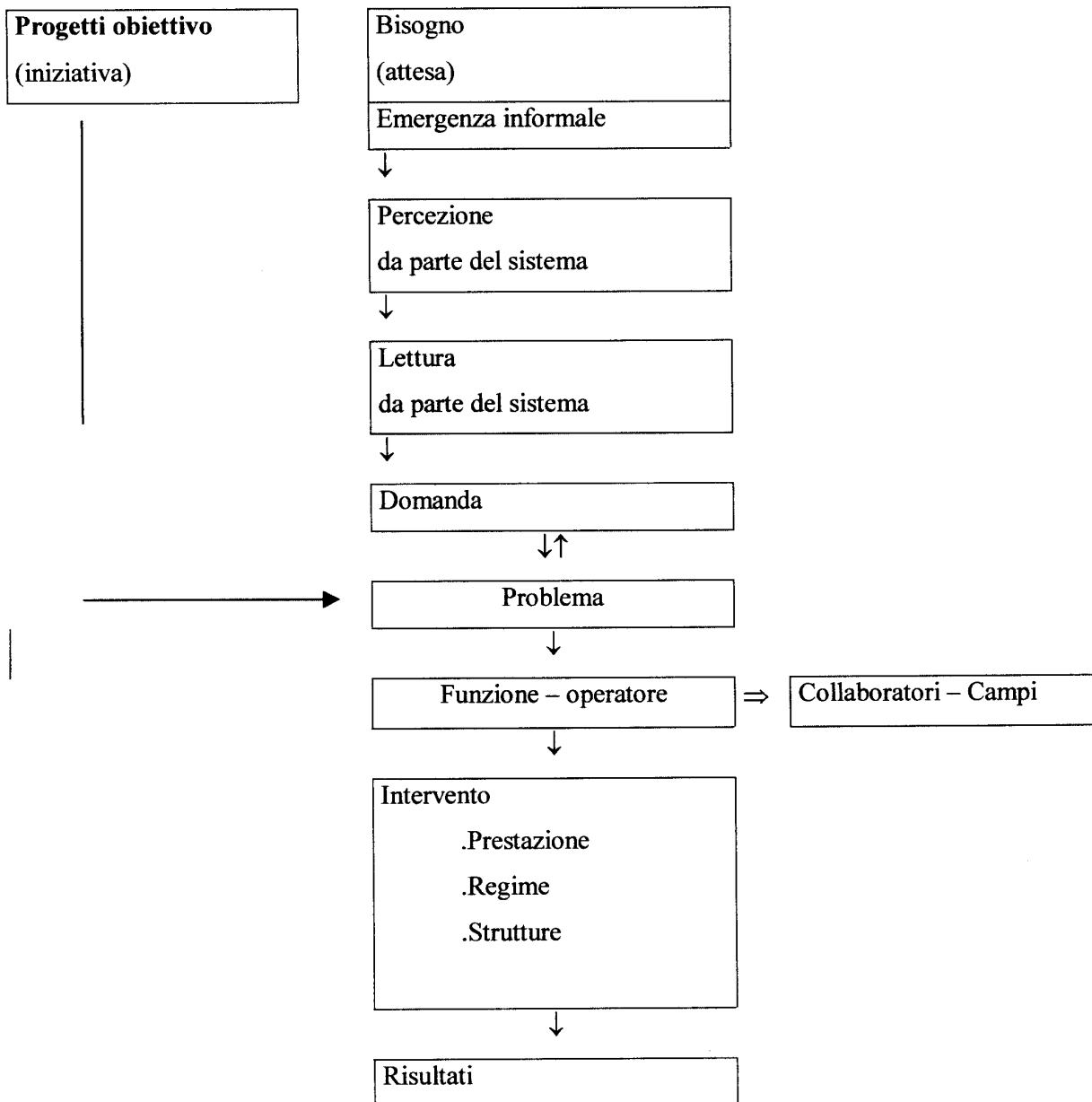
Il bisogno, infatti, è in sé condizione dinamica fondamentale delle trasformazioni sociali, e quindi il sistema assume a proprio centro quei bisogni che, insoddisfatti, generano una stasi, un

rallentamento o un arretramento delle possibilità di autosviluppo e di autopromozione degli individui, delle famiglie e delle comunità locali.

Il bisogno viene quindi identificato come principio strutturante del sistema. Lo schema logico-funzionale vede quindi quale principio della dinamica che genera la realizzazione di interventi e servizi **la rilevazione e la lettura del bisogno**; la declinazione del bisogno in una serie di **domande**; l'identificazione del **problema** fondamentale; la definizione degli **interventi** da adottare per soddisfare il bisogno risolvendo il problema che lo genera, attraverso politiche settoriali volte a prevenire l'emergenza assistenziale e a garantire l'accesso ai diritti costituzionalmente tutelati.

I progetti obiettivo o programmi di azione definiti a livello dell'Amministrazione centrale dello Stato devono in questa cornice rappresentare una linea guida, una proposta di schemi di lettura o di modelli di intervento o di risorse da utilizzare, da porre a confronto con la lettura del bisogno che avviene al livello delle aree territoriali in cui siano possibili condizioni organizzative sufficienti e significative.

Tale architettura sistemica può essere rappresentata secondo lo schema seguente:



In questa schematizzazione appare importante come l'architettura proposta sostituisca il metodo 'bottom – up' a quello 'centralistico – verticale' che ha trovato la sua espressione forse più convincente, in termini di programma, nei progetti obiettivo.

Il bisogno ha di per sé momenti di emergenza informale, che trovano espressione nelle diverse forme del malessere sociale, della richiesta imprecisata di assistenza e così via. La percezione da parte del sistema degli interventi sociali, o la lettura da parte degli operatori, alla luce dei paradigmi di interpretazione possibili, trasformano il bisogno in domanda e consentono di cogliere il problema da affrontare per dare risposta al bisogno: occorre quindi che vi sia una corrispondenza tra il tipo di bisogno ed il ventaglio delle possibilità di intervento disponibili nelle aree territoriali di riferimento.

Da questo punto in avanti occorre che il sistema sia in grado di rendersi funzionante, attraverso innanzitutto una assunzione di responsabilità nei confronti del soggetto che esprime il bisogno - persona, gruppo familiare o sociale - e coinvolgendo quelle qualifiche, professionalità, capacità ed esperienze disponibili sia riscontrabili in altri settori e campi di intervento, che vadano al di là di una visione riduttiva del sociale, sia attivabili tramite la mobilitazione delle risorse comunitarie in senso più lato.

Altra componente fondamentale dell'architettura sistemica è infatti il suo **carattere integrato**.

Il modello "a rete" proposto è quello sistemicamente **integrato**, che prevede corrette possibilità di **protagonismo** per i diversi soggetti sociali presenti a livello degli ambiti territoriali e che si basa su un **uso dei livelli di delega** che massimizzi la **responsabilizzazione e l'iniziativa autonoma** degli attori coinvolti.

Al ruolo centrale del settore pubblico va affiancata la cooperazione, il volontariato ed il terzo settore.

Si tratta quindi di costruire una rete che preveda meccanismi di affiancamento sostituendo alla logica della delega quella del protagonismo e della responsabilizzazione. A partire dall'individuo, dalla famiglia, dalle forme associative spontanee e formalizzate - dal vicinato alla associazione - fino alla comunità, gli interventi sociali devono essere il più possibile compartecipati.

A livello comunale vengono quindi predisposte le risorse di intervento per fornire risposta alle diverse esigenze che si incanalano nella forma del disagio e del bisogno sociale, con la possibilità di integrare dette risorse sul piano dell'Ambito Territoriale quando siano richiesti interventi più complessi e meno frequenti.

E' all'interno di questo modello che trovano collocazione, ruolo e dignità istituti sociali quali **la famiglia, le risorse sociali informali, l'associazionismo, il volontariato, le imprese sociali**; ed è in questo modello che l'integrazione sviluppa il suo potenziale funzionale specifico.

Il modello di Welfare

In questa fase occorre preliminarmente definire quali siano le finalità attese dal sistema di Welfare. In termini generali occorre sottolineare che il sistema di Welfare è chiamato ad una serie di procedure di affiancamento funzionali ad accompagnare, sostenere e promuovere le dinamiche di autosviluppo - dell'individuo, della famiglia, della comunità locale - perseguendo l'obiettivo della qualità della vita.

In primo luogo va quindi definita quale sia la qualità sostenibile e da garantire, tenendo conto che tale interrogativo deve trovare il punto di mediazione ed equilibrio tra le diverse esigenze individuali, collettive e sociali.

In via schematica e di prima approssimazione può essere definita per chiavi e modelli funzionali una qualità della vita che assicuri:

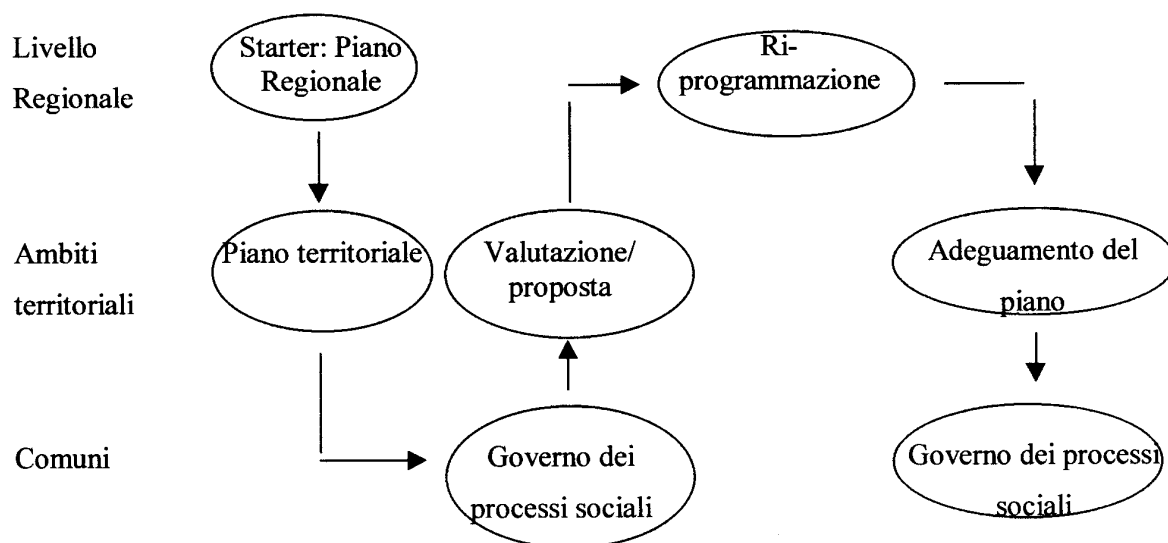
1. pienezza relazionale e comunicativa, laddove le relazioni vanno intese non solo sul piano interpersonale, ma anche e soprattutto dell'interazione fra l'individuo, i gruppi sociali e le diverse componenti sotto-sistemiche e sistemiche (sistemi di servizio, pubblica amministrazione, istruzione, lavoro, formazione, salute, ecc.)
2. capacità di soddisfacimento delle esigenze fondamentali dell'individuo e dei gruppi sociali;
3. presenza ed accessibilità a livello territoriale di servizi;
4. capacità di espressione protagonista delle comunità locali (centratura periferica);
5. salubrità ambientale.

Il modello di programmazione

Il modello di programmazione viene definito tenendo conto:

- delle determinazioni relative ai ruoli e funzioni propri dei diversi livelli istituzionali;
- della scelta di privilegiare, riconoscere e sostenere l'autonomia delle diverse aree territoriali nella individuazione degli obiettivi di politica sociale e delle forme integrate di intervento da assumere;
- della necessità di garantire una effettiva circolarità e diffusione delle responsabilità per l'assunzione degli atti programmatici necessari all'adempimento del proprio ruolo.

Inoltre il modello di programmazione viene modulato tenendo conto della possibilità di far collimare le fasi e i passaggi istituzionali della programmazione nei diversi settori, onde favorire il processo della integrazione funzionale e gestionale.



Lo schema quindi individua i ruoli: Regione - governo; Ambito territoriali - gestione della rete dei servizi; Comune - governo dei processi sociali. Nello schema, inoltre, la programmazione è ciclica. Ad una prima fase di input verticale - il Piano regionale - seguono una serie di passaggi di verifica attuativa e di adeguamento; per cui progressivamente si attenua fino ad esaurirsi la spinta dall'alto, ed assume rilievo ai fini della programmazione regionale l'impulso dal basso.

2.3 Obiettivi della programmazione

Obiettivo del piano è la costruzione di un sistema integrato di interventi sociali e servizi alla persona.

Tale obiettivo trova realizzazione in Ambiti Territoriali di dimensioni comprese di norma entro i 100mila abitanti, coincidenti con le sedi di attuazione delle politiche sanitarie. La coincidenza delle aree viene espressa come obiettivo programmatico, pur dovendosi coerentemente rimandare alla verifica locale la pertinenza delle scelte territoriali. In ogni caso deve essere tenuto a riferimento il principio della coincidenza tra istanze di governo e territori.

Fondamentale carattere del sistema è la valenza funzionale integrata, che prevede il raccordo e la graduale ricomposizione delle capacità (risorse) e dei modelli (specificità funzionali) pertinenti ai diversi sistemi e sottosistemi sanitario, socio-assistenziale, del lavoro, dell'istruzione, della formazione, residenziale, del tempo di vita, ecc.

Utile al raggiungimento del macro obiettivo è la disponibilità, nei diversi Ambiti Territoriali, di servizi locali **tendenzialmente esaustivi** rispetto alle diverse declinazioni e forme del bisogno e della domanda sociale.

La costruzione del sistema integrato prevede una serie di passaggi di integrazione sul piano funzionale e strutturale da verificare, sperimentare e formalizzare quali:

- la volontà e la capacità di lavoro comune fra i diversi Comuni ricadenti in un unico Ambito Territoriale;
- la capacità di lavoro comune fra servizi diversi all'interno del comparto socio-assistenziale;
- la capacità di raccordo funzionale tra servizi del settore sociale, sanitario e degli altri settori coinvolti e cointeressati;
- la capacità di raccordo con altri soggetti territoriali istituzionali e privati;

Il modello di gestione: bilancio sociale di area e regime di concertazione

Il modello di gestione che meglio appare funzionale alla attuale fase organizzativa del sistema degli interventi sociali consiste nella adozione di strumenti che consentano la predisposizione del **bilancio sociale di area (BSA)**: da quelli più leggeri, come convenzioni ed accordi di programma, a quelli più strutturati, come i consorzi fra Comuni.

Il bilancio sociale di area dà sostanza gestionale alla realizzazione di sistemi integrati di governo locale dei problemi sociali, senza preconstituire soluzioni di formalizzazione limitanti della autonomia degli enti e dei soggetti locali.

L'adozione del modello del BSA può essere resa possibile per gradi diversi:

- in base all'ampiezza degli elementi funzionali ricompresi dal BSA: tutte le politiche sociali orientate al raggiungimento di obiettivi generali ovvero al soddisfacimento di esigenze specifiche dell'area (problemi degli anziani, dei giovani, delle periferie, dei portatori di handicap, ecc.)
- in base al tipo di forma associativa ed al tipo di enti che si associano per formare il BSA, potendosi dare: consorzi, accordi di programma, convenzione tra due o più enti, esclusivamente pubblici o anche privati.

Il BSA rappresenta la forma scelta per le sperimentazioni che saranno condotte per verificare le effettive condizioni per la realizzazione del Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Sul piano processuale il metodo della concertazione, anche con il coinvolgimento del terzo settore, può rappresentare un utile volano per raggiungere gli obiettivi del carattere universalistico del Welfare e dell'affermazione dei diritti sociali costituzionalmente garantiti attraverso la ricomposizione delle politiche territoriali, sociali, sanitarie, formative, del lavoro, ecc. in una struttura sistemica integrata.

La concertazione è un processo-cardine del nuovo modello di sviluppo dei servizi, che consente da un lato di superare la rigidità degli assetti istituzionali e dall'altro di mobilitare tutte le risorse che possono concorrere proficuamente alla formazione di decisioni condivise per l'affermazione dei diritti sociali e per il benessere di ognuno.

Gli strumenti

Sul piano generale il sistema si avvale di strumenti quali:

- servizi degli Ambiti territoriali
- sistema informativo e sviluppo della capacità locale di osservazione e lettura del bisogno
- progetti obiettivo integrati per le aree che richiedono interventi massicci ed urgenti di fronteggiamento, di adeguamento quantitativo e qualitativo dell'offerta
- la concertazione
- la definizione del ruolo dei soggetti del terzo settore.

I cambiamenti attesi

Adeguamento culturale

- sul piano politico: dalla frammentazione alla ricomposizione
- sul piano del governo: dall'obiettivo della crescita economica a quello dello "sviluppo sociale", un'espressione comprensiva di una gamma di valori quali l'equilibrio ecologico, l'equità distributiva, l'efficienza economica, l'iniziativa sociale
- sul piano della gestione: dalla genericità alla ricomposizione.

Adeguamento istituzionale

- dal centralismo alla centratura periferica, ovvero porre al centro delle politiche l'unità territoriale di base.

Adeguamento delle finalità

- dalla assistenza alla qualità della vita;
- dalla assistenza allo sviluppo/auto – sviluppo.

Adeguamento delle logiche di intervento

- dall'aiuto etero prodotto e sostitutivo al rafforzamento della persona, della famiglia, della comunità;
- dai progetti obiettivi centrali e verticali che calano dall'alto alla progettazione locale a partire dai bisogni;
- dalle reti come astrazione alla configurazione di un sistema integrato reale;
- dalle risposte generiche ai progetti personalizzati;
- dalla rigidità e scarsità di offerta al ventaglio di risposte.

Adeguamento degli approcci

- dalla deresponsabilizzazione di un'adesione indeterminata al protagonismo degli attori;
- dal volontariato generico ad una partecipazione volontaria volta a rafforzare legami di reciprocità territoriale;
- dalla società alla comunità;
- dalla assegnazione di risorse alla attivazione di risorse;
- dalla protezione alla promozione.

Adeguamento metodologico

- responsabilizzazione diffusa dei soggetti nel proprio ruolo;
- integrazione crescente in tutte le componenti del sistema;

- concertazione come regime per le decisioni;
- leggibilità dei risultati per la valutazione sociale.

Adeguamento localizzatore

- definizione degli ambiti per un welfare locale;
- progettazione locale dei servizi (Ambiti Territoriali - Distretto integrato).

Adeguamento delle azioni prioritarie

- sperimentazioni esemplari di welfare locale;
- formazione mirata ai soggetti del welfare locale;
- progettazione e adozione di sistemi gratificanti - non solo incentivi;
- applicazione al sistema di welfare regionale della rete regionale telematica (RUPA: Rete Unificata della Pubblica Amministrazione).

2.4 Gli assi portanti del Piano

Il nuovo sistema dei servizi delle Marche è pensato, progettato e realizzato per far fronte alle esigenze ed ai bisogni di tutti coloro che vivono nella regione; la sua filosofia ispiratrice è quindi decisamente **universalistica**, ben lontana da ogni approccio di tipo residuale-minimalista o, peggio, assistenzialistico. La rete dei servizi essenziali, a partire dall'Ufficio di promozione sociale fino ai servizi dell'Emergenza, deve essere realizzata negli Ambiti Territoriali per contrastare ogni possibile forma di 'disagio' e di 'bisogno'; ciò fa sì che la progettazione degli interventi e la collaborazione fra soggetti pubblici, così come fra soggetti pubblici e privati, siano finalizzate al miglioramento della 'qualità della vita' per **tutte** le persone che vivono ed operano nei territori di riferimento.

La rete dei servizi dovrà puntare decisamente agli aspetti 'promozionali', più che a quelli riparativi, che pure dovranno essere garantiti: andranno quindi sviluppate al massimo le capacità di ascolto, dialogo e interazione, occorrerà superare la 'logica dello sportello' come principale modalità di

contatto con la comunità locale, e puntare ad una intensa e densa comunicazione fra operatori e cittadini. In questa logica promozionale al centro dei sistemi dei servizi troviamo i diritti individuali di cittadinanza. Diritti di cittadinanza comune che devono essere estesi anche ai lavoratori immigrati. Va riconosciuto altresì un ruolo alla famiglia come presidio insostituibile della coesione sociale: la famiglia non è solo il luogo primario della formazione e dell'evoluzione dei valori morali e civili, è anche lo strumento primo di gestione dei bisogni delle persone. La famiglia va aiutata a svolgere queste sue funzioni, attraverso adeguate forme di sostegno da parte di un welfare ripensato e rinnovato: a cominciare da nuove politiche del tempo, in particolare a favore delle donne, ma più generalmente orientate a rendere possibile l'armonizzazione tra le esigenze produttive e quelle di riproduzione e di cura. Dalle donne emerge la spinta necessaria per l'apertura della società, per l'ampliamento delle opportunità, per una migliore qualità della organizzazione sociale.

Il Piano tiene inoltre conto dei differenziali strutturali, sociali e culturali che contribuiscono alla crescita ed al consolidamento di poderose diversificazioni fra cittadini, tra famiglie, tra gruppi sociali e categorie, tra territori.

Gli assi portanti del Piano sono dunque da identificarsi nell'approccio universalistico, nell'enfasi promozionale (più che riparativa), nella scelta della sussidiarietà verticale e nell'ottica del riequilibrio territoriale e dell'equità sociale.

Un progetto universalistico e promozionale

Porsi in una logica universalistica significa innanzitutto riconoscere come in un tessuto sociale occorra non limitare l'attenzione dei servizi alle forme di disagio conclamato; nella società post-industriale l'area del disagio e del malessere si estende infatti ben al di là delle zone tradizionali.

I processi di cambiamento che così velocemente si manifestano, nella sfera dei rapporti economici, così come in quella delle relazioni sociali, nell'ambito delle conoscenze scientifiche così come delle tecnologie applicate, nella sfera delle aspettative così come nelle culture di genere, allargano a dismisura i rischi e le forme del disagio anche tra i cosiddetti 'adulti normali'.

C'è innanzitutto da evidenziare come l'allungamento della vita media, unitamente all'incessante ritmo del progresso tecnico, facciano crescere la possibilità che si manifesti un disagio connesso con la **condizione anziana**, senza che ciò abbia nulla a che fare con una situazione di malattia.

La crescente longevità degli ultra sessantacinquenni ed il 'prolungamento' dello stato adolescenziale, così come la crescente precarizzazione del mercato del lavoro, conducono ad una **dilatazione del lavoro di cura** che crea serie difficoltà soprattutto ai soggetti femminili adulti; diventano inoltre sempre più rilevanti il **disagio dei giovani** in attesa di un inserimento efficace nel mercato del lavoro e dei **quarantenni-cinquantenni** in attesa di un reinserimento lavorativo.

La velocità del cambiamento sociale rende poi sempre più complesso il mestiere di genitore, così come i **rapporti intergenerazionali**.

C'è inoltre da segnalare che l'Europa, ma in particolare l'Italia, sono soggetti ad un grave andamento demografico negativo, che pone inquietanti dubbi sullo sviluppo futuro della nostra società. Ne è recente testimonianza la particolare attenzione che l'ONU ha specificatamente dedicato al nostro Paese. Devono essere considerati prioritari gli interventi da adottare per rimuovere tali difficoltà.

I continui cambiamenti tecnologici nella sfera lavorativa, così come nelle pratiche di vita quotidiana, impongono la necessità di un aggiornamento continuo e di una formazione permanente, quindi un disagio negli **adulti di fronte ad incessanti necessità di alfabetizzazione e risocializzazione** in molteplici campi. C'è inoltre da segnalare un generale disorientamento degli adulti ed una **crescente incertezza dei punti di riferimento etici e valoriali** di fronte alla progressione velocissima ed inarrestabile delle acquisizioni scientifiche.

La **sfida della normalità** costringe allora l'intero sistema dei servizi a profonde innovazioni verso le frontiere dell'ascolto, del dialogo, dell'orientamento, della mediazione; ciò si rende possibile solo dove la rete dei servizi sia stata pensata e progettata per **includere tutti i cittadini con un'ottica promozionale, non (esclusivamente) riparativa**.

Porsi in un'ottica promozionale significa orientare tutti i servizi verso uno stesso obiettivo: rafforzare la sfera dell'autonomia della persona. Sia allora che si tratti di una prestazione domiciliare, o di un servizio semiresidenziale, o ancora di una struttura residenziale, così come di

un'attività svolta in chiave emergenziale, lo scopo della prestazione è aiutare il soggetto a recuperare al massimo grado e mantenere la capacità di autogestirsi e di autodeterminarsi.

Tale obiettivo deve influenzare in modo assai rilevante le culture ed i comportamenti degli operatori, così come il quadro complessivo delle prestazioni e dei servizi.

Sussidiarietà e assetti comunitari

Il Piano sociale nasce all'insegna della sussidiarietà 'verticale' inter-istituzionale e delinea uno scenario in cui i Comuni, di fronte ai cittadini, occupano il centro della scena, come responsabili della rete e della programmazione dal basso tramite i Piani Territoriali.

La **Regione** fissa le regole nonché i principali obiettivi strategici da raggiungere, e attiva una redistribuzione di risorse: **programmazione, indirizzo e coordinamento** sono i suoi compiti; rimane totalmente estranea alla costruzione della rete dei servizi su scala locale, salvo stimolare l'associazionismo fra i Comuni e l'innovazione progettuale, e attivare i processi di elaborazione dei Piani Territoriali, anche intervenendo presso i soggetti attuatori, ove si renda necessario.

Le **Province** concorrono alla **programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**. In attesa della emanazione della legge quadro nazionale, le linee del D.L.vo 112/98 consentono di attribuire alle Province tre diversi ruoli: l'esercizio unitario nel territorio provinciale della titolarità della **formazione professionale di base** e della **funzione di osservatorio sui bisogni e sui dati dell'offerta e delle attività**, appoggiandosi ai dati forniti dagli Ambiti; l'**attività integrativa** di uno o più Ambiti, motivata da eventuali inadeguatezze parziali o provvisorie di questi ultimi, attività oggetto di concertazione e convenzionamento, con un ruolo sussidiario all'ottimale ed equilibrato esercizio dei compiti del singolo Ambito, e necessariamente adeguata alle specifiche esigenze di quell'Ambito Territoriale; alle Province infine può essere affidato dalla Regione il **compito di stimolo e di supporto** proprio nella fase di costituzione degli Ambiti Territoriali. Ci possono essere anche progetti specifici attorno ai quali i Comuni ritengono di voler programmare gli interventi avvalendosi del supporto della Provincia, su una scala che coinvolge più

Ambiti Territoriali. Inoltre, più in generale, svolgono un'attività di **promozione e coordinamento** nel territorio provinciale, come previsto dalla L.142/90.

I **Comuni** dovranno promuovere l'attivismo della Comunità e la partecipazione dei suoi attori pubblici e privati, grandi e piccoli, alla elaborazione del Piano Territoriale ed alla sua realizzazione: ciò significa concretamente attivare processi partecipativi e concertativi che sappiano valorizzare tutte le potenzialità presenti in un determinato territorio.

L'obiettivo non è quello di sostituirsi alla famiglia o ad un'associazione di volontariato o ad un gruppo informale di quartiere; è piuttosto quello di rafforzare chi già opera nel territorio e di consentirgli di operare al meglio; è quello di promuovere le condizioni e rimuovere gli ostacoli affinché possano appalesarsi nuovi soggetti espressi dalla comunità, laddove questi non ci siano o non abbiano le capacità di farlo autonomamente.

Tutto ciò non significa rinunciare ad intervenire o riconoscere l'esistenza di zone 'franche' al di fuori dell'intervento pubblico; significa invece mettere in rete **tutte le risorse di un territorio**, in un quadro di regole certe e condivise, curando i collegamenti e le interconnessioni fra i 'nodi' della rete, ciascuno dei quali ha potenzialità e limiti diversi, che possono variare nel tempo e nello spazio, anche in base ai corsi di vita degli individui ed ai cicli di vita delle organizzazioni.

I compiti assolti dal circuito familiare-parentale o dai soggetti del terzo settore in un contesto possono, quindi, non coincidere con quelli perseguibili dal pubblico, e viceversa.

Sussidiarietà non significa, naturalmente, assenza di regolazione: al contrario, adottare il principio della sussidiarietà ai fini della più ampia diffusione della cittadinanza implica la necessità di attivare **nuovi ed efficaci processi di regolazione pubblica**; ai soggetti della Comunità locale il compito di definire questi processi e di adottare i comportamenti conseguenti, al legislatore regionale l'obiettivo di promuovere le condizioni perché ciò possa verificarsi, predisponendo quadri normativi e regolativi che esaltino il livello comunitario, potenziando le capacità dei singoli attori sociali a tutti i livelli.

Obiettivo strategico del Piano Sociale è la costruzione di un sistema di protezione sociale che sappia promuovere sul territorio nuove forme di solidarietà e reciprocità, attraverso l'integrazione e

il coinvolgimento delle comunità.

E' infatti riduttivo concepire la politica sociale regionale come insieme di prestazioni; l'obiettivo del benessere sociale può essere raggiunto andando oltre, nell'impostazione della politica sociale locale, la logica della prestazione strumentale, e considerando basilari le azioni atte a favorire il recupero di relazioni di reciprocità, solidarietà e socialità.

Queste relazioni si costruiscono sul territorio, attraverso la collaborazione tra i diversi soggetti che operano sul piano delle comunità locali: l'insieme dei servizi pubblici, i soggetti del settore di mercato, il terzo settore, le famiglie, le reti di parentela e i rapporti di vicinato.

Il centro politico e organizzativo della costruzione comunitaria del sistema di protezione sociale locale è rappresentato dagli enti locali che si assumono responsabilmente e correttamente le competenze loro assegnate.

I Comuni oggi hanno un grande livello di responsabilità, dal punto di vista amministrativo, politico e finanziario, che richiede loro di consolidare una funzione sociale, culturale e politica tale da stimolare lo sviluppo della comunità e la crescita dei diversi soggetti che operano nel sociale, in una dimensione paritaria e partecipata.

La crescita di capacità di protezione da parte delle politiche sociali può avvenire infatti solo all'interno di una comunità locale responsabile e competente, rigenerata nelle sue componenti e nei suoi legami sociali.

Una comunità competente è quella che sviluppa e mette in gioco capacità e opportunità, per migliorare la qualità della vita e promuovere il senso di responsabilità.

Prima ancora che passare alla costruzione di un **welfare di comunità**, è quindi indispensabile creare un **ambiente di comunità** dove non è importante solo garantire il servizio in termini di prestazioni, ma, accanto a questo, perseguire la mobilitazione delle risorse e dei soggetti presenti; ciò può avvenire tanto più efficacemente ai fini del benessere collettivo, quanto più la comunità è realmente un punto di incontro, di sostegno reciproco, tra le persone.

In questo senso, la promozione delle risorse della comunità locale deve coinvolgere in primo luogo, quei soggetti che costituiscono il riferimento centrale della vita quotidiana e che, da destinatari degli interventi, diventeranno partner e protagonisti nei processi di miglioramento della

qualità della vita.

Questo rapporto si fonda sulla concreta configurazione dei bisogni della persona e della famiglia e sulle complesse necessità del lavoro di cura, la cui responsabilità continua a ricadere quasi esclusivamente sulle donne.

Dal punto di vista dei servizi pubblici e degli operatori sociali, lavorare alla pari con cittadini e famiglie significa ripensare le proprie funzioni sociali e professionali, spesso orientate solo agli aspetti “riparativi”.

Per realizzare nuovi percorsi di benessere nel campo socio-assistenziale, l'operatore sociale deve invece assumere la funzione di attivatore delle reti sociali, di mobilitatore di risorse, di costruttore di sinergie.

Il lavoro di rete consente infatti l'attivarsi di risorse e opportunità comunitarie, contribuendo a sviluppare relazioni e aggregazioni fra soggetti pubblici e privati a supporto della quotidianità delle persone e delle famiglie.

Con tale azione anche il **terzo settore** può consolidare la sua identità sociale, avere concrete e maggiori possibilità di sviluppo.

Le organizzazioni di terzo settore stanno crescendo di numero e di tipologie; si tratta di un patrimonio fondamentale per la qualità della vita del territorio, da riconoscere e valorizzare e con cui confrontarsi in modo corretto, non come controparte ma come un partner con cui concertare azioni comuni.

Anche alle IPAB va riconosciuto un ruolo di rilevante attore sociale e vanno inserite a pieno titolo nella rete locale dei servizi e prestazioni, pur salvaguardando e valorizzando la loro autonomia.

Perché infatti la collettività possa godere a pieno delle potenzialità di questo settore, occorre che i poteri pubblici locali e le organizzazioni di terzo settore lavorino intorno a obiettivi condivisi trovando, attraverso **processi concertativi**, le soluzioni migliori per raccordare le loro risorse e intraprendere progetti comuni.

Se oggi è sempre più evidente l'insufficienza dei diversi attori sociali a dare risposte efficaci ed efficienti alle sfide della complessità sociale, è altrettanto chiaro che solo riconoscendosi “parte”, tutti gli attori possono contribuire a una progettualità che non sia di parte, ma sociale.

Una progettazione sociale è una progettazione condivisa, che coinvolge gruppi, territori, culture e linguaggi, e che permette a tutte le componenti che vivono su un territorio di partecipare alla realizzazione delle condizioni di benessere di chi vi abita.

E' per questo che il "sociale" deve avere piena dignità e legittimità in tutti gli atti della concertazione; in questa ottica, il benessere non è solo un bene o servizio che viene dato o ricevuto ma il risultato dell'impegno di una comunità che, investendo sulla propria socialità, è in grado di divenire artefice del proprio sviluppo.

L'obiettivo dello sviluppo locale chiede oggi un'azione convergente su programmi condivisi da parte di una pluralità di soggetti (politici, economici, sociali, culturali), azione che si realizza attraverso il metodo della **programmazione negoziata**.

E' opportuno che, attraverso questi strumenti e i diversi **processi di pianificazione partecipata**, si introduca, nelle politiche locali, **la dimensione sociale dei sistemi territoriali come un fattore di sviluppo capace di attrarre investimenti produttivi e creare occasioni per nuova occupazione**.

E' il momento infatti di riconoscere ai servizi alla persona e alla famiglia il carattere di fattori di sviluppo della comunità locale, diventando un campo nuovo di investimento e occupazione.

La qualità dello sviluppo, anche nella nostra regione, dipende sempre di più dalla capacità di connettere le esigenze dei giovani in cerca di lavoro con la crescita di bisogni collettivi insoddisfatti.

Occorre infatti vedere la vasta gamma di bisogni insoddisfatti come una domanda potenziale che sollecita continue innovazioni e una crescente risposta in termini di servizi "nuovi", la cui produzione può essere molto significativa dal punto di vista occupazionale. La sfida è quella di trasformare il sistema dei servizi, progettati per dare risposte ai cittadini bisognosi di protezione e assistenza, in un sistema che moltiplica le capacità produttive della collettività.

Per questo occorre che siano attuate, attraverso **patti locali di cittadinanza**, politiche di investimento che puntino soprattutto sui "beni relazionali" e cioè su:

- strategie formative che facciano maturare comportamenti cooperativi, solidaristici, partecipativi
- innovazioni organizzative che incentivino comportamenti certi, trasparenti e conformi a principi di giustizia ed equità

- strategie di adeguamento continuo delle strutture organizzative e del capitale umano della Pubblica amministrazione.

Il riequilibrio

La configurazione, oltreché la storia, delle Marche ci consegnano un territorio estremamente diversificato, come è stato messo in evidenza nel primo capitolo.

Asse portante del Piano è quello di un riequilibrio, seppure graduale, delle risorse presenti nelle diverse comunità locali, al fine di garantire a tutte le persone che vivono ed operano nella regione pari opportunità nel far fronte al proprio disagio e nel perseguire la propria qualità della vita.

Adottare un'ottica volta al riequilibrio non significa tuttavia immaginare solamente una distribuzione differenziata di risorse dal centro allo scopo di colmare le distanze.

Al momento della 'mappatura' del territori, allorché si vanno cioè a delineare gli Ambiti Territoriali, occorre allora tenere ben presenti i dislivelli, così come le possibilità di combatterli efficacemente nel breve-medio periodo. Una volta messe a fuoco le principali carenze del sistema dei servizi di fronte alla domanda sociale di quelle comunità, saranno i Comuni, insieme agli altri soggetti, pubblici e privati, dell'Ambito Territoriale, ad individuare le priorità sulle quali intervenire ed intorno alle quali progettare interventi 'innovativi': questa è la **via maestra per ottenere risorse regionali aggiuntive**.

Tali progetti non sono mai interamente finanziati dal centro: la Regione si muove sempre in un'ottica di co-finanziamento che veda un ruolo attivo e dinamico della realtà locale.

Occorre potenziare al massimo le capacità progettuali delle comunità locali: ciò non solo nei confronti del Fondo Sociale Regionale, ma anche per poter ottenere risorse messe a disposizione dall'Unione Europea, così come per attivare ulteriori risorse private, provenienti da imprese, associazioni, fondazioni ed altri soggetti del terzo settore.

Si delinea qui un compito importante, che potrebbe essere assolto dai Comuni di dimensioni maggiori o dalla stessa Provincia: promuovere le giuste professionalità nei diversi Ambiti

Territoriali affinché le risorse aggiuntive possano consentire ovunque il raggiungimento di standard accettabili nella rete dei servizi essenziali.

Soggetti di questa progettualità sono tutti gli attori della comunità: occorre quindi costruire **‘tavoli progettuali’** in grado di immaginare percorsi efficaci, a partire da un’esatta ricognizione dell’esistente, superando da un lato rivalità e stereotipi municipalistici e localistici e, dall’altro, vecchie diffidenze fra istituzioni pubbliche e soggetti del terzo settore.

Mai come in questo versante problematico è necessario un forte e serrato collegamento con le politiche della istruzione, della formazione e del lavoro, con quelle della casa, dei trasporti e dell’ambiente, oltreché naturalmente con quanto accade sul versante sanitario.

3. La individuazione dell'assetto territoriale per la pianificazione sociale: gli ambiti territoriali

3.1 Lo scenario

Tutta la recente normativa nazionale, da quella su specifiche politiche sociali di settore a quella di riforma e riorganizzazione della Pubblica Amministrazione, ha ormai enfatizzato il ruolo del Comune come nodo fondamentale di progettazione e regia della rete dei servizi.

Nelle Marche, come del resto in molte altre regioni italiane, la rilevante differenziazione delle dimensioni comunali impone non già la messa in discussione della centralità dei Comuni, quanto invece l'adozione di diverse modalità organizzative e gestionali: dei 246 comuni delle Marche, 185 sono sotto i 5.000 abitanti; solo 4 sono le città con più di 50.000 abitanti e 16 quelle con più di 15.000.

L'esistenza di tanti piccoli centri ha indubbiamente evitato fenomeni di degrado della convivenza civile, quali si sono potuti osservare nelle grandi città, ed ha contribuito a mantenere un buon livello di coesione sociale.

Oggi è necessaria, tuttavia, una nuova spinta verso forme di progettazione, organizzazione e gestione dei servizi che vedano i Comuni attivare modalità sempre più estese di collaborazione-associazione. Anche il rapporto fra Aziende USL ed Enti Locali costituisce un punto problematico che il Piano Sociale deve affrontare.

L'approvazione del Piano Sanitario Regionale 1998/2000 - L.R. 34 del 20 ottobre 1998 - ha evidenziato alcuni elementi strategici ai fini dell'individuazione degli ambiti territoriali ottimali per la programmazione e la realizzazione dei servizi sociali:

- a) **la centralità del distretto** luogo in cui “l’integrazione dei servizi, nei diversi regimi, si realizza massimamente a livello territoriale”;
- b) la necessità che gli **Ambiti territoriali** - nel Piano Sanitario indicati come "distretti socio-assistenziali" - abbiano come riferimento quelli dei distretti sanitari;
- c) la individuazione di strumenti di **governo partecipato a livello distrettuale**, quali l’Assemblea dei sindaci e la Conferenza di Distretto “cui partecipano i Sindaci, il Responsabile del Distretto, nonché tutti i rappresentanti, istituzionali e non, della società civile - istituzioni, fondazioni, volontariato, sindacati, ecc. - quale sede di valutazione 'comunitaria' delle attività e della rispondenza ai bisogni del servizio distrettuale”;
- d) i comitati di partecipazione dei cittadini-utenti.

3.2 Gli Ambiti Territoriali

La definizione degli Ambiti Territoriali (AT) ai fini del Piano Sociale risponde ad una serie di obiettivi di carattere generale, decisivi per la realizzazione di un sistema integrato di servizi:

- dotare tutti i territori di una 'rete di servizi essenziali' che consenta ad ogni persona che vive e lavora nella regione uguali opportunità di accesso ai servizi e la stessa qualità delle prestazioni, a prescindere dal luogo di residenza;
- creare le condizioni per l'integrazione dei servizi, guardando non solo al rapporto fra sanitario e sociale, ma anche al più ampio sistema di welfare: politiche del lavoro e della formazione, dell'istruzione e della casa, della tutela/promozione dell'ambiente e dell'integrazione sociale degli immigrati, debbono trovare nell'Ambito Territoriale il livello più idoneo per estrinsecarsi e promuovere la crescita della comunità locale;

- promuovere il quadro più congruo per la piena realizzazione ed attuazione degli indirizzi della programmazione nazionale e regionale su tutto il territorio;
- favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali da parte dei Comuni ed una gestione unitaria della rete dei servizi.

L'Ambito Territoriale non deve essere di dimensione troppo vasta, e non superare, di norma, i 100.000 abitanti:

- onde consentire e promuovere forme di raccordo e collaborazione tra Comuni al fine di utilizzare al meglio le risorse umane, culturali, ambientali, economiche e sociali delle comunità locali;
- per poter essere il luogo del dialogo all'interno della comunità e di una progettazione degli interventi sociali che veda partecipi tutti gli attori collettivi presenti, pubblici e privati;
- per poter affrontare in modo capillare i bisogni del territorio ed effettuare una efficace azione di prevenzione.

La costruzione degli Ambiti Territoriali non deve moltiplicare le sedi territoriali della programmazione: quindi gli AT del Piano Sociale dovranno coincidere con i nuovi distretti sanitari.

C'è inoltre da evidenziare come nel caso almeno dei Comuni più importanti l'Ambito Territoriale possa coincidere con il territorio comunale.

Così come il Piano Sanitario Regionale, già citato, anche la proposta di legge nazionale per la riforma dei servizi: "Disposizioni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", art.8 comma terzo, stabilisce che le Regioni definiscano ambiti territoriali comuni per la

sanità ed i servizi socio-assistenziali (i distretti) e prevedano risorse economiche per la realizzazione di tale obiettivo.

La coincidenza della distrettualizzazione rappresenta lo strumento migliore per favorire l'integrazione dei servizi sociali e sanitari.

Le Conferenze dei sindaci delle singole AUSL, entro tre mesi dalla pubblicazione del Piano, individuano gli Ambiti Territoriali, tramite un percorso concertativo che veda la partecipazione di tutti gli attori rilevanti sul territorio, e li propongono alla Giunta regionale, che li istituisce con proprio atto deliberativo.

Trascorso inutilmente il termine dei tre mesi senza che i Comuni, o alcuni di essi, abbiano formulato proposte, la Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, provvede con proprio atto, entro sessanta giorni, alla individuazione degli Ambiti Territoriali.

I criteri per l'individuazione degli Ambiti Territoriali - fermo restando che coincidono con i territori dei Distretti Sanitari, o con i territori che corrispondano a multipli dei Distretti Sanitari - tengono conto dei principi di adeguatezza, efficienza ed efficacia nella progettazione e nella realizzazione della rete dei servizi; delle caratteristiche del territorio, in termini di ambiente, risorse umane, infrastrutture logistiche e sociali già esistenti; delle relazioni sociali e culturali operanti fra i cittadini di quei Comuni; delle consuetudini di interazione affermatesi nel tempo.

In ogni Ambito Territoriale si costituisce il Comitato dei Sindaci, composto dai Sindaci di tutti i Comuni ricadenti nell'Ambito stesso, che deve coincidere con la Assemblea distrettuale dei Sindaci, nel caso in cui l'Ambito Territoriale coincida con un distretto sanitario. Il Comitato elegge al suo interno il Presidente e si dota di un regolamento per il proprio funzionamento.

3.3 I ruoli degli Ambiti Territoriali

Gli Ambiti Territoriali sono:

- **la sede più significativa per il raccordo tra Regione e Comuni ai fini della programmazione degli interventi sociali:** è il Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale ad allestire momenti organizzati di discussione degli atti di programmazione regionale, promuovendone una 'declinazione' a livello dei singoli territori;
- **la sede in cui definire le modalità di coordinamento e di collaborazione fra i Comuni, così come fra questi e gli altri soggetti pubblici rilevanti:** il Comitato dei Sindaci stabilisce le forme della collaborazione fra Comuni e Azienda Sanitaria, e ciò non solo ai fini dell'integrazione socio-sanitaria, dagli Accordi di Programma fino alle deleghe; quindi le possibili forme di collaborazione fra Comuni e Comunità Montane;
- **il livello di attuazione e di verifica degli indirizzi della programmazione regionale sul territorio:** i Comuni dell'Ambito adottano il Piano Territoriale triennale e i piani annuali di attuazione, come strumenti per progettare il sistema dei servizi nell'Ambito Territoriale stesso, tenendo presenti indirizzi e criteri deliberati dalla Regione. Il Piano Territoriale prevede le modalità ed i tempi di realizzazione della 'rete dei servizi essenziali' ed è inviato alla Regione per il relativo cofinanziamento;
- **il livello rispetto al quale ripartire il Fondo Sociale Regionale:** il Fondo Sociale Regionale, per la parte destinata al cofinanziamento della rete degli interventi e dei servizi sociali, è ripartito tra i singoli Comuni sulla base del pro-capite ponderato per il territorio, e assegnato agli Ambiti Territoriali. In aggiunta è previsto un **Fondo Annuo Incentivante**, finalizzato a cofinanziare progetti dell'Ambito Territoriale che riguardano servizi innovativi e di nuova istituzione;
- **il livello dell'integrazione tra servizi socio-assistenziali e servizi sanitari sul territorio:** ciò implica un raccordo costante e profondo tra Responsabile/i del/dei Distretto/i Sanitario/i e il Coordinatore della Rete dei servizi dell'Ambito Territoriale, di cui al punto 3.4.

3.4 Il Coordinatore della Rete dei servizi dell'Ambito Territoriale

La necessità e la complessità del raccordo fra sanitario, sociale e gli altri settori del welfare, così come la difficoltà di progettazione e realizzazione della rete dei servizi essenziali, obbligano i Comuni a nominare un Coordinatore della Rete dei servizi dell'Ambito Territoriale, scelto all'interno delle professionalità sociali. Il Coordinatore si avvale di una struttura tecnica ed amministrativa assai snella, ed ha la funzione di:

- supportare i processi di gestione delle risorse;
- curare la disponibilità di informazioni relative alle prestazioni ed ai servizi disponibili nell'Ambito Territoriale;
- facilitare i processi di integrazione;
- facilitare il rapporto con le altre amministrazioni pubbliche per le attività che si rendessero necessarie;
- collaborare alla stesura e alla realizzazione del Piano Territoriale triennale e dei piani annuali di attuazione.

Tale coordinamento va inteso come strumento tecnico a disposizione dei Comuni dell'Ambito Territoriale, fatta salva la titolarità esclusiva delle Amministrazioni Comunali della responsabilità di governo del sistema dei servizi sociali.

4. La programmazione 'dal basso': i Piani Territoriali

4.1 Significato ed importanza del Piano Territoriale

La realizzazione di una rete di servizi e, quindi, la necessità di riprogettare e riorganizzare l'offerta di servizi sociali sul territorio, affinché tutti gli Ambiti Territoriali della regione siano dotati almeno dei servizi essenziali, impongono modalità nuove di lavoro ai Comuni e a tutti gli altri attori pubblici coinvolti.

La presenza di servizi è disomogenea sul territorio marchigiano e le diversità corrono lungo diverse linee di differenziazione, come descritto nel primo capitolo.

Le domande cui il nuovo sistema di servizi deve rispondere si dispongono anch'esse in modo disomogeneo sul territorio in connessione con le diverse modalità con cui si manifestano nella regione i processi di invecchiamento, il disagio occupazionale - con speciale riferimento ai giovani - l'afflusso di immigrati, le dinamiche di cambiamento culturale, nonché la modernizzazione e l'ulteriore sviluppo degli apparati industriali, la diffusione di attività legate al terziario e, più in generale, la crescita economica.

Organizzare un'offerta di servizi che sappia rispondere ai bisogni della comunità locale significa allora, innanzitutto, pensare a come far crescere la capacità di interazione di tutti i soggetti presenti, pubblici e privati, in un'ottica di promozione e piena valorizzazione delle risorse esistenti; secondariamente, porsi obiettivi chiari e realistici che, pur rispondendo ad un impianto regionale unitario, sappiano coniugare le peculiarità locali con la necessità di raggiungere in un arco di tempo definito le mete poste dal Piano Sociale.

Come tutti i processi di reale cambiamento, anche l'innovazione della rete dei servizi non potrà che essere graduale e processuale.

Solo un collegamento ed un coordinamento stabile fra i Comuni, innanzitutto, e quindi fra questi e tutti gli altri soggetti pubblici e privati della comunità locale, può consentire un netto salto di qualità nella offerta di servizi e l'avvio di un percorso che possa condurre alla realizzazione di un sistema significativamente integrato.

Sarà proprio la presenza o meno di questo salto di qualità che potrà consentire in un determinato territorio una minore 'efficacia' dei processi di esclusione sociale ed una più omogenea fruizione delle prestazioni del sistema di welfare.

Tutto ciò può trovare concreta attuazione nel Piano Territoriale, che rappresenta lo strumento principale a disposizione dei Comuni per avviare nei diversi Ambiti Territoriali la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi essenziali.

Occorre inoltre rilevare come il riconoscere agli Ambiti Territoriali la titolarità di livello di pianificazione equivale ad istituzionalizzare tali Ambiti e abilitarli ad un ruolo di programmazione locale nel rispetto del principio di sussidiarietà ispiratorio del modello descritto al Cap.2.3.3. del PSR.

4.2 Il contenuti dei Piano Territoriale

Il Piano Territoriale deve contenere:

- una **lettura attenta** dei principali processi in atto nel tessuto sociale della comunità di riferimento: occorre individuare innanzitutto i punti di debolezza e di crisi del grado di coesione sociale o, in ogni caso, degli equilibri precedenti, con particolare riferimento ai fenomeni socio-demografici e culturali; occorre inoltre prendere consapevolezza anche dei punti di forza, a partire dai livelli di partecipazione alle attività lavorative, dalla diffusione di iniziative sociali e culturali, dalla capacità diffusa di limitare la 'produzione' di disagio;

- **gli obiettivi di promozione sociale** e di miglioramento della qualità della vita che si intendono raggiungere nell'arco di tempo di validità del Piano Sociale regionale: occorrerà saper individuare obiettivi intermedi che sappiano far progredire l'intero processo e che, nello stesso tempo, marchino una discontinuità con le prassi precedenti;
- ciò che occorre realizzare per arrivare alla '**rete dei servizi essenziali**': per ciascuna area di intervento occorrerà individuare quanto va attivato, con quali modalità e tempi, a partire da una attenta ricognizione dell'esistente;
- l'individuazione dei servizi che vanno organizzati a **livello sovracomunale**: sarà di primaria importanza descrivere quei servizi che, per complessità organizzativa o tecnico-gestionale, o, ancora, per caratteristiche proprie, non possono che essere previsti con una dimensione che vada al di là dei confini comunali fino agli stessi limiti dell'Ambito Territoriale, o che possono richiedere un coordinamento fra più Ambiti;
- le forme della collaborazione con i soggetti privati operanti nel territorio: occorre prestare una particolare attenzione ai soggetti privati in grado di 'produrre welfare', con particolare riferimento al terzo settore - dall'associazionismo al volontariato, dalla cooperazione alle altre forme di imprenditoria sociale, dalle IPAB alle fondazioni - superando il vecchio concetto della delega per adottare le modalità della co-progettazione, ovvero chiamando tutti i soggetti disponibili a costruire insieme la rete dei servizi: ciò potrà prevedere l'utilizzazione di una serie di strumenti - dai protocolli di intesa alla estensione degli accordi di programma - che, pur nel rispetto delle reciproche autonomie e responsabilità, possano avviare la nuova fase della **progettazione condivisa**;
- i terreni e le forme di **collaborazione con altri soggetti istituzionali**: i Piani Territoriali definiscono le possibili connessioni ed interazioni con soggetti che, istituzionalmente, si trovano a svolgere compiti rilevanti per la rete dei servizi essenziali - dalle Province alle Scuole, nella

loro nuova riorganizzazione territoriale, dalle AUSL ai Centri per l'impiego, dai Tribunali, compreso il Tribunale per i minorenni, alle Amministrazioni penitenziarie - così come con soggetti che potrebbero essere coinvolti nella progettazione e nella realizzazione della rete, dalle Università alle Biblioteche;

- **i progetti innovativi e i servizi di nuova istituzione** su cui chiedere ulteriori risorse alla Regione, a valere sul Fondo Annuo Incentivante regionale;
- le **risorse** complessivamente impegnate: occorre prevedere non solo l'ammontare delle risorse impegnate dai Comuni, ma anche quelle originate dal Fondo Sociale Regionale, dalle leggi regionali di settore, quelle di fonte nazionale, quelle di fonte europea, quelle, infine, attivabili su progetti innovativi, facendo ricorso al Fondo Annuo Incentivante regionale, nonché risorse derivanti da contributi, donazioni, erogazioni effettuate a titolo specifico da privati, Enti, Fondazioni, IPAB, organizzazioni e associazioni; occorre distinguere la destinazione per area di intervento, così come fissare le modalità della compartecipazione degli utenti alla copertura dei costi di esercizio.

4.3 Soggetti e regime per l'elaborazione del Piano Territoriale

Il Piano nasce in un ambiente comunitario caratterizzato da un alto grado di partecipazione e governato dai Sindaci dei Comuni dell'Ambito. L'ambiente favorisce il dialogo ed il coinvolgimento di tutti i soggetti locali, istituzionali e non, responsabilizzandoli alla lettura, alla valutazione ed alla proposta, in termini di **concertazione tecnica, istituzionale e comunitaria**.

Il regime di concertazione garantisce pertanto:

- lo sviluppo di una attività di osservatorio sociale locale;
- la valutazione e la verifica dello stato attuale del sistema locale di offerta in relazione all'insieme dei bisogni dell'Ambito;

- la progettazione condivisa, con i guadagni conseguenti alla partecipazione dei diversi soggetti e alla mobilitazione di risorse locali, magari precedentemente sommerse;
- la elaborazione del Piano, come risultante da tali processi, da parte del Comitato dei Sindaci e con la collaborazione del Coordinatore della Rete dei servizi dell’Ambito Territoriale.

Il Piano Territoriale è adottato mediante un accordo tra i Comuni associati nelle forme previste dalla legge: esso è trasmesso alla Giunta regionale entro sei mesi dalla data di costituzione degli Ambiti Territoriali.

Il Piano Territoriale ha validità triennale e deve prevedere piani annuali di attuazione da presentare alla Regione entro il mese di febbraio di ogni anno.

5. L'integrazione socio-sanitaria

Sul tema dell'integrazione socio-sanitaria, il Piano Sanitario Regionale delle Marche fornisce già indicazioni importanti e suscettibili di attenzione, in particolare nelle parti che riguardano l'assistenza territoriale e il Distretto.

Ma l'integrazione non si realizza spontaneamente per decreto; anzi il processo comporta una perdita di gradi di libertà a carico dei soggetti e delle componenti che si devono integrare - in questo caso i settori del Welfare -; occorrono volontà, regimi e titolarità decisionali, che definiscano obiettivi e mobilitino su questi i settori dell'offerta, favorendone ed imponendo loro traguardi progressivi di integrazione.

Partendo da tali premesse, la costruzione del sistema per l'integrazione socio-sanitaria aspetta risposte programmatiche ad alcuni quesiti per ispirare progetti, sia attuativi, sia di sperimentazione:

I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria: **dove;**

I campi dell'integrazione socio-sanitaria: **su quali problemi;**

Il regime per l'integrazione socio-sanitaria: **a quali condizioni;**

I versanti dell'integrazione socio-sanitaria: **a partire da che cosa;**

Le modalità dell'integrazione socio-sanitaria: **a quali livelli, con quali modalità ed in quali processi.**

5.1 I luoghi dell'integrazione socio-sanitaria

Questi devono intendersi negli Ambiti Territoriali, nella cui individuazione convergono le indicazioni della normativa vigente, a partire dal D.P.R. 616/77.

Negli Ambiti Territoriali coesistono pertanto sia funzioni istituzionali di governo, di uno o più Comuni, che attrezzature di servizio storicamente create, dai Comuni, o dalle ASL, o da iniziative private o volontaristiche locali.

E' solo nell'Ambito Territoriale, in regime di sussidiarietà e di concertazione, che è possibile restituire ai bisogni un ruolo di ispirazione dell'offerta e idoneo a favorire integrazione socio-sanitaria.

Questa pertanto viene orientata dal versante 'bisogno – domanda – problema', ma si esercita sul versante 'funzione – intervento – prestazione'.

5.2 I campi dell'integrazione socio-sanitaria

I campi dell'integrazione riguardano problemi sociali che possono emergere con riferimento al settore sanitario e viceversa; già nella fase della analisi tali problematiche possono mostrare connotazioni opportunamente affrontabili da o con il concorso di un altro settore disciplinare.

Così pure nella storia naturale lunga di alcuni problemi sanitari la connotazione cambia; è tipico il caso delle malattie croniche cosiddette di rilevanza sociale: ipertensione arteriosa, diabete, cardiopatia sclerotica, ecc.; il lungo decorso e le alternanze di miglioramenti / complicazioni / peggioramenti, fanno sì che il problema sanitario impatti, anche vistosamente, con problemi lavorativi, abitativi, economici, ecc. sia provocandoli o favorendoli, sia invece rimanendone a sua volta condizionato.

D'altra parte è noto che l'interazione avviene anche a carico di problemi emergenti non nel settore Sanitario, ma addirittura finiscono per rivestirsi prima da rischio, poi da causa patogena.

La dinamica dell'interazione fra problemi sociali, che si riscontra tipicamente nella storia naturale dell'anziano, si sviluppa già dentro gli stessi settori - per il Sanitario si veda il noto concetto di polipatologia, che non è una 'somma' di malattie - ma anche fra tutti i settori coinvolti nelle politiche del Welfare.

Così pure appariranno deboli i presupposti teorici delle frequenti attribuzioni pseudoquantitative che attengono ad 'aree' o 'interventi' o 'contenuti' cosiddetti 'ad alta integrazione'.

Le considerazioni di cui sopra evidenziano le oggettive difficoltà a definire i campi dell'integrazione e la precarietà di qualsiasi classificazione.

E' possibile comunque indicare alcune categorie di problematiche sicuramente ed ex ante bisognose di integrazione socio-sanitaria:

- L'assistenza e la riabilitazione dei disabili e dei portatori di handicap;
- Il recupero psicofisico e la risocializzazione dei malati mentali;
- Il recupero psicofisico e la risocializzazione dei tossicodipendenti, alcolodipendenti, e malati di AIDS;
- L'assistenza agli anziani parzialmente e totalmente non autosufficienti;
- L'assistenza psico-sociale alla maternità, all'infanzia e all'età evolutiva.

Le categorie elencate non esauriscono assolutamente i campi creditori di integrazione socio-sanitaria; altrettanto convenzionali devono essere considerate le pur correnti classificazioni concernenti gli interventi operativi:

- **Interventi socio – assistenziali**, a basso impegno sanitario: sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale non collegati a condizioni patologiche e prepatologiche a rischio o d'alterazione permanente sia fisica che psichica.

La competenza istituzionale e finanziaria è ascrivibile al comparto sociale dei Comuni.

- **Interventi sanitari**, a basso impegno socio-assistenziale: sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione individuate dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

La competenza istituzionale e finanziaria è ascrivibile al Fondo Sanitario Nazionale.

- **Interventi socio– sanitari**, ad elevata integrazione sanitaria o ad alta integrazione socio-assistenziale e: sono quelli finalizzati al raggiungimento di obiettivi di natura sociale, educativa, assistenziale atti a rimuovere o ridurre le condizioni di dipendenza derivate da stati patologici o prepatologici a rischio o da menomazione permanente sia fisica che psichica. Gli interventi socio-sanitari sono definibili solo attraverso l'integrazione tra attività sociali e

sanitarie, in quanto sia la componente sanitaria che la componente sociale sono presenti in misura variabile in relazione ai diversi livelli di intensità assistenziale. Di norma sono svolti in forma integrata; se ciò può conferire ai servizi qualità ed efficienza, non consente sempre di superare le incertezze in ordine alla competenza finanziaria.

La competenza gestionale è dell'Azienda USL, il finanziamento è a carico del F.S.N., ma la compresenza della componente sociale comporta, in ogni caso, una compartecipazione alla spesa da parte degli Enti Locali in misura diversificata, proporzionalmente all'intensità della componente socio-assistenziale, o parametrata sulla base di altri criteri concertati tra gli attori.

Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, a partire da quanto già elaborato e sperimentato sul territorio marchigiano così come previsto dal c.8 dell'art.3-septies del D.Lgs.229/99, determina, entro sei mesi dalla pubblicazione del Piano, "linee guida" nei diversi campi dell'integrazione socio-sanitaria ed individua "livelli minimi" di integrazione che ogni Ambito Territoriale deve attuare.

5.3. Il regime per l'integrazione socio-sanitaria

Il processo di integrazione non è facile, né la strada per il suo conseguimento progressivo appare breve; la stessa integrazione socio-sanitaria ha bisogno soprattutto di un ambiente che la favorisca e di un regime che induca non tanto generiche e precarie solidarietà, quanto invece trasformazioni e guadagni di sistema.

5.4 Il versante per l'integrazione socio-sanitaria

Il versante che possiamo definire della **domanda**, bisogno/problema, presenta un suo livello naturale di integrazione, mentre il versante dell'**offerta**, funzione/intervento, è tuttora contrassegnato da tratti prevalenti di autoreferenzialità.

Per affrontare le problematiche socio-sanitarie l'efficacia, prima della stessa efficienza, è legata al livello di unitarietà dell'intervento e quindi al livello di integrazione sul versante dell'offerta.

La costruzione di un sistema integrato di Welfare regionale e di un distretto sociale integrato potrebbero consentire risultati importanti in tale direzione.

In particolare il coordinamento e l'integrazione dal versante dell'offerta potrebbero favorire una prassi particolare già all'interno del settore sanitario, prassi che potremmo chiamare **medico – sociale** e che consentirebbe già alcuni guadagni di integrazione: guadagni diagnostici, quando oltre alla malattia si voglia indagare l'impatto funzionale, che spesso viene trascurato nella pratica medica e che invece condiziona pesantemente la qualità della vita, con conseguenze importanti nei portatori di malattie croniche, nei disabili e negli anziani.

In queste categorie il percorso non va definito solo in termini di salute/malattia, piuttosto in termini di **compenso/scompenso**, ove lo scompenso può essere sanitario, motorio, psicologico, economico, familiare, relazionale, ecc.

Sul versante dell'offerta, l'alta integrazione potrebbe essere perseguita proprio con la massima salvaguardia delle condizioni di compenso e di inclusione, o il loro più rapido recupero, combattendo massimamente gli stati di scompenso e di esclusione.

5.5 Le modalità dell'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria va attuata a livello istituzionale, gestionale e professionale.

A livello istituzionale, al di là della scelta gestionale - direttamente dal Comune singolo o in forma associata o tramite delega all'Azienda USL - s'impone in ogni caso la ricerca di intese per effettuare interventi coordinati nell'erogazione dei servizi.

In particolare nelle aree di attività bisognose di integrazione socio-sanitaria, l'integrazione dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari va obbligatoriamente perseguita su progetti nel quadro di accordi di programma da stipulare ai sensi dell'art.27 della Legge 142/90.

Il modello funzionale dell'integrazione socio-sanitaria presuppone che l'integrazione si espliciti ai diversi livelli organizzativi delle Amministrazioni coinvolte; a livello strategico mediante l'elaborazione di linee di indirizzo per l'individuazione delle modalità gestionali e delle azioni progettuali specifiche nelle attività socio-sanitarie.

A livello gestionale l'integrazione si esplica a livello di distretto quale ambito ottimale per la gestione delle attività socio-sanitarie e delle attività socio-assistenziali eventualmente delegate dai Comuni.

L'organizzazione degli interventi e quella dei servizi devono essere pertanto improntate a criteri di flessibilità, interprofessionalità e coordinamento funzionale.

A livello professionale l'integrazione si realizza tramite la costituzione di Unità Valutative Integrate che favoriscano gli approcci multidisciplinari per l'individuazione di situazioni ad alta problematicità e l'elaborazione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento.

In caso di gestione delegata delle attività socio-assistenziali, i Comuni garantiscono le funzioni di indirizzo, controllo, verifica e valutazione in ordine alle attività e servizi delegati.

In particolare devono:

- definire le modalità di accesso ai servizi per la fruibilità delle prestazioni;
- verificare i risultati dell'attività socio-assistenziale, mediante l'acquisizione di dati quantitativi e qualitativi sulla domanda e l'offerta, gli indicatori di processo e di risultato;
- verificare continuamente lo stato di attuazione del programma, tramite gli strumenti ritenuti più idonei;
- contribuire all'attivazione di équipe multiprofessionali, quali, ad esempio, l'Unità di Valutazione Geriatrica e le Unità Multidisciplinare per la valutazione dei disabili in Età Evolutiva e in Età Adulta, anche mettendo a disposizione apposite figure professionali.

6. La rete dei servizi essenziali

La riorganizzazione della rete dei servizi e delle attività territoriali viene orientata per favorire la costruzione del sistema integrato e per contribuire quindi al raggiungimento degli obiettivi di Piano. Nel perseguire tale meta occorre promuovere un percorso che tenga ben presente la situazione di partenza: il territorio regionale, infatti, appare caratterizzato da notevoli differenziazioni per quanto concerne la presenza e l'attivazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

I principi ispiratori della riorganizzazione della rete di servizi sono:

- la centralità dei bisogni;
- la sussidiarietà verticale quale metodo per garantire l'adeguatezza delle prestazioni;
- l'efficacia e l'efficienza in funzione della massimizzazione della capacità di prestazione.

Al fine di perseguire gli obiettivi assunti dal Piano, la rete dei servizi deve assumere le seguenti caratteristiche:

- essere di facile accesso;
- assicurare la flessibilità prestazionale;
- sviluppare la capacità di ascolto rispetto ai problemi ed alle capacità attive della popolazione;
- incrementare e sviluppare la capacità di promozione/prevenzione per le comunità locali e le persone;
- coinvolgere gli utenti e le famiglie ed affiancarle nei percorsi definiti per affrontare i loro problemi;
- aumentare le possibilità di prestazione nel senso della diversificazione e personalizzazione e non della proliferazione dei centri di offerta;
- semplificare l'organizzazione delle prestazioni;
- garantire l'attivazione di tutte le risorse disciplinari e professionali utili alla soluzione dei problemi.

6.1 Finalità e compiti della rete dei servizi in ambito territoriale

Attraverso le attività ed i servizi sociali si persegue l'obiettivo di:

- contrastare i fattori di esclusione sociale;
- incrementare i fattori di inclusione sociale;
- supportare ed affiancare le capacità di integrazione sociale degli individui e dei gruppi sociali

Compete alla rete dei servizi di ambito territoriale l'organizzazione delle prestazioni e degli interventi sociali, in dipendenza dalla effettiva natura e consistenza delle condizioni sociali dell'area territoriale.

Nell'organizzazione delle attività dei servizi occorre salvaguardare principi quali:

- il sostegno dei servizi sulla base del riconoscimento della loro effettiva utilità;
- l'adeguatezza delle prestazioni in rapporto alle effettive e complessive condizioni sociali e di bisogno rispetto alle quali si interviene;
- l'economicità dell'intervento a parità di risultato, ovvero la massimizzazione del risultato a parità di costo delle prestazioni.

E' essenziale al riguardo che ogni Ambito Territoriale disponga innanzitutto di un servizio in grado di:

- interpretare le dinamiche del cambiamento sociale e le domande che provengono dalla comunità locale;
- programmare gli interventi sociali avendo a disposizione un ventaglio ampio e pluri-disciplinare di risorse di prestazione;
- valutare i risultati dell'intervento.

In ogni Ambito Territoriale la rete dei servizi deve garantire:

1. La lettura delle condizioni sociali del territorio.

2. La conoscenza delle risorse disponibili nel territorio e di quelle ottenibili attraverso interventi di collaborazione ed integrazione.
3. La valutazione delle domande e dei risultati dei percorsi assistenziali.
4. L'informazione della popolazione rispetto alle risorse disponibili.
5. L'offerta di risposte di primo livello in grado di assicurare l'incolumità, l'integrità e la dignità delle persone, delle famiglie, di gruppi e fasce sociali.
6. La capacità di progettazione di interventi, attraverso l'individuazione e l'attivazione delle risorse necessarie.

La rete dei servizi assume quindi la responsabilità tecnico-operativa dell'organizzazione delle attività e delle prestazioni in grado di: promuovere il miglioramento della qualità della vita della comunità locale; prevenire, affrontare e rimuovere le condizioni che limitano l'accesso e la partecipazione alla vita sociale, o che limitano, ledono o mettono a rischio l'incolumità, l'integrità e la dignità delle persone.

Tale responsabilità si esercita:

- sulla base delle valutazioni che la rete dei servizi conduce autonomamente ed in piena responsabilità rispetto alle condizioni sociali del territorio: funzioni di promozione sociale e prevenzione;
- in relazione a domande provenienti direttamente da individui, nuclei familiari, gruppi o fasce sociali comunque individuati o a seguito di segnalazioni provenienti da operatori sociali, autorità giudiziarie e civili, istituzioni, servizi pubblici, soggetti associativi, cittadini: funzioni di assistenza.

6.2 Le prestazioni e le risorse fondamentali

La rete dei servizi assicura direttamente, con propri operatori, strumenti e strutture, o attraverso consulenze e rapporti convenzionali, o ancora attraverso l'integrazione istituzionale nell'Ambito Territoriale o ad altri livelli, provinciale e regionale, i livelli minimi di servizi, di prestazioni e di attività che saranno definiti con apposito atto della Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, entro centottanta giorni dalla pubblicazione del presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Strumenti e risorse del sistema

L'organizzazione delle prestazioni sopra elencate richiede che siano disponibili:

- competenze professionali adeguate relativamente a problematiche sociali, psicologiche, educative e di cura;
- risorse finanziarie;
- spazi per attività diurne
- spazi residenziali

Oltre alle risorse proprie, la rete dei servizi sociali si avvale di relazioni e collaborazioni fornite da:

- Risorse informali di comunità;
- Reti familiari e parentali;
- Famiglie affidatarie;
- Servizi sanitari, scolastici e formativi, altri servizi pubblici;
- Terzo settore, ossia associazionismo, cooperazione, volontariato, altre imprese sociali, fondazioni, ecc.;
- Risorse di mercato.

6.3 Un modello di funzionamento

Livelli funzionali della rete dei servizi

La rete dei servizi organizza la disponibilità di prestazioni in relazione a:

- **situazioni comunitarie** in cui siano utili interventi per la riduzione dei fattori di esclusione, ovvero di potenziamento dei fattori di inclusione, laddove siano quindi possibili interventi di promozione della solidarietà e della socialità, di informazione, di concertazione e condivisione di progetti per la qualità della vita;
- **situazioni di emergenza**, ossia situazioni che richiedono interventi tempestivi in prossimità di condizioni di rischio che potrebbero mettere a repentaglio l'integrità, l'incolumità o la dignità di persone e nuclei familiari. In tali occasioni la rete dei servizi deve essere in grado di erogare immediatamente prestazioni fondamentali (economiche, tutelari, di ospitalità) tali da consentire agli utenti di superare le condizioni momentanee di pericolo o di rischio.
- **situazioni di esclusione, emarginazione, povertà, non autosufficienza, isolamento relazionale** per le quali siano necessari interventi di cura, di tutela e sostegno, di abilitazione o riabilitazione sociale, ovvero sussidi di diverso genere in grado di potenziare le capacità autonome della persona, del nucleo familiare, del gruppo o della fascia sociale interessato.

L'organizzazione della rete dei servizi riconosce quindi quattro livelli funzionali: **comunitaria; dell'emergenza; del sostegno alla persona ed alla famiglia.**

Area comunitaria	Esprime funzioni di promozione e prevenzione attraverso azioni a sostegno della solidarietà e della socializzazione e delle capacità autonome delle comunità locali.
Area dell'emergenza	Organizza ed attiva servizi di pronto intervento nei casi in cui sia necessario offrire risposte immediate, urgenti e flessibili per salvaguardare l'integrità e la dignità personale
Area del sostegno alla persona	Programma interventi in grado di favorire l'autonomia e la normalità della vita individuale, attraverso la valutazione della situazione e la programmazione degli interventi
Area del sostegno alle famiglie	Diritti di cittadinanza del tempo, progettualità/diritti dei singoli, responsabilità generazionali, impegni di mutualità, responsabilità diffusa delle funzioni di riproduzione sociale.

La rete dei servizi tende alla esaustività delle prestazioni, assicurando le risorse finanziarie, di personale, tecniche e strutturali necessarie alla erogazione delle prestazioni all'interno dell'Ambito Territoriale.

Organizzazione delle prestazioni

L'assolvimento delle funzioni e l'erogazione delle prestazioni avviene in regimi ed ambiti diversi. I regimi devono intendersi come luoghi di erogazione delle prestazioni, privilegiando il momento funzionale ed il risultato dell'intervento sul momento strutturale. Si identificano cinque aree organizzative delle prestazioni:

1. **Ufficio di promozione sociale:** organizzato a livello territoriale in rapporto a bacini di popolazione di 10-15mila abitanti, svolge una funzione di raccordo tra la popolazione locale e la rete dei servizi. Funge da riferimento sia per chi inoltra domande di assistenza (⇒livello funzionale dell'emergenza e del sostegno familiare e della persona) sia per la comunità (⇒livello funzionale comunitario). E' quindi allo stesso tempo:
 - canale di accesso alle diverse prestazioni disponibili e/o ottenibili;
 - sede di erogazione di alcune prestazioni di base;
 - componente dell'osservatorio sociale

2. **Servizi a domicilio:** ove risulti conveniente, vengono erogate presso il domicilio dell'utente tutte le prestazioni disponibili al livello dell'Ambito Territoriale - interventi di sostegno, mediazione, consulenza, riabilitazione, educativi, ecc. -; prestazioni specifiche sono i servizi all'abitare ed alla persona.

3. **Servizi semi-residenziali:** una serie di prestazioni può essere erogata in regime semiresidenziale. Al riguardo, devono essere disponibili degli spazi, con presenza sufficientemente diffusa in relazione alle esigenze del territorio. Tali spazi devono garantire livelli ottimali di sicurezza, accessibilità e funzionalità rispetto alle prestazioni ivi erogate. Il grado di intensità - complessità organizzativa, dotazione strutturale - deve essere messo in relazione alle facilità di organizzazione di interventi.

4. **Servizi residenziali:** Quando ragioni di convenienza o di opportunità assistenziale lo rendano necessario, occorre poter disporre di posti in strutture residenziali che ovviamente offrano garanzie di sicurezza, accessibilità e funzionalità rispetto alle prestazioni ivi erogate ed attenzione alla qualità del vivere. Al riguardo occorre distinguere tre macro-modelli:

- le residenze di tipo alberghiero, per autosufficienti in grado di provvedere alle proprie necessità e che abbiano necessità esclusivamente di ospitalità, temporanea o protratta (alloggi, case albergo, residence, ecc.) .
 - le residenze che si ispirano al modello familiare, nei casi in cui sia necessaria una presenza di carattere tutelare e di cura perché non rinvenibile nella famiglia di provenienza dell'utente (case famiglia, gruppi appartamento);
 - le residenze che consentono l'organizzazione di prestazioni di natura tutelare e/o riabilitativa (case protette).
5. **Gli interventi per l'emergenza:** L'individuazione dell'area funzionale dell'emergenza intende fornire risposta ad una serie di situazioni non comprimibili all'interno della logica delle categorie e della routine dei servizi sociali. Esprime la responsabilità della P.A. e dei Comuni in particolare verso la popolazione residente o temporaneamente dimorante nel proprio territorio. Utilizza una serie ampia di strumenti, trasversali alle tipologie sopra elencate.

In sintesi, quindi, la rete dei servizi si costruisce per assolvere alcune funzioni fondamentali, ovvero:

- **Funzioni di mediazione:** quando il problema deriva da una difficoltà di comunicazione/accesso tra l'individuo, il suo ambiente e le componenti istituzionali e di mercato, tali da richiedere interventi di natura adattiva delle posizioni tra i due attori della relazione.
- **Funzioni di integrazione – supporto:** quando siano valutate insufficienti le risorse autonome dell'individuo e si verifichi l'opportunità di integrarle per migliorare le capacità funzionali dell'individuo stesso.
- **Funzioni di abilitazione – riabilitazione:** quando il problema deriva da un non pieno o corretto utilizzo delle risorse (patrimonio) dell'individuo, e laddove sia possibile intervenire per migliorarne le capacità funzionali.

I **regimi**, ovvero i luoghi, in cui vengono organizzati i servizi e gli interventi sono:

- **Ufficio/Sportello:** viene qui assunto nella valenza di luogo del primo rapporto tra popolazione/utente e sistema dei servizi; luogo che può essere individuato presso una struttura ma in senso più lato in coincidenza con l'intera comunità, rispetto alla quale esprime capacità di ascolto rispetto ai bisogni ed alle capacità (cittadinanza attiva)
- **Domicilio:** risulta preferibile nella gran parte dei casi, laddove non sia pregiudicata la funzionalità in ragione della necessità di spostare gli operatori.
- **Spazi diurni:** quali servizi consultoriali, ambulatoriali, centri diurni e centri sociali; rappresenta un regime ottimale laddove ad esempio siano necessari interventi di riabilitazione, consulenze specialistiche, ecc.
- **Residenziale:** Il regime residenziale deve essere considerato in termini flessibili, sia in rapporto ai tempi di permanenza dell'utente, sia in relazione alla intensità dell'intervento assistenziale da organizzare

Resta da dire che l'intensità degli interventi si declina in relazione alla gravità del caso, durata dell'intervento, alla complessità di organizzazione dell'intervento.

Ufficio di promozione sociale

Gli **Uffici di promozione sociale** sono servizi-funzione diffusi capillarmente nel territorio, presenti nel rapporto di 1 ogni 10-15mila abitanti.

Attraverso l'Ufficio vengono garantite le funzioni fondamentali di promozione, accesso, ascolto, orientamento nei confronti delle comunità locali.

Più specificamente l'Ufficio assicura le funzioni di lettura ed osservazione del territorio; cura l'organizzazione delle risorse comunitarie; accoglie le domande degli utenti; media il rapporto tra gli utenti ed il sistema dei servizi e delle attività.

Attraverso l'ufficio vengono offerte direttamente alcune prestazioni, ed in particolare alcune di quelle proprie del livello dell'emergenza -sussidi straordinari- e le risposte informative.

L'ufficio ha quindi il ruolo di riferimento territoriale e di accesso per la popolazione; di osservatore e di attivatore in riferimento alla rete dei servizi ed al più ampio sistema delle opportunità presenti nel territorio.

E' da intendersi quindi come un nodo fondamentale della rete dei servizi, non solo come erogatore/mediatore, ma soprattutto in quanto soggetto in grado di verificare l'adeguatezza della rete alle effettive esigenze della comunità.

Gli Uffici si avvalgono di una dotazione essenziale di personale pari almeno a 1 assistente sociale ed 1 operatore sociale di supporto.

Per garantire la funzionalità dell'Ufficio è necessario attivare un sistema di informazioni, comunicazioni, protocolli operativi ed interconnessioni rispetto alla rete dei servizi.

In ogni Comune deve essere programmata una quota di attività dell'Ufficio, avvalendosi sia della presenza degli operatori, sia di raccordi telematici che consentano un rapido accesso alle prestazioni tipiche dell'Ufficio stesso.

Poiché gli Ambiti Territoriali saranno corrispondenti, salvo poche eccezioni, a multipli di Amministrazioni Comunali, il personale per l'Ufficio viene reperito sulla base di intese ed accordi; ovvero mettendo a disposizione le risorse economiche per la copertura finanziaria di contratti di consulenza o collaborazione.

Nella programmazione regionale, l'Ufficio di promozione sociale trova un omologo significativo nello sportello della salute previsto dal Piano Sanitario, rispetto al quale deve sviluppare relazioni privilegiate ai fini dell'integrazione socio-sanitaria.

I servizi al domicilio

L'organizzazione dei servizi domiciliari si ispira al modello della domiciliarizzazione delle prestazioni. Pur riconoscendosi alcune prestazioni di carattere specifico, che richiedono quindi una disponibilità di operatori adeguatamente preparati, il domicilio dell'utente deve essere inteso alla

stregua di uno dei regimi in cui si effettuano le prestazioni sociali; per cui occorre offrire agli utenti un ventaglio sufficientemente ampio di opportunità.

L'attività al domicilio si iscrive precipuamente nell'area dei servizi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona. Le prestazioni organizzate da questo livello, con le necessarie integrazioni da parte di altri comparti della Pubblica Amministrazione, sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo e di cura;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- Nidi familiari;
- Attività di cura delle persone e della loro abitazione in caso di ridotta o totale non autosufficienza, permanente o temporanea, quale che ne sia la causa;
- Attività di supporto educativo;
- Attività amministrative quali certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.;
- Attività di riabilitazione anche nella forma della tele-riabilitazione;
- Accompagnamento dal domicilio a servizi sociali, sanitari, formativi;
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro.

Si accede alle prestazioni domiciliari attraverso l'**Ufficio di promozione sociale**.

Attraverso il rapporto con l'Unità Valutativa Distrettuale, o in assenza con il Distretto sanitario, si assicurano le prestazioni di carattere sanitario. In tal senso si richiama quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale, relativamente all'**assistenza domiciliare integrata**.

I servizi semi-residenziali

Una serie di prestazioni possono essere convenientemente organizzate avvalendosi di strutture di ospitalità diurna. Tali strutture possono configurarsi variamente, in relazione alle caratteristiche ed all'ampiezza dell'area di riferimento. Vanno comunque considerati:

- Asili nido e micronidi;
- Luoghi di incontro/agggregazione aspecifici ovvero destinati a più gruppi o fasce particolari di popolazione (giovani, anziani, ecc.), nei quali possono essere organizzate attività di socializzazione e di incontro, attività di carattere culturale, di animazione, ma anche consulenze di diversa natura o, in presenza di adeguate condizioni organizzative e funzionali, di assistenza tutelare e riabilitativa;
- Luoghi in cui si svolgono attività orientate al reinserimento o alla riabilitazione;
- Luoghi di attrazione della popolazione giovanile, per il contrasto del disagio. Questi ultimi possono essere vantaggiosamente individuati anche in plessi scolastici, attraverso il raccordo con le istituzioni scolastiche.

In ogni caso, ogni Ambito deve disporre di almeno una sede per attività diurne, di facile accesso - posizione integrata nei centri urbani, assenza di barriere - e sicura, e dove sia possibile organizzare attività programmando, nel caso di servizi polifunzionali, gli accessi in relazione ad esigenze di interventi specifici - stabilendo turni, fasce orarie di frequentazione, ecc. - .

Le prestazioni erogabili in regime semi-residenziale sono tra le altre:

- sostegno alla socializzazione (animazione)
- attività educative
- informazione
- consulenze professionali legali, finanziarie, sanitarie, ecc.
- ospitalità temporanea.

Attraverso il raccordo programmatico e l'integrazione funzionale con altri settori organizzativi della pubblica amministrazione, possono inoltre essere organizzati presso i luoghi di aggregazione attività quali:

- attività formative
- attività di riabilitazione
- monitoraggio sanitario

I servizi residenziali

Gli interventi di ospitalità in strutture residenziali si distinguono in relazione alle condizioni per le quali vengono attivati.

In primo luogo occorre richiamare due principi fondamentali:

1. il ricorso all'allontanamento dalla propria abitazione deve essere limitato quanto più possibile, sia in termini di flussi complessivi di utenza, sia in relazione ai tempi di permanenza nelle strutture residenziali stesse;
2. salvo le strutture protette, le residenze devono garantire esclusivamente il comfort abitativo medio, garantendo inoltre le possibilità di movimento e di allontanamento degli utenti rispetto ai quali non vi siano obblighi di custodia.

Tra le diverse forme di residenza organizzabili occorre evidenziare:

- Gli **alloggi temporanei**, in particolare per consentire l'accoglienza anche diurna o notturna, continuativa o occasionale di non autosufficienti totali o parziali, per periodi di tempo limitati ed in relazione ad esigenze specifiche: allontanamento dei familiari; periodi di vacanza concordati con l'Ufficio di promozione sociale, disagi climatico-atmosferici stagionali soprattutto nelle aree rurali e montane, esigenze di cura, ecc.

Il dimensionamento deve essere valutato sulla base delle caratteristiche

- oro-geografiche;
 - climatiche prevalenti;
 - della rete viaria e dei trasporti;
 - demografiche.
-
- Le **residenze protette** per i non autosufficienti totali o parziali per i quali non sia possibile la permanenza nella propria abitazione

 - Le **case famiglia**

 - Gli **alloggi auto-gestiti**.

All'interno delle residenze si svolgono tutte le prestazioni previste dalla rete dei servizi Sociale di Ambito Territoriale.

Compiti particolari delle strutture, in regime assistito o protetto, sono:

- Sorveglianza
- Tutela
- Riabilitazione e attività per il reinserimento sociale
- Cura
- Animazione - Socializzazione

Per il conseguimento degli obiettivi di Piano è utile attivare presso ogni struttura residenziale, laddove le caratteristiche architettoniche lo consentano, spazi per attività diurne aperte anche a coloro che non necessitano di ospitalità residenziale continuativa.

Gli interventi per l'emergenza.

La risposta alle situazioni di emergenza richiede la capacità di interpretare le procedure in maniera flessibile, elastica e in tempi rapidi.

Situazioni tipiche che richiedono l'attivazione di interventi di emergenza sono:

- necessità economiche straordinarie ed urgenti, rispetto alle quali si erogano somme restituibili o meno in relazione alla valutazione del caso;
- tutela ed assistenza a minori o non autosufficienti che si trovino improvvisamente sprovvisti di assistenza familiare;
- ospitalità di persone che si trovino improvvisamente nella indisponibilità del proprio alloggio;
- ecc.

L'attivazione degli interventi di emergenza richiede che si realizzi innanzitutto una rete tra i diversi soggetti ed agenzie che entrano in contatto con situazioni particolari, gravi e rischiose. Tra questi vanno considerati i servizi pubblici e privati, il terzo settore ed in particolare il volontariato, ma anche le istituzioni scolastiche, giudiziarie, ed altre agenzie e soggetti di comunità. Tra questi soggetti è necessario stabilire rapporti di comunicazione e protocolli operativi che consentano la tempestiva accessibilità alle risorse appositamente individuate.

Ogni Ambito Territoriale individuerà le proprie risorse di emergenza, valutandone la necessità in rapporto alla frequenza e consistenza delle situazioni che le richiedono. Dovrà comunque essere possibile disporre di risorse finanziarie; luoghi/posti di accoglienza diurna; servizi per l'accoglienza notturna (appartamenti, posti disponibili in strutture comunitarie, ecc.); professionalità in grado di intervenire su casi particolari (operatori dell'area minori, tossicodipendenze, alcolismo, immigrati, ecc.). Tali operatori vanno individuati tra quelli che nell'Ambito Territoriale operano all'interno della rete dei servizi. Inoltre, il servizio dovrà valersi della capacità complessiva della rete dei servizi di stimolare nuove forme di solidarietà, tali da provocare l'intervento dei soggetti comunitari a favore delle persone in condizioni di emergenza.

7. L'accesso al sistema dei servizi

7.1 Le certezze di scala

L'affermazione del diritto agli interventi sociali ha carattere talmente generale da dover essere rimesso alla legge nazionale anche dopo il D.L.vo 112/98; nella P.d.L. quadro in discussione parlamentare, tre certezze non ovvie vengono affermate in proposito:

- l'universalità del diritto di accesso;
- il diritto delle persone ad essere compiutamente informate dagli erogatori dei servizi sulle prestazioni fruibili, sui requisiti e sulle modalità della fruizione;
- la conoscenza degli interventi diffusi sul territorio nazionale con riferimento a specifici obiettivi di qualità della vita.

Una quarta certezza deriva dalla delega contenuta nella stessa legge - quadro alle Regioni a definire il livello minimo di prestazioni fruibili in ciascuno degli Ambiti Territoriali, come garanzia di scala regionale. Fatte salve tali certezze, è teoricamente illimitato lo sviluppo possibile dei servizi gestiti dai Comuni negli Ambiti Territoriali infraregionali. L'ambiente comunitario, il clima di concertazione e la responsabilizzazione dei soggetti alla mobilitazione di risorse autoctone e aggiuntive consentono di prevedere iniziative locali, magari sperimentali, frutto della co-progettazione e in grado di garantire nell'Ambito punte di esaustività eventualmente superiori a quella regionale in termini di soddisfazione di alcuni bisogni.

Le future leggi, rispettivamente nazionale (legge - quadro) e regionali delegate dall'art. 132 del D.L.vo 112/98, preciseranno i contenuti specifici corrispondenti ai livelli di certezza vigenti nella Regione Marche, ma gli atti del governo regionale, e segnatamente il Programma Regionale di Sviluppo e il Piano Regionale Sanitario, forniscono ampie garanzie di coerenza per la realizzazione del sistema di servizi sociali.

7.2 Anatomia e funzionamento del sistema di welfare

Quanto descritto in termini di rete di servizi essenziali può essere riferito ad un Ambito Territoriale e rappresentato in un grafico che raffigura una maglia quadrangolare in cui i quattro "nodi" vengono asserviti ad un centro in cui i bisogni dei cittadini si incontrano con l'attività del servizio locale: l'Ufficio di promozione sociale.

Tale ufficio svolge tutte le funzioni già descritte fino a progettare l'intervento ed attivare la rete dei servizi e delle opportunità locali.

L'istituzione di un accesso unico posizionato nell'Ufficio di promozione sociale consente di superare l'attuale frammentarietà e occasionalità dell'accesso che lascia, nella generalità dei casi, alla capacità di autogestione della singola persona l'utilizzo delle risorse disponibili: il guadagno è quello per cui si rende disponibile un ruolo di "presa in carico", nonché quello di una maggiore equità. (Fig. 1)

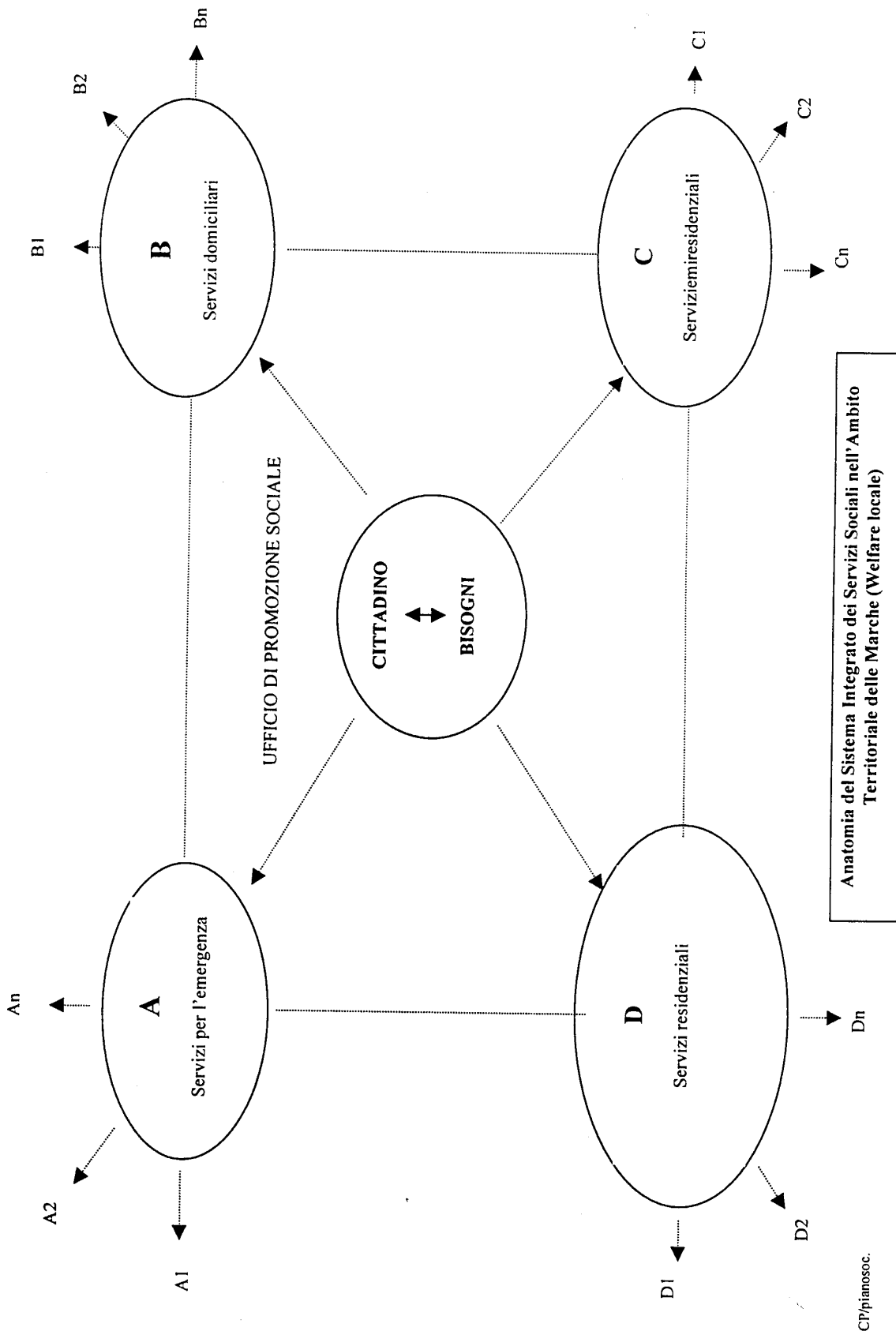
Si vede subito la disponibilità dei "nodi" del Sistema (A,B,C,D) nel ruolo di servizi integrativi dell'Ufficio di promozione sociale, alla attivazione programmata nella logica di rete; si vede altresì l'articolarsi dei nodi stessi in modelli organizzativi dedicati a situazioni, fasi, e regimi differenziati, che complessivamente coprono opportunità più puntuali ai fini dell'efficacia e contemporaneamente allargano l'orizzonte dell'offerta e favoriscono il processo delle scelte.

Questa concezione sistemica del servizio sociale di Ambito è utile anche ai fini stessi della gestione, per ottimizzare efficacia ed efficienza. La prima si gioverà della possibilità di dinamizzare il Sistema per cui l'Ufficio di promozione sociale può disegnare percorsi dedicati - percorsi per problemi, o invece finalizzati all'attuazione di progetti personalizzati - sviluppando insieme professionalità e fantasia, senza trascurare obiettivi di gradimento e di soddisfazione dell'utenza. Inoltre i percorsi sono lo strumento e il metodo obbligato per tentare l'integrazione fra tutti i settori del Welfare, integrazione troppo spesso affermata verbalmente e sostanzialmente negata; i percorsi possono essere logici prima che fisici e addirittura operativi: se intersettoriali potranno invadere i sottosistemi del Welfare; non solo la sanità, ma il sistema formativo, occupazionale, ambientale, della sicurezza, ecc.

L'efficienza è legata alla possibilità di analisi dei costi, che spesso può consentire "guadagni di sistema", proprio magari in conseguenza di integrazioni intersettoriali ed "economiche".

Nel rendimento di un sistema come quello sociale non solo, e forse non tanto, pesano i costi riguardanti strutture, attrezzature, beni, assetti, quanto i costi di funzionamento, ovviamente legati piuttosto ai processi, ai percorsi e ai modelli: una gestione basata su una valutazione costo/efficacia, non è poco importante per un servizio di Ambito, finanziato a budget, in regime di responsabilizzazione locale.

FIG.1



7.3 L'accesso e le fasi

Alla rete dei servizi sociali possono accedere tutti i cittadini senza distinzioni individuali, economiche o sociali, con priorità di risposta alle persone che vivono in uno stato di bisogno: l'accesso è pertanto diritto universalistico e dovuto in forza allo stesso diritto di cittadinanza.

Lo stato di bisogno preesiste alla sua emergenza informale, alla percezione da parte del soggetto stesso, alla lettura da parte del sistema e alla sua formalizzazione in termine di domanda; nella lettura, nella formalizzazione e nella classificazione interviene l'operatore sociale e quindi la metodologia professionale e la tassonomia connessa all'approccio.

L'analisi e la classificazione eventuale del bisogno è operazione complessa che richiede competenze diverse e professionalità eventualmente diversificate: in ogni caso essa differisce da obiettivi di controllo o di accertamento di requisiti a fini di selezione o prioritizzazione di interventi. Invece, l'analisi stessa deve essere effettuata nel contesto dell'ambiente comunitario, della cultura e delle vocazioni locali, per evitare che l'eccesso di delega o l'autoritarismo burocratico turbino il passaggio dal bisogno alla domanda e da questa al problema.

Il processo logico dal bisogno alla progettazione dell'intervento viene svolto dall'Ufficio di promozione sociale del sistema e costituisce una fase che non implica partecipazione alla spesa da parte degli assistibili.

L'attuazione dell'intervento è fase eventuale e successiva; essa richiede una o più prestazioni, di natura eventualmente diversa, fruibili in regimi assistenziali diversi e/o da parte di strutture e organizzazioni diverse, tutte contrassegnate dall'onere di costi di produzione.

Titolari della fornitura, e in qualità di produttori, vediamo soggetti pubblici, privati commerciali e infine il mondo del terzo settore; tutti purché autorizzati, accreditati, e convenzionati con il sistema dell'Ambito Territoriale; soggetti dell'offerta, quindi, ma di una offerta governata dal contesto comunitario.

E' questa la fase in cui lo stesso sistema di protezione sociale, dovendo assicurare uniformità ed equità di trattamenti su scala regionale, definisce requisiti e condizioni per la erogazione di

determinate prestazioni o servizi fruibili a regime e a condizioni di partecipazione alla spesa da parte degli assistibili.

7.4 Parametri e criteri regionali per la regolamentazione

La Giunta regionale propone al Consiglio regionale con apposito atto l'individuazione dei servizi esclusi dalla partecipazione alla spesa a carico del cittadino e dei servizi o prestazioni che comportano invece l'intera o parziale copertura da parte dell'utente. L'accesso è comunque gratuito ai servizi dell'Ufficio di promozione sociale e agli interventi per l'emergenza. Per i servizi per i quali l'accesso non sia universalmente gratuito, la Regione stabilisce i parametri di riferimento per definire le differenti modalità di partecipazione alla spesa..

Parametri di riferimento sono:

1. La condizione economica della persona e/o della famiglia di appartenenza; la compartecipazione non è comunque applicabile a coloro, famiglie o singole persone, che si situano al di sotto della soglia di povertà
2. La composizione quantitativa e qualitativa della famiglia
3. Lo stato di eventuale dipendenza di soggetti in relazione allo stato di salute
4. Le condizioni di rischio o di esclusione sociale.

Nel caso in cui la gestione dei servizi sia stata affidata ad una associazione di comuni i criteri devono essere uguali per tutti gli enti consorziati.

8. Le scelte strategiche

La costruzione della rete dei servizi essenziali, quale è stata delineata nelle pagine precedenti, e l'approccio universalistico volto a contrastare tutte le forme di disagio di una società post-industriale, così come la necessità di promuovere un 'ambiente di comunità ed un effettivo lavoro di rete' introducono forti elementi di discontinuità rispetto alla situazione attuale ed impongono quindi scelte chiare e comportamenti istituzionali conseguenti.

Occorrerà innanzitutto individuare i profili professionali necessari e rapportarli alle risorse presenti, così come a quelle da 'formare'; sarà quindi possibile avviare un processo che consenta di ridisegnare il **sistema formativo**.

Appare altresì necessario dedicare una grande attenzione ai soggetti privati che sempre più concorreranno al sistema integrato di servizi, con particolare enfasi sul cosiddetto '**terzo settore**' destinato a giocare un ruolo crescente: come conseguenza della adesione al principio della sussidiarietà sono destinate ad assumere un'importanza cruciale proprio le politiche volte a promuovere le condizioni per la crescita ed il rafforzamento delle diverse organizzazioni senza finalità di lucro, da quelle più strutturate a quelle dotate di un alto livello di informalità.

Riprogettare il sistema formativo e spostare in modo non irrilevante parte dell'attenzione del programmatore sui soggetti del privato, infine, evidenziano la centralità delle problematiche organizzative: appare allora indispensabile prevedere percorsi che conducano a '**sistemi di qualità**' in grado di tutelare il cittadino e di contribuire ad un miglioramento della sua qualità della vita, proprio nel momento in cui si amplia la sua possibilità di scelta sul territorio.

8.1 Un nuovo sistema formativo

La individuazione dei nuovi profili professionali non è operazione semplice che si possa condurre, in modo statico, una volta per tutte: solo l'avvio di un processo di sperimentazione e di una effettiva co-progettazione degli interventi all'interno degli Ambiti Territoriali possono guidare ad una chiara identificazione delle figure necessarie per condurre a regime la rete dei servizi. Appare tuttavia possibile, sin da ora, delineare alcune linee di cambiamento da perseguire nel breve periodo, onde favorire l'avvio dei mutamenti necessari.

Occorre allora muoversi lungo almeno due traiettorie: modificare i percorsi formativi esistenti e progettare nuovi 'curricula'.

Le professioni del sociale debbono poter assolvere a tutti i compiti richiesti nel nuovo sistema dei servizi, acquisendo così definitivamente la piena legittimità nelle istituzioni e nella comunità.

Ciò rende indispensabile ridisegnare una mappa delle attività che distingua fra almeno quattro livelli:

- a) **'operatori di base'**, livello che esige un percorso formativo basato sulla scuola dell'obbligo e su appositi corsi di formazione;
- b) **'operatori tecnici di medio livello'**, che esige un percorso formativo basato sul conseguimento di un diploma di scuola media superiore e sulla frequenza di appositi corsi di formazione (nel caso di diplomi non abilitanti);
- c) **'quadri e operatori specializzati'**, che esige una laurea di primo livello (triennale);
- d) **'dirigenza ed alta specializzazione'** che esige una laurea specialistica, conseguibile con un biennio successivo alla laurea di primo livello, o un Master Universitario, anche questo conseguibile dopo la laurea triennale.

E' compito della Regione e delle Province **indirizzare le risorse della formazione professionale ed attuare stabili forme di coordinamento con le principali agenzie formative (scuole, centri e Università)** ai fini della progettazione e della realizzazione di corsi mirati alle diverse figure di

‘operatore di base’, così come di ‘operatore tecnico di medio livello’: operatori sociali consapevoli delle esigenze in continuo cambiamento della rete dei servizi essenziali, così come della necessità di un dialogo e di uno scambio multidisciplinare a tutti i livelli.

Occorre costituire ‘gruppi di lavoro’, coordinati dalla Regione e rappresentativi di tutti i soggetti rilevanti, allo scopo di individuare **entro sei mesi dalla pubblicazione del Piano** le figure professionali corrispondenti ai livelli a) e b) ed i nuovi percorsi formativi da avviare e sperimentare.

Una delle strade da perseguire è inoltre quella di **accordi sindacali** che consentano di definire con la massima condivisione gli obiettivi del cambiamento.

Per quanto concerne i due livelli superiori appare indispensabile realizzare un **‘Tavolo permanente di concertazione per l’armonizzazione e la progettazione delle politiche formative’** che veda lavorare insieme, in presenza di un’azione di coordinamento esercitata dai responsabili regionali delle politiche socio-assistenziali e sanitarie, le scuole, le Università, le organizzazioni sindacali, gli ordini professionali, le federazioni di terzo settore, l’associazionismo familiare, oltre naturalmente alle Province ed alla Regione: la costituzione di questo Tavolo sarà resa possibile da accordi di programma o dalla sottoscrizione di apposite intese, protocolli e convenzioni; in ogni caso resta aperto all’adesione di altri soggetti - Comuni di maggiori dimensioni, Aziende Sanitarie, ad esempio - che intendessero farne parte attivamente.

Obiettivo del Tavolo è quello di favorire un processo di cambiamento nei curricula e nei percorsi previsti per il conseguimento di titoli universitari o, comunque, di specializzazione, promuovendo un maggiore raccordo fra scuola e mercato del lavoro e, soprattutto, mirando ad immettere nelle attività persone dotate di una preparazione multidisciplinare, in grado di lavorare in équipe, aperte al cambiamento, capaci di ascoltare e dialogare.

Un’attenzione particolare va inoltre dedicata alle esigenze dell’ **aggiornamento e della formazione continua**, intendendosi con ciò l’attivazione di percorsi formativi dedicati a chi già opera nei servizi: si tratta di attività di estrema importanza che debbono coinvolgere in un lavoro comune

operatori del pubblico e del privato. Tale progettazione rientra a pieno titolo fra i compiti dei 'gruppi di lavoro' e del 'Tavolo permanente di concertazione' istituiti per promuovere e realizzare la nuova formazione.

Occorre infine evidenziare un'ulteriore problematica 'formativa' che interessa il tessuto sociale nel suo complesso: attivare comportamenti solidali, essere disponibili a realizzare una effettiva reciprocità, sapersi inserire attivamente nei 'nodi' della rete dei servizi, adottare consapevolmente una cultura pro-sociale, debbono diventare elementi costitutivi della nuova cittadinanza. Tale obiettivo va perseguito con grande lucidità opponendosi tenacemente ad ogni tipo di chiusura, familistica, corporativa, classista o localistica: vanno quindi sperimentati nei territori **laboratori di cittadinanza** dove si possano affrontare criticamente le problematiche relazionali e sociali che attengono alla quotidianità, laboratori che potranno giovare della esperienza accumulata da taluni soggetti del terzo settore, così come dell'apporto dei molti saperi e delle molte professionalità racchiusi sia nel pubblico e che nel privato.

Queste iniziative dovranno raccordarsi con quanto già esiste nella comunità locale, a partire dai Centri di Servizio per le Organizzazioni di Volontariato.

8.2 Il terzo settore: un attore fondamentale nel sistema dei servizi

Anche nelle Marche, come nel resto del paese, abbiamo assistito negli ultimi vent'anni ad una crescita non irrilevante e ad un discreto rafforzamento dei soggetti del terzo settore e delle loro capacità di promuovere diritti, erogare servizi e produrre nuova occupazione.

All'ordine del giorno oggi c'è il problema delle regole con cui far crescere le forme della collaborazione fra soggetti pubblici e soggetti 'no profit', non già la scelta se favorire o meno il rapporto collaborativo.

Il Piano fornisce la cornice entro la quale tale collaborazione può condurre ad un arricchimento delle capacità dell'offerta, garantendo ai cittadini prestazioni di qualità elevata, nel rispetto della professionalità degli operatori ed assicurando l'attenzione alla persona nella sua globalità.

Occorre promuovere una serie di azioni volte sia a rafforzare le capacità di chi già opera, sia a rimuovere ostacoli e promuovere le migliori condizioni perché nuovi soggetti possano formarsi e giocare un ruolo attivo nella rete dei servizi essenziali.

Occorre, innanzitutto, rivedere le attuali normative regionali sulle 'organizzazioni di volontariato' e sulle 'cooperative sociali' in modo da facilitare la collaborazione pubblica con quei soggetti, rendendo assai rare forme di competizione fra soggetti diversi, favorendone altresì i processi organizzativi di consolidamento e negando ogni cittadinanza a pratiche pubbliche legate alla 'filosofia' del massimo ribasso.

Occorre prestare analoga attenzione al mondo dell'associazionismo, il cui apporto ad un sistema integrato di servizi appare, a tutt'oggi, in gran parte inesplorato.

E' necessario inoltre che i patrimoni finanziari e di competenza delle IPAB siano compiutamente finalizzati, nel rispetto della volontà dei fondatori, alla produzione di servizi di qualità, all'interno della rete locale di interventi e servizi sociali.

Si conferma la esclusiva destinazione per i poveri dei patrimoni delle IPAB e i relativi redditi e si conferma l'attuale divieto di utilizzare i patrimoni immobiliari e mobiliari delle IPAB per pagare le spese di gestione.

All'interno del terzo settore va valorizzato l'apporto del volontariato, quale soggetto a cui è demandato soltanto l'erogazione di prestazioni aggiuntive e di supporto ai servizi dovuti.

Occorre quindi emanare specifici indirizzi per meglio regolamentare i rapporti tra enti locali e terzo settore, in rapporto alla loro natura (volontariato, cooperazione sociale e associazionismo ecc.), con particolare riferimento ai sistemi di affidamento dei servizi alla persona.

'Tavoli misti pubblico-privato per la co-progettazione e la co-valutazione' vanno sicuramente incentivati e promossi al livello dell' Ambito Territoriale, tramite un'azione di promozione e sensibilizzazione capillari.

Va, inoltre, curata la massima pubblicizzazione delle modalità con cui si realizzano nei diversi territori della regione i rapporti di collaborazione e, più in generale, di tutti gli elementi informativi

riguardanti appalti, gare, affidamenti, convenzioni, accordi di programma, intese, ecc...allo scopo di favorire, anche da questo punto di vista, processi di imprenditoria sociale.

Il nuovo sistema regionale dei servizi non può inoltre ignorare il ruolo sempre più significativo che sono destinate a giocare le **Fondazioni** e favorisce, quindi, l'avvio di processi di coordinamento fra i soggetti responsabili della progettazione e della realizzazione dei Piani Territoriali e quelle particolari imprese sociali.

Alla Regione il compito di allestire momenti seminariali in cui fare il punto sul ruolo delle Fondazioni nella crescita civile e sociale delle Marche.

Un'attenzione particolare va poi dedicata alle **politiche del credito** nei confronti dei soggetti del terzo settore: va sviluppato un rapporto privilegiato con la Banca Etica, vanno elaborate in sede regionale nuove politiche volte a favorire i soggetti più deboli.

Per quanto concerne la **formazione**, occorre evidenziare come i soggetti del terzo settore dovranno partecipare sia ai gruppi di lavoro previsti per la individuazione delle figure professionali corrispondenti ai primi livelli e per la progettazione dei rispettivi percorsi formativi, sia al 'Tavolo permanente di concertazione': in tal modo può prendere l'avvio quel **processo di graduale omogeneizzazione delle culture dei servizi**, in assenza del quale la costruzione di una rete dei servizi appare alquanto problematica.

8.3 I 'sistemi di qualità'

La crescente interazione fra pubblico e privato, nonché la necessità di realizzare un lavoro di rete che produca un **sistema integrato di servizi**, richiamano l'attenzione sulle problematiche organizzative.

La necessità di includere nel sistema un numero sempre maggiore di soggetti privati, così come di rivedere il ruolo e le funzioni di tutti i soggetti, pubblici e privati, per realizzare un Welfare universalistico, basato sulla collaborazione ed il pluralismo degli attori, evidenziano la necessità di prestare, in generale, un'attenzione particolare alla **qualità** nella 'produzione' dei servizi, come pure alla capacità da parte del pubblico di autorizzare, accreditare e monitorare periodicamente i produttori privati dei servizi.

Il pubblico è e rimane garante della qualità del sistema complessivo.

I 'sistemi di qualità' da costruire nella regione riguardano innanzitutto la **qualità del fornitore**, in quanto azienda capace di produrre servizi alla persona e alla comunità, la **qualità del servizio**, inteso come offerta specifica di prestazioni in un determinato ambito, la **qualità dell'intervento per il singolo utente**, rispetto al programma, così come rispetto ai risultati, oltreché la **qualità dei processi formativi**.

Un'attenzione particolare in tale processo va dedicata alla realizzazione di due obiettivi: **evitare nelle attività valutative ogni rischio di autoreferenzialità e privilegiare il punto di vista dei cittadini-utenti**.

Compito della Regione è attivare **gruppi di lavoro misti sulla qualità**, che abbiano come punto di riferimento i **servizi principali, sia consolidati, che sperimentali**, appartenenti ai **welfare domiciliare, semiresidenziale e residenziale**: ciò renderà possibile, all'interno della normativa nazionale di riferimento, avviare concretamente a sperimentazione forme nuove di lavoro sociale in grado di ridurre i processi di esclusione sociale.

9. Il sistema di regolazione sociale

9.1 La regolazione sociale

Per 'regolazione sociale' si intende un insieme di regole poste dai soggetti pubblici, valide per tutti coloro che operano in un determinato contesto, che servono a governare i rapporti fra pubblico e privato, ad orientare l'intera produzione dei servizi in una determinata area, a controllarne il funzionamento ed a verificarne il risultato.

Tali regole devono servire a garantire allo stesso tempo efficienza ed efficacia dei processi che conducono ai servizi, adeguatezza dell'offerta alla domanda sociale, coinvolgimento, nella trasparenza, di tutte le organizzazioni coinvolte nella rete dei servizi, massima qualità per i cittadini nella risposta ai bisogni.

Non occorre mai dimenticare che il sistema dei servizi sociali è fragile e regge a fatica i sistemi regolativi complessi. Vanno quindi individuati percorsi per l'identificazione degli standard facendo tesoro di quanto già si conosce nei punti di eccellenza del territorio, basandosi sull'esperienza degli operatori; ciò vale anche per le possibili sperimentazioni da avviare. Per quanto riguarda la politica degli accreditamenti, da costruire accanto ad una rinnovata politica delle autorizzazioni, occorre essere, almeno inizialmente estremamente cauti, allo scopo di farne veramente uno strumento del 'sistema di qualità', evitandone una deriva puramente di mercato.

La regolazione sociale nel comparto socio-assistenziale appare di grandissimo rilievo: la pluralità degli attori presenti; il crescente coinvolgimento del terzo settore ed, in prospettiva, del privato commerciale; la riorganizzazione della macchina pubblica, la ridiscussione dei confini fra Regione, Provincia e Comuni, oltreché fra Stato e governi regionali; la necessità di un coinvolgimento dell'intera comunità locale; l'aumentata capacità dei cittadini di tutelare i propri diritti; tutto ciò

renderebbe pressoché impossibile costruire un sistema integrato di servizi senza nuove modalità operative, in grado di alimentare un 'meccanismo' dotato di un alto grado di coerenza interno.

La ragionevole previsione che l'importanza dell'offerta di servizi da parte di soggetti privati sia destinata a crescere e che, conseguentemente, il pubblico vedrà enfatizzato il proprio ruolo di 'finanziatore', aumenta il grado di complessità dei processi di governo del sistema ed impone al soggetto pubblico di assumere un chiaro ruolo regolatore; solo così si potrà promuovere un riequilibrio sociale ed evitare un aggravamento delle disuguaglianze esistenti nel territorio.

Le politiche nel campo dei servizi sociali non debbono tuttavia limitarsi a contrastare le povertà o a ridurre le aree di esclusione sociale; devono anche mirare a migliorare il benessere di **tutti** i cittadini perseguendo stati di benessere delle persone nei loro contesti originari, familiari e comunitari. In questa prospettiva acquistano particolare significato gli strumenti volti ad assicurare la qualità delle prestazioni, siano esse a produzione pubblica o privata, ed a valutare gli effetti delle scelte compiute.

La regolazione interessa indubbiamente più livelli - regionale e locale - , gli ambiti della gestione e della produzione, oltreché della programmazione, così come soggetti diversi - istituzioni ed organizzazioni private - sempre più in relazione fra loro.

Il Piano ha disciplinato, finora, prevalentemente, il cosiddetto **circuito regolativo della programmazione** tramite l'individuazione degli **Ambiti Territoriali**, degli strumenti di pianificazione con il **Piano Territoriale**, delle caratteristiche che devono assumere i sistemi locali di servizi definendo la **rete dei servizi essenziali**, delle logiche di **integrazione socio-sanitaria**, dei **ruoli e delle responsabilità dei diversi soggetti che operano all'interno della rete dei servizi**; evidenzierà come la costruzione di un **sistema informativo socio-assistenziale regionale** costituisca un obiettivo ineludibile se chi governa deve assumere le proprie decisioni basandosi su dati di conoscenza esaustivi e sistematici.

La programmazione deve anche assumere come essenziale la logica della **valutazione**: la valutazione si configura come un'attività ordinaria dei soggetti pubblici da praticare nei propri

ambiti di pertinenza, a livello di decisione strategica, ex ante, a livello di funzionamento dei servizi, in itinere, a livello di verifica dei risultati perseguiti, ex post.

9.2 La regolazione nell'ambito della gestione

I Comuni, titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e responsabili della programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, nonché dell'indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, hanno a disposizione diverse forme gestionali, così come possono ricorrere a processi di esternalizzazione.

La responsabilità politica del Comune lo impegna a garantire alla comunità una risposta efficace ai bisogni dei cittadini; ciò lo pone nella necessità di attivarsi con altri soggetti (istituzioni, terzo settore, imprenditoria privata, circuiti informali) e ne dilata i ruoli, da quello di gestore a quello di mediatore di processi, al fine di organizzare risposte congrue e mobilitare risorse adeguate.

Ci sono una serie di compiti che i Comuni non possono delegare , ma debbono invece attuare direttamente, sia pure tramite pratiche concertative:

- a) conoscere in modo approfondito i bisogni della comunità
- b) programmare gli interventi sociali che si ritengono indispensabili
- c) valutare i risultati delle azioni intraprese
- d) promuovere un reale processo di partecipazione a livello locale per le scelte da compiere, la loro realizzazione, così come per la loro valutazione.

La **gestione dei servizi** può essere svolta dal Comune o dai Comuni in forma associata, direttamente o avvalendosi delle soluzioni gestionali previste dalla L.142/90, oppure può essere delegata alla Azienda USL.

Tale modalità gestionale va collegata ad una metodologia di lavoro che si basi sul **lavoro sociale ‘per progetti’** e non per prestazioni, in grado, quindi, di sviluppare al massimo sinergie e strategie collaborative fra i soggetti e fra le professioni.

Solo così si possono perseguire ad un tempo gli obiettivi dell’integrazione, dell’unitarietà e della globalità, e, quindi, della massima efficacia degli interventi.

Pubblico-privato

Il contesto è quello in cui alla gestione ed all’offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, IPAB, organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS), con un peso particolare della cooperazione e delle associazioni di volontariato, nonché delle fondazioni, e associazioni ed enti di promozione sociale, enti di patronato e soggetti privati.

Si pone allora con grande forza la problematica del rapporto fra pubblico e privato: ai fini dell’affidamento di servizi ai soggetti operanti nel terzo settore **gli enti pubblici**, fatto salvo quanto stabilito in tema di autorizzazione, accreditamento e verifica di qualità, dovranno allora promuovere **azioni per favorire la trasparenza e la semplificazione amministrativa, nonché il ricorso a forme di aggiudicazione o negoziali che consentano a tali soggetti la piena espressione della propria progettualità, avvalendosi di analisi e di verifiche che tengano conto della qualità e delle caratteristiche delle prestazioni offerte, nonché della qualificazione del personale.**

Si vuole in tal modo **sottolineare in questa sede la necessità che trovi piena applicazione una cultura della ‘co-progettazione’,** basata su un rapporto che superi definitivamente l’assoluta predominanza dei fattori economici - appalti al massimo ribasso - così come la ‘falsa’ competizione fra soggetti diversi del terzo settore, quali cooperative sociali ed associazioni di

volontariato, caratterizzati da normative specifiche che ne definiscono compiti e ruoli, e da realtà sociali di riferimento che ne dovrebbero impedire di norma la sostituibilità o intercambiabilità.

Promuovere una cultura della 'co-progettazione' significa attivare efficaci forme di coinvolgimento dei soggetti privati del terzo settore nella progettazione degli interventi, nella determinazione degli obiettivi e nella fase di valutazione della efficacia degli stessi, tramite la comune elaborazione e condivisione di appositi strumenti quali manuali della qualità del servizio, protocolli della qualità, accordi sugli standards dei servizi; indurre l'ente pubblico a passare dall'acquisto di prestazioni a 'contratti di servizio' dove il soggetto fornitore possa esercitare più autonomia nella fase realizzativa; allestire gruppi misti pubblico-privato che possano rinegoziare continuamente i termini dell'affidamento onde raggiungere la massima efficacia e qualità degli interventi.

Il ritardo dei pagamenti da parte degli enti locali e della Regione, in relazione a servizi erogati da soggetti esterni alle amministrazioni è uno degli elementi che accrescono il senso della precarietà e dell'incertezza nelle cooperative sociali, con una negativa ricaduta sui lavoratori che subiscono così un'ulteriore precarizzazione delle proprie condizioni di vita che può portare ad una demotivazione degli operatori e ad uno scadimento della qualità dei servizi erogati. Il rispetto dei tempi dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni è quindi un fattore non secondario di qualità.

L'autorizzazione

L'autorizzazione al funzionamento è una delle regole di selezione dei soggetti fornitori di servizi, che consente di entrare nel mercato previo accertamento del possesso dei requisiti essenziali in ordine agli interventi o ai servizi che si intendono proporre.

Alla Regione competono la definizione dei criteri e dei requisiti per l'autorizzazione delle strutture e dei servizi gestiti da enti pubblici e da soggetti privati, nonché l'istituzione, secondo modalità che verranno definite con direttiva regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, di **registri dei soggetti autorizzati**.

L'autorizzazione viene rilasciata dal Sindaco del Comune dove la struttura è localizzata, in conformità ai requisiti fissati dalla Regione ed alla programmazione effettuata tramite i Piani

territoriali; la Regione aggiorna i requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla normativa vigente.

La Regione definisce innanzitutto gli standards di idoneità e di qualità cui devono corrispondere i servizi a carattere residenziale, semiresidenziale, domiciliare, pubblici e privati; definisce inoltre altri requisiti funzionali necessari per ottenere l'autorizzazione, relativi alla qualificazione del personale ed al rispetto delle norme contrattuali, così come delle norme di sicurezza e assicurative.

Il Consiglio regionale, entro sei mesi dalla data di approvazione del Piano, individua, le tipologie delle strutture socio-assistenziali e socio-educative soggette all'autorizzazione; costituisce, inoltre, presso il Servizio Servizi Sociali una commissione permanente per il monitoraggio costante delle problematiche connesse con l'autorizzazione.

Sono soggette ad autorizzazione tutte quelle strutture che offrono servizi rivolti a soggetti in età minore, anziani, adulti bisognosi di supporti assistenziali.

Non sono soggette all'obbligo di autorizzazione al funzionamento le strutture con finalità prettamente abitative e quelle che non hanno finalità di assistenza sociale.

In attesa che vengano definiti i requisiti regionali, i Comuni rilasciano per i servizi di nuova istituzione autorizzazioni provvisorie sulla base delle normative vigenti., nel termine di tre anni dalla loro fissazione.

I Comuni provvedono inoltre a rilasciare **autorizzazioni provvisorie per servizi nuovi sperimentali** in attesa che la Regione definisca i criteri validi sul territorio regionale.

Si rende necessario infine un riesame da parte dei Comuni delle autorizzazioni rilasciate , una volta che siano stati fissati nuovi requisiti regionali e nazionali: va previsto un tempo congruo per l'adeguamento, pari a cinque anni.

Gli standard di servizio

La definizione degli standard organizzativi, assistenziali e di costo è una condizione fondamentale per regolamentare l'intervento dei molti attori, pubblici e privati, che compaiono sulla scena dei servizi sociali.

L'assenza fino ad oggi di una normativa e di una regolamentazione specifica ha contribuito ad alimentare una grande disomogeneità dei modelli organizzativi e delle tipologie di servizio.

Onde migliorare la situazione esistente la Regione procede ad una ricognizione di "quello che si sta facendo" allo scopo di individuare profili e tipologie di servizi, unità operative, fattori di costo e, quindi, coinvolgere, tramite **gruppi di lavoro operanti presso la Regione**, professionisti ed operatori per la costruzione degli standard su base regionale.

Gli standard che riguardano i servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari costituiscono un elemento vincolante per concedere l'autorizzazione al funzionamento nel comparto socio-assistenziale.

Per i servizi sociali a rilievo sanitario si fa riferimento a standard definiti congiuntamente dal Servizio Servizi Sociali e dal Servizio sanità, oltreché a quanto stabilito dal Piano Sanitario Regionale.

L'accreditamento

Si tratta di un sistema di regole incentrato sulla certificazione dei prerequisiti formali e della qualità dei processi di lavoro.

Solo i soggetti accreditati possono essere scelti dagli enti locali, con le modalità previste dalla legge n. 142/90 e successive modificazioni ed integrazioni per l'erogazione di un servizio.

In ogni caso l'azione di accreditamento è volta a garantire alla comunità locale la qualità complessiva di un erogatore di servizi, pubblico o privato che sia.

La Regione definisce i criteri per l'accreditamento delle strutture e dei servizi gestiti da enti pubblici e soggetti privati e fissa le modalità e le procedure dell'accreditamento e i criteri delle tariffe per le prestazioni erogate.

I comuni provvedono all'accreditamento degli erogatori dei servizi sociali con riferimento alle strutture a ciclo residenziale e diurno a gestione pubblica o privata.

Per quanto riguarda il comparto socio-sanitario si fa riferimento a quanto previsto dal Piano sanitario regionale vigente ed alle specifiche normative nazionali e regionali del settore sanitario.

Vista la complessità delle azioni di accreditamento nei comparti socio-assistenziale ed educativo, ove vengono svolte attività valutabili e misurabili con grande difficoltà, e tenuto conto del rilevante cambiamento culturale e organizzativo sotteso a tale processo, la Regione esercita per il primo triennio di vigenza del Piano la funzione dell'accreditamento.

In questo periodo è opportuno avviare presso la Regione alcuni percorsi, concordati con gli enti locali, tramite i quali sperimentare l'accreditamento in taluni tipi di servizi, così come le azioni di monitoraggio dell'attività dei soggetti accreditati.

Tale periodo di transizione dovrà inoltre vedere l'attivazione di intensi momenti formativi rivolti essenzialmente ad operatori degli enti locali, così da consentire successivamente ai comuni di riappropriarsi efficacemente di tale funzione.

Il controllo e la vigilanza

La Regione esercita una funzione ispettiva e promozionale nei confronti dei soggetti gestori per migliorare l'offerta dei servizi adeguandola al livello degli standard di idoneità e di qualità che sono stati fissati; essa riguarda tutte le strutture socio-assistenziali, residenziali, semi-residenziali e diurne presenti nel territorio, a prescindere dalla natura giuridica del soggetto gestore e dallo scopo dell'esercizio delle funzioni, siano esse a fine di lucro o meno.

Alla Regione spetta la definizione dei criteri per la vigilanza delle strutture e dei servizi gestiti da enti pubblici e da soggetti privati.

Ai Comuni compete l'esercizio dell'attività di vigilanza, volta ad accertare il rispetto delle normative vigenti, delle indicazioni di Piano in materia di organizzazione e gestione dei servizi, dell'adeguatezza delle strutture e dei servizi alle esigenze della persona ed a promuovere la qualità delle prestazioni.

L'attività di vigilanza si espleta tramite sopralluoghi e visite periodiche, così come tramite acquisizioni di informazioni e documenti, o ancora mediante riunioni con il personale e con gli utenti dei servizi.

Anche in questo caso occorre che il Comune si attrezzi per i nuovi compiti della vigilanza: è possibile, ad esempio, sperimentare la formazione di una **Commissione Tecnica** a livello di Ambito Territoriale, che sia composta da personale afferente ai Servizi sociali ed educativi, alla Segreteria generale ed agli Uffici tecnici dei Comuni, nonché al Dipartimento di Prevenzione e Sicurezza ed ai Servizi Sociali dell'Azienda USL.

Il Comune può sospendere l'autorizzazione al funzionamento della struttura qualora le violazioni accertate comportino pregiudizi per gli utenti e per gli operatori, ed il gestore, precedentemente diffidato, non vi abbia posto rimedio, anche con l'esercizio delle potestà consentite dalle leggi comunali.

9.3 La regolazione nell'ambito della produzione

Produrre servizi sociali significa innanzitutto creare un'interazione fra diversi soggetti: fra operatori ed utenti, fra operatori ed operatori, fra personale retribuito e volontari, fra operatori e cittadini; è in questo 'incrocio' che prende forma la 'qualità'.

Esistono diverse dimensioni della 'qualità': c'è la qualità attesa, la qualità del processo, la qualità professionale, la qualità percepita, la qualità del risultato.

Tutte queste dimensioni entrano in gioco nella produzione dei servizi sociali e contribuiscono all'efficienza e all'efficacia di un determinato servizio, alla capacità di offrire risposte adeguate alla

domanda sociale di una determinata comunità, alla possibilità di fare sistema e alimentare la rete dei servizi, e quindi contribuire alla creazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Spetta alla Regione la definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni; **spetterà invece agli enti locali verificare l'esistenza di tali requisiti**, costruendo specifiche modalità di valutazione.

Spetta altresì alla Regione la fissazione di standard di tariffe omogenee per tipologie di servizi e prestazioni erogate sul territorio regionale.

Il sistema delle gare di appalto al massimo ribasso utilizzato dalle pubbliche amministrazioni è la principale causa della compressione delle retribuzioni previste per gli operatori sociali, di disapplicazione del vigente CCNL e di mortificazione della qualità dei servizi erogati. Per tale motivo nel sistema di welfare regionale questa modalità di affidamento dei servizi da parte delle pubbliche amministrazioni deve essere esclusa.

Pur dovendo sottolineare la difficoltà di sottoporre a valutazione il complesso sistema dei servizi sociali, socio-assistenziali, è tuttavia opportuno ribadire il carattere strategico dell'attività di valutazione nel momento in cui si intende riorientare l'intera offerta dei servizi per far fronte al disagio di tutti i cittadini ed alle trasformazioni sociali in atto, le quali, a loro volta, stanno modificando in profondità le caratteristiche della domanda sociale.

La crescente attenzione alla qualità va vista, ed assunta, come il frutto di una rinnovata sensibilità verso il sistema dei servizi e la ricerca di nuovi modelli, oltreché come il prodotto di un'esigenza di uso ottimale di risorse scarse, avviando negli Ambiti Territoriali un processo di miglioramento continuo della qualità.

Fare valutazione di qualità comporta sviluppare e generalizzare una nuova prassi fra i responsabili dei servizi e gli operatori sociali che renda possibile la verifica dei risultati, anche in termini di soddisfazione degli utenti e dell'uso efficiente delle risorse: in particolare la valutazione riguarda la rispondenza dell'azione di servizio all'obiettivo selezionato, l'uso efficiente delle risorse, la

soddisfazione dell'utente e la qualità della prestazione, la capacità di risposta alle problematiche dell'utenza e/o presenti su un territorio.

Ovviamente l'analisi della qualità trova le opportune interazioni con il controllo di gestione e con le scelte di programmazione operate dall'ente locale ed avviene al livello del servizio, al livello del servizio in relazione con l'utenza, al livello del servizio in relazione con altri servizi.

Al livello del servizio occorre mettere in moto processi di autovalutazione di tutti gli operatori: ciò comporterà l'adozione di strumenti che consentano documentazione, raccolta sistematica di informazioni e capacità di ascolto dell'utenza. Occorre poi promuovere 'spazi' idonei per gli utenti e le loro famiglie, affinché la loro valutazione della qualità possa entrare come elemento forte per la riprogettazione degli interventi.

Visto il grado di innovazione insito nella "valutazione di qualità", la Giunta regionale costituisce sin da subito "gruppi qualità" coordinati dal Servizio Servizi Sociali, in stretto contatto con quelli che stanno già operando al livello ministeriale, allo scopo di elaborare metodi e procedure che dovranno successivamente essere sperimentati sul territorio: tali gruppi fisseranno criteri di carattere generale che andranno poi modulati sui diversi tipi dei servizi. A tali gruppi partecipano soprattutto operatori (afferenti a soggetti pubblici e privati) che confrontano le diverse esperienze e i diversi saperi: solo tramite questo processo partecipato e condiviso si potrà arrivare rapidamente ad efficaci sperimentazioni.

L'attività di valutazione dell'ente locale dovrà comunque seguire alcuni linee guida:

- organizzare le attività per obiettivi e per progetti, onde consentire monitoraggio e valutazione;
- curare un'ampia documentazione, aggiornata in modo sistematico, sulle caratteristiche della domanda e sulle modalità di erogazione degli interventi;
- sviluppare un approccio flessibile agli interventi, tale da consentire continui aggiustamenti 'in corsa';
- far sì che la valutazione diventi un'attività 'ordinaria' nella produzione dei servizi;

- coinvolgere nel processo di valutazione, in modo sistematico, anche i soggetti del terzo settore, promuovendo in tal modo una cultura della 'co-valutazione';
- promuovere le condizioni per una crescita della capacità di autovalutazione, cui collegare la formazione.

La valutazione deve essere continua e diffusa, evitando ogni processo di settorializzazione e di riduzione dell'attività all'autovalutazione, ed assolutamente essenziale è la eterovalutazione operata dai cittadini sulla base della qualità percepita.

10. La sperimentazione dei progetti integrati

10.1 Obiettivi e criteri della sperimentazione

Per poter essere tradotti in risultati concreti, gli elementi di innovazione proposti dal Piano richiedono processi di elaborazione che tengano conto del complesso dei vincoli e delle risorse presenti al livello territoriale e si confrontino con essi. Se una parte del processo può essere definita direttamente dall'Amministrazione Regionale, la costruzione del sistema dei servizi e degli interventi sociali dipende in larga misura dalle risorse e dalle capacità progettuali locali. La strada che la Regione Marche intende intraprendere è quindi quella del coinvolgimento delle comunità locali nella sperimentazione di soluzioni organizzative capaci di fornire risposte adeguate a determinati problemi sociali: sarà attraverso un complesso di sperimentazioni che si giungerà all'individuazione di modelli funzionali proponibili a tutta la realtà regionale.

La scelta di procedere alle sperimentazioni ha un valore immediato, in quanto consente di porre a verifica i tempi di realizzazione, la correttezza e la praticabilità stessa degli obiettivi di piano, a partire dalla costruzione dell'ambiente comunitario; consentendo al tempo stesso l'elaborazione di strumenti e di modelli in grado di fornire risposte ad alcuni dei problemi più urgenti nella situazione regionale. D'altro canto, la sperimentazione ha un valore strategico e di modello per la programmazione, in quanto rappresenta una interpretazione del principio di sussidiarietà verticale ed in quanto sperimenta la capacità di autogoverno da parte delle comunità locali.

L'Amministrazione Regionale pertanto intende sostenere in senso sia progettuale che finanziario alcuni processi di riorganizzazione che siano finalizzati a recepire le indicazioni programmatiche e quindi ad adeguare i sistemi di servizio locale in ragione degli obiettivi posti dal Piano.

Sebbene tali processi debbano condurre progressivamente a definire i modelli complessivi del sistema dei servizi e degli interventi all'interno degli ambiti territoriali, le sperimentazioni si concentreranno al loro avvio nella ricerca di soluzioni ad alcuni problemi specifici.

Le scelte delle aree problema e degli Ambiti Territoriali di sperimentazione sono orientate da alcuni criteri fondamentali, vale a dire:

- per quanto riguarda le **aree problematiche** rispetto alle quali si svolgeranno le sperimentazioni, queste coincidono con alcune fenomenologie sociali che per diffusione implicano un interesse regionale generalizzato; inoltre, i problemi evidenziati richiedono nell'elaborazione delle risposte l'intervento di diversi settori delle politiche sociali: socio-assistenziale, sanitario, educativo, formativo, del lavoro, ecc.; infine si tiene conto della possibilità di sviluppare nuova occupazione sia nell'elaborazione delle forme di servizi, interventi ed attività più adeguati ai problemi individuati, sia agendo su quei fattori che nella struttura sociale possono essere considerati causali dei problemi stessi.

- per quanto riguarda gli **Ambiti Territoriali** di sperimentazione, le sedi saranno identificate all'interno del territorio delle ASL già individuate nel Progetto: 'Funzioni distrettuali chiave per lo sviluppo della rete dei Servizi territoriali', finanziato dal Ministero della Sanità: **ASL n° 2 di Urbino, ASL n° 3 di Fano, ASL n° 9 di Macerata e ASL n° 11 di Fermo; in aggiunta a tali ASL si ritiene di dover inserire anche l'ASL n°7 di Ancona come sperimentazione significativa, viste le sue caratteristiche assolutamente peculiari, e le ASL n°10 di Camerino e n°13 di Ascoli Piceno, per l'oggettiva situazione di debolezza.**

Le sperimentazioni avranno valore esemplare e dovranno consentire la messa a punto di modelli, sottoprogetti specifici, linee guida e regolamenti eventualmente trasferibili nel contesto regionale; sono inoltre da intendere nel senso più ampio come sperimentazione di **Welfare Locale integrato**, attuatorio quindi di politiche sociali integrate ai sensi del richiamato protocollo di intesa tra Giunta Regionale e Organizzazioni Sindacali del maggio 1997.

La conduzione delle sperimentazioni prevede il regime del co-finanziamento, impegnando fondi dello Stato, della Regione, delle ASL e delle Associazioni dei Comuni, anche nello spirito delle azioni sperimentali previste dal Piano Sanitario Regionale.

10.2 Gli elementi comuni a tutti i percorsi di sperimentazione

L'obiettivo principale delle sperimentazioni è la definizione di modelli di Welfare locale, per i quali risulta indispensabile la costruzione o il rafforzamento di quello che abbiamo definito **ambiente di comunità**, che si individua sulla base di elementi, iniziative ed atti che testimoniano elevate vocazioni o traguardi raggiunti in termini di associazionismo intercomunale, di coesione, impegno sociale comunitario e solidarietà sociale, sia da parte della popolazione che degli organi di governo e dei sistemi di servizio locali.

Solo a partire da un consolidato ambiente di comunità è possibile sviluppare un modello compiutamente articolato, che definisca cioè i ruoli e le funzioni di governo locale, e quindi le attività ed i servizi, le forme e le relazioni di rete, i modi e gli strumenti per la lettura dei bisogni.

In tutte le sperimentazioni, indipendentemente quindi dagli Ambiti Territoriali e dai problemi specifici rispetto ai quali verranno elaborati i modelli organizzativi e funzionali, devono essere seguiti alcuni **passaggi chiave**, tra i quali almeno:

- La sperimentazione di modelli di valutazione delle situazioni-problema
- La definizione dei percorsi possibili all'interno dell'Ambito Territoriale
- La definizione di schemi di auto-valutazione dei risultati e delle risorse

Le sperimentazioni devono inoltre riflettere le impostazioni alla base del Piano, per quanto riguarda:

- l'obiettivo di accompagnare e non sostituire la persona e la famiglia con interventi di sostegno e di affiancamento;

- il coinvolgimento del terzo settore in generale nella produzione dei servizi e del volontariato in particolare nell'affiancamento delle persone con problemi;
- il coinvolgimento delle diverse risorse territoriali, in primo luogo le Istituzioni e le imprese locali;
- l'impegno a stimolare le capacità di autonomia e di protagonismo all'interno dei percorsi assistenziali da parte degli utenti e delle loro famiglie;
- la definizione delle linee programmatiche attraverso la concertazione locale.

Il processo attraverso il quale si sviluppano le sperimentazioni è articolato in una serie di fasi che verranno opportunamente elaborate ed interpretate a livello locale. In ogni caso dovrà essere realizzata una convergenza di attenzioni attorno al problema chiave individuato per ogni sperimentazione da parte di diversi enti ed agenzie territoriali: i Comuni, l'Azienda USL, la scuola, il terzo settore, le imprese e così via. Tale **attenzione** dovrà canalizzarsi per produrre innanzitutto una analisi della situazione particolare nell'area territoriale per quanto riguarda il problema al centro del lavoro: si tratta cioè di definire il problema non in termini generali, ma per gli elementi che lo connotano in ambito locale. Successivamente occorrerà procedere ad una analisi di processo, tale da distinguere ed indicare quali siano da una parte gli enti ed i soggetti che possono contribuire a fornire risposta al problema, dall'altra gli interventi che si rendono necessari.

Importante è che si tenti di evidenziare come il problema particolare sia interconnesso con la struttura socio-economica nel suo complesso, rintracciandone quindi i processi di causa, sia pure parziali, riconducibili a squilibri o inefficacia del modello socio-economico: di modo che oltre alle risposte particolari che potranno essere attivate nel breve e medio periodo, si possa procedere anche al riesame ed alla riprogettazione di alcune componenti fondamentali del modello socio-economico locale tali da scansare effetti di natura esclusiva o emarginante. Potranno quindi essere interessate: la politica dei tempi, dei trasporti, quella urbanistica-territoriale; o ancora, la qualità ambientale, l'organizzazione produttiva, le componenti dell'informazione, ecc..

10.3 Le aree problema per la sperimentazione

Le sperimentazioni hanno come obiettivo generale l'elaborazione di modelli territoriali di intervento sociale integrato a partire dal confronto tra le indicazioni del Piano e la situazione locale. Tuttavia dovranno fornire indicazioni specifiche in relazione a tre delle aree problematiche di maggior interesse per la situazione regionale: gli anziani con problemi di non autosufficienza; gli adolescenti, in particolare per quanto riguarda i problemi di socializzazione; i portatori di handicap, e specificamente quella fascia interessata dai problemi dell'inserimento lavorativo.

Anziani: il sostegno alle famiglie degli anziani con problemi di non autosufficienza

Pur in presenza di indici di invecchiamento tra i più alti in Italia, che presentano concentrazioni rilevanti in alcune aree della Regione, le Marche non dispongono di una sufficiente rete di servizi e di opportunità in grado di fornire risposte al problema della non autosufficienza. In particolare, appaiono oggi largamente disattese le difficoltà di natura sociale degli anziani con problemi di non autosufficienza e delle loro famiglie: difficoltà di organizzazione della vita domestica, problemi di relazione e di comunicazione, difficoltà legate all'attività lavorativa da parte dei familiari, ecc. La sperimentazione proposta deve quindi fornire risposte in particolare per quanto riguarda le forme di sostegno e di affiancamento delle famiglie in cui siano presenti anziani con problemi di autosufficienza: siano esse composte da anziani soli, da coppie di anziani ovvero da famiglie pluri-generazionali.

Il sostegno e l'affiancamento delle famiglie può essere reso concreto solo attraverso un effettivo sviluppo di rete dei servizi e delle prestazioni, purché la stessa rete abbia caratteristiche di flessibilità funzionale ed organizzativa adeguate alle diverse esigenze delle famiglie. Queste vanno considerate a partire dalla possibilità, per le famiglie, di entrare in comunicazione con il sistema dei servizi; di trovare ascolto rispetto alle proprie esigenze; di veder accolte e considerate le proprie proposte nella ricerca di soluzioni rispetto ai problemi della età avanzata; di poter fruire di

programmi individualizzati che tengano conto della trasformazione nel tempo delle condizioni di bisogno.

La rete dei servizi deve poter disporre di strumenti, professionalità e strutture sufficienti a garantire l'organizzazione di forme di supporto flessibili a soddisfare innanzitutto le esigenze organizzative e psicologiche della famiglia. Si deve prevedere quindi una attrezzatura sufficientemente ampia, in grado di supportare la famiglia in diverse situazioni quali la necessità di essere affiancati temporaneamente nei compiti di assistenza all'anziano, con forme di intervento a domicilio, diurne, residenziali, ovvero la possibilità di disporre di informazioni e controlli di natura sanitaria, tesi alla prevenzione della non autosufficienza, ovvero alla riduzione dei danni e degli scompensi conseguenti.

La comunità locale può fornire risposte ai problemi della famiglia con anziani non autosufficienti sia attraverso il sistema dei servizi, sia attraverso le risorse del volontariato ovvero più in generale della cittadinanza attiva. Da questo punto di vista devono essere considerate in prima istanza le esigenze effettive della famiglia, la sua possibilità di condurre una vita il più possibile piena ed autonoma. Solo in un secondo momento deve porsi il problema di quali siano le forme di intervento più adeguate, ed infine quali siano i regimi - domiciliare, diurno, residenziale - per l'erogazione delle prestazioni.

Senza esaurire l'elenco delle possibilità, e quindi senza pretesa di completezza, si individuano di seguito alcune forme organizzative di servizi rispondenti alle caratteristiche sopra delineate:

- Sviluppo dell'Assistenza Domiciliare domestica ed integrata
- Attivazione di alloggi temporanei per gli anziani che necessitano di assistenza per periodi di tempo limitati (a seguito di malattie, periodi di impossibilità assistenziale e tutelare da parte delle famiglie, ecc.)
- Coinvolgimento dei centri sociali per favorire le capacità autonome degli anziani e lo scambio intergenerazionale;

- Sperimentazione di forme di affiancamento delle famiglie con anziani non autosufficienti e di affido familiare degli anziani soli;
- Sperimentazione e sostegno di forme di self-help da parte degli anziani;
- Ampliamento della disponibilità dei posti per anziani non autosufficienti non assistibili al domicilio anche attraverso la riqualificazione della rete delle case di riposo.

Compito specifico delle sperimentazioni è quello di definire modelli compiuti di intervento, che rispondano cioè alle seguenti caratteristiche:

- essere adeguati rispetto alle declinazioni particolari che la condizione anziana assume nelle diverse aree geografiche. Questo significa, tra l'altro, riconsiderare l'insieme degli interventi e dei servizi tenendo conto delle caratteristiche urbanistiche e territoriali dell'area interessata, definendo in rapporto ad essa i regimi più adeguati per talune prestazioni (al domicilio, semi-residenziali, residenziali);
- poggiare su una organizzazione di rete effettiva, che si caratterizzi per la diversificazione dell'offerta di promozione e protezione sociale, per la flessibilità di utilizzo, per la effettiva accessibilità;
- coinvolgere nella rete, oltre ai servizi della componente assistenziale (sociale e sanitaria) il più vasto sistema socio-economico, e quindi le istituzioni ed agenzie educative e formative, il sistema dei trasporti, le componenti del mercato del lavoro, ecc.

La sperimentazione di attività in regime di massima integrazione costituisce una prima applicazione del **Progetto Obiettivo di Eccellenza per la qualità della vita della popolazione anziana**, previsto dal Piano Regionale di Sviluppo, dal Piano Sanitario Regionale, finanziato dal Patto Programmatico per lo sviluppo, in via di definizione.

Tale Progetto viene redatto in chiave esecutiva da un gruppo di lavoro attivato presso il Servizio Programmazione, anche sulla base delle indicazioni emerse dal confronto con le parti sociali.

Adolescenti: facilitare la socializzazione

Anche nella Regione Marche sono presenti problemi che limitano le possibilità di autonomo sviluppo della popolazione adolescenziale. Problemi che possono essere ascritti a difficoltà di socializzazione, di relazione, di senso e, più specificamente, connesse al sistema dell'offerta formativa, educativa ed in prospettiva del lavoro. Tali difficoltà appaiono differenziarsi sostanzialmente in relazione alla diversa configurazione delle aree geografiche della regione: con fenomeni derivanti dalla assenza di servizi ed opportunità nelle aree definite nel capitolo primo come “periferiche” o “rurali”; e che si qualificano altrimenti soprattutto nelle aree “urbanizzate” per il maggior rischio di fenomeni di devianza, emarginazione, ecc.

Se questi fenomeni interessano nel suo complesso la popolazione giovanile fino ai limiti inferiori dell'età adulta, una attenzione particolare va prestata a sostenere gli adolescenti offrendo loro, direttamente o attraverso le istituzioni sociali di mediazione, adeguati supporti per favorire una socializzazione intesa non in senso puramente aggregativo, ma volta a migliorare la capacità e l'efficacia degli interventi di orientamento ed educativi.

Gli elementi su cui appare più opportuno sperimentare forme di sostegno da parte dei soggetti istituzionali e sociali sono:

- la relazione con la famiglia, con una attenzione particolare alle situazioni delle famiglie mono-parentali, a quelle molto numerose, a quelle in cui intervengono separazioni o divorzi;
- la società multietnica, sostenendo in particolare il solidarismo spontaneo tra gli adolescenti di culture diverse;
- il rapporto con la comunità, stimolando da un lato i rapporti intergenerazionali, dall'altro il confronto con le dimensioni significative della comunità di appartenenza: l'identità storica, la qualità ambientale, i problemi sociali, ecc.;
- il rapporto con la scuola, in particolare intesa come comunità educativa.

In termini di metodo, la sperimentazione deve orientarsi a dare risposte:

- di carattere promozionale, facilitando soprattutto il protagonismo degli adolescenti, l'associazionismo, l'incremento delle possibilità di scelta;
- di sostegno agli adolescenti, ed alle loro famiglie, che hanno problemi correlati a fattori di emarginazione o di devianza, che attraversano fasi di crisi, che necessitano di sostegni educativi, ecc.

In tal senso è necessario che convergano sugli obiettivi e nella condivisione dei programmi di intervento le diverse agenzie che nel territorio hanno competenze e ruoli rispetto agli adolescenti: le istituzioni scolastiche e formative, gli enti locali, i servizi sanitari, le associazioni sportive e culturali, e così via.

Tali obiettivi sono perseguibili attraverso:

- La ricerca di un rapporto proficuo tra la scuola e gli Enti Locali per la programmazione delle attività, la messa a disposizione di strutture e risorse, ecc.; appare opportuno inoltre il coinvolgimento del terzo settore, degli adolescenti e delle loro famiglie per la predisposizione e la gestione delle attività.
- L'istituzione di servizi di ascolto per gli adolescenti e le famiglie.
- L'adozione di misure e programmi per stimolare e supportare l'azione associativa tra gli adolescenti.
- Il sostegno comunitario alla progettazione ed alla realizzazione di attività che soddisfino le diverse esigenze dei giovani: culturali, sportive, di istruzione, di formazione, di lavoro, di salute.
- La definizione di programmi di stimolo dell'azione solidaristica e associativa, anche tenendo conto del riconoscimento dell'attività di volontariato tra i crediti formativi.
- L'incremento ed il potenziamento di servizi consultoriali, in particolare per quanto riguarda i consultori adolescenti, lo sviluppo delle funzioni di mediazione familiare e la realizzazione di programmi di educazione sanitaria come stimolo alla consapevolezza da parte degli adolescenti rispetto ai propri comportamenti.

- Il raccordo tra i diversi soggetti comunitari e le scuole anche per la predisposizione di programmi che permettano di ridurre i fenomeni di dispersione scolastica.

Lo sviluppo delle diverse azioni possibili in relazione agli obiettivi richiede la realizzazione di forme di coordinamento progettuale innanzitutto tra le Istituzioni scolastiche, i servizi socio-assistenziali ed i servizi sanitari locali. Occorre in tal senso sviluppare una strategia funzionale di rete, tale che le diverse agenzie possano partecipare ai diversi momenti operativi in ragione delle proprie competenze istituzionali, delle professionalità e delle risorse strutturali e finanziarie disponibili. Sarà poi interessante sviluppare forme organizzative tali per cui le agenzie istituzionali - Scuola, Enti Locali, Agenzie Sanitarie e Formative, ecc. - possano progettare attività ed interventi in collaborazione con gruppi di adolescenti, individuati presso le scuole ovvero nel territorio.

Handicap: facilitare l'inserimento lavorativo

Un segmento particolare della popolazione disabile, e quindi un problema particolare su cui sperimentare nuove soluzioni organizzative e funzionali, consiste nella fascia di coloro che possono vantaggiosamente essere condotti all'inserimento lavorativo.

Si tratta di affrontare due questioni di una certa rilevanza:

- da un lato intervenendo a favore delle capacità di autonomia dei portatori di handicap, stimolando il più possibile la normalità dei percorsi vitali anche attraverso l'esperienza lavorativa;
- dall'altro, non abbandonare le famiglie dopo la conclusione dei cicli scolastici, supportandone invece il ruolo nella promozione della socializzazione del portatore di handicap ed evitando quindi anche i rischi di esclusione e di isolamento del nucleo familiare nel suo insieme.

Il sostegno dell'inserimento lavorativo a favore delle fasce deboli, come richiamato anche dalla L.R. 38/98, e fra queste in particolare dei portatori di handicap è un impegno complesso, che richiede il coinvolgimento di una serie di attori istituzionali, sociali ed economici; e che al contempo richiede

di dispiegare un complesso apparato di valutazione, di supporto formativo ed alla vita quotidiana, di elaborazione di strategie favorevoli alla ricerca ovvero alla creazione di un ambiente lavorativo ottimale.

Nell'ambito delle politiche di Welfare Comunitario, l'inserimento lavorativo richiede il coinvolgimento degli Enti locali, delle Aziende USL, delle Province e dei Centri per l'impiego.

Tali programmi devono svilupparsi:

- in rapporto all'utente attraverso lo sviluppo delle funzioni di valutazione, riabilitazione, formazione, sostegno (inclusi servizi di trasporto, assistenza domiciliare, ecc.);
- in rapporto al contesto ambientale attraverso le azioni rivolte ai sistemi di impresa, coinvolgendo quindi anche le Associazioni di categoria tanto degli imprenditori che dei lavoratori,
- in rapporto al sistema sociale nel suo complesso, attraverso l'associazionismo, il volontariato e la cooperazione sociale.

Un impegno particolarmente intenso deve essere dedicato al rapporto con il mondo delle imprese, rispetto al quale occorre porsi non solo con azioni di stimolo e sensibilizzazione, ma coinvolgendo gli imprenditori in momenti di concertazione e di condivisione delle scelte finalizzati alla realizzazione di inserimenti lavorativi che siano il meno possibile assistenziali ed orientati invece a definire soluzioni di massima utilità tanto per il disabile quanto per le imprese.

11. Il sistema informativo

Attualmente nel nostro paese le informazioni statistiche sulla cosiddetta 'assistenza sociale' sono molto carenti sia come completezza sia come qualità. Come ricordato recentemente dalla Commissione di garanzia sull'informazione statistica in sede di valutazione del PSN 1999-2001 il ruolo del Sistema statistico nazionale (Sistan) in questo settore deve essere assolutamente potenziato per fornire le informazioni necessarie alla valutazione dei processi di trasformazione in corso.

La rilevazione dei servizi socio-assistenziali erogati dai Comuni, in corso di svolgimento, a livello nazionale, fornirà le prime informazioni sugli interventi e le modalità di organizzazione dei servizi sociali e delle prestazioni economiche erogate a livello locale. Altre informazioni sull'assistenza sociale in Italia possono essere dedotte dalle rilevazioni dei bilanci degli Enti previdenziali, dello Stato, delle Regioni, dei Comuni e delle Province, dall'indagine sulle organizzazioni di Terzo settore e dai bilanci degli altri enti pubblici minori. Fino al 1993 erano condotte, inoltre, alcune rilevazioni sui presidi residenziali socio-assistenziali, sugli asili nido, gli istituti per l'assistenza all'infanzia, le colonie e i campeggi estivi. Tali indagini sono state sospese a partire dall'anno di rilevazione 1994 per la mancanza di un quadro di riferimento omogeneo nelle rilevazioni e per la scarsa attendibilità dei dati in termini di qualità.

Le rilevazioni condotte dagli altri soggetti del Sistema statistico nazionale, in particolare dal Ministero dell'interno, dal Ministero del tesoro e dall'INPS riguardano alcuni aspetti dell'erogazione delle prestazioni monetarie assistenziali: pensioni di invalidità civile, pensioni di guerra, ecc., e i servizi residenziali e non, a favore degli anziani e dei tossicodipendenti.

Alcune Regioni e Comuni di maggiori dimensioni hanno istituito un proprio sistema di monitoraggio statistico dell'offerta di prestazioni assistenziali e sulle caratteristiche degli assistiti. I servizi sociali prevalentemente rilevati sono quelli di tipo residenziale ma in alcuni casi si estendono ad altre prestazioni: assistenza domiciliare, affido familiare, ecc. La diffusione delle informazioni non è tuttavia omogenea sul territorio nazionale.

Il quadro attuale dell'offerta di statistiche a livello nazionale nel settore della cosiddetta 'assistenza sociale' si presenta dunque:

- a) frammentato in molte rilevazioni poco omogenee;
- b) carente dal punto di vista di un sistema di classificazione ed interpretazione dei dati;
- c) inadeguato per la valutazione degli obiettivi raggiunti in termini di effettiva ricaduta sulla popolazione;
- d) assolutamente insufficiente per quanto riguarda la completezza del fenomeno analizzato.

In queste condizioni, la progettazione del sistema informativo regionale per i servizi e gli interventi sociali è tenuta ad informarsi ed uniformarsi agli orientamenti che si vengono assumendo su scala nazionale. Sul piano nazionale, infatti, è compito dell'Istat progettare un sistema informativo settoriale, coerente con i sistemi statistici, sugli interventi dello Stato sociale e delle politiche redistributive. La collaborazione delle Regioni e degli enti locali a tale processo è molto importante e deve essere finalizzata ad un coinvolgimento del Sistan sia nella fase di progettazione che in quella di realizzazione delle rilevazioni.

L'analisi del settore dei servizi socio-assistenziali e delle altre prestazioni che vengono classificate nell'ambito della cosiddetta 'assistenza sociale' deve essere condotta in maniera integrata con le statistiche su altri settori dello stato sociale, in modo da arrivare a costituire per l'Italia un Sistema Integrato di Statistiche sulla Protezione Sociale (SISP) con l'adozione di classificazioni e definizioni integrate e comparabili tra i diversi moduli del sistema e con il Sistema Europeo delle Statistiche sulla Protezione Sociale (ESSPROS).

Il sistema informativo che si deve costruire prevede l'integrazione di dati rilevati da fonti diverse nell'ambito di un organico sistema di definizioni e classificazioni. Le aree di interesse da sviluppare all'interno di questo sistema sono:

- a) I soggetti erogatori delle prestazioni e l'offerta (pubblica, privata, del terzo settore);
- b) I costi e le risorse del sistema;
- c) I beneficiari delle prestazioni e la domanda (espressa, latente, ecc);

d) Il contesto istituzionale, economico e socio-demografico in cui il sistema opera (le norme, le compatibilità macroeconomiche, il quadro socio-demografico).

I sistemi di classificazione specificamente adottati in ciascuna area dovranno essere resi coerenti tra loro e comparabili con le statistiche sulla protezione sociale prodotte nei paesi dell'Unione europea.

11.1 Verso un sistema informativo sui servizi sociali nella regione Marche

La mancanza di un Sistema Informativo – S.I. - regionale in materia di Servizi Sociali, la cui attivazione avrebbe dovuto precedere la stesura del Piano stesso, così come il riordino delle Leggi regionali in materia, evidenzia l'obiettivo di fornire un'indispensabile supporto alla programmazione regionale nel campo specifico.

Va da sé quindi che l'attuazione del Piano sociale rende necessaria l'attivazione di un S.I. per supportare le scelte programmatiche e per valutarne successivamente le risultanze.

Una delle prerogative del S.I. sociale regionale deve essere quella di razionalizzare la raccolta di informazioni nel settore, attualmente pressoché inesistenti ovvero frammentarie e disomogenee, basate in alcuni casi su ricerche "ad hoc" operate da soggetti diversi - pubblici e privati - non utilizzabili per comparazioni fra ambiti territoriali, né per ricerche successive sulle stesse problematiche.

La rifondazione del S.I. per il settore sociale può cogliere lo spunto dalla necessità, quasi ovvia, di far nascere il S.I. come "pendant" del sistema operativo che si vuole costruire.

Il S.I. non deve limitarsi a descrivere e registrare, bensì deve **favorire i processi propri del sistema operativo**, potenziandone le azioni, supportandone gli attori e facilitandone le funzioni di **esercizio** – gestione e programmazione dei servizi e degli interventi - e quelle di **governo**, per l'analisi dei problemi e l'indirizzo delle attività.

Il S.I. nasce dalla “periferia” del sistema operativo, cioè come supporto dei servizi sociali dell’Ambito Territoriale: è a questo livello che il patrimonio informativo è enorme e quotidianamente alimentato da **sorgenti** precise, come l’ambiente, gli eventi, i bisogni, ed ha **fonti** certe e responsabili, come le persone della comunità e gli operatori dei servizi. E’ a questo livello che dovranno essere passibili di prelievo anche le informazioni necessarie ai livelli superiori del sistema – Provincia, Regione – che pertanto saranno selezionate e connotate in indici e indicatori **mirati** alla funzione specifica derivante dal **ruolo** dei summenzionati livelli.

Occorre individuare **un circuito delle informazioni a livello dell’Ambito Territoriale**, dove si raccolgono informazioni **analitiche** sulla presenza ed attività degli operatori, sui singoli servizi, sul numero e le caratteristiche degli utenti, sui costi sostenuti e sui finanziamenti acquisiti. Queste conoscenze appaiono indispensabili per una buona progettazione e realizzazione della rete essenziale dei servizi, e per una sua costante ‘manutenzione’; una buona parte di questi elementi non esce quindi dall’Ambito Territoriale.

Esiste poi **un circuito delle informazioni a livello Provinciale**, funzionale ai compiti che la Provincia è chiamata ad assolvere.

C’è infine **un circuito delle informazioni a livello Regionale** dove determinate conoscenze sono indispensabili per i compiti di programmazione, indirizzo e coordinamento cui è tenuta la Regione: qui andranno raccolti i dati **sintetici** riguardanti l’attività dei diversi soggetti operanti sul territorio, nonché dei servizi erogati.

Occorre in una prima fase individuare con chiarezza il tipo di informazioni che debbono transitare dal livello di Ambito Territoriale ai livelli superiori e quegli elementi conoscitivi che, invece, rimarranno a livello locale, salvo il caso in cui si rivelassero utili per indagini approfondite ad hoc che la Provincia o la Regione volessero o dovessero condurre.

E' inoltre di fondamentale importanza definire insieme ai soggetti interessati le modalità di rilevazione per ogni tipo di informazione in modo da assicurare una perfetta comparazione fra Comuni e Ambiti Territoriali, nonché fra servizi diversi, pur facendo salve le rispettive specificità.

Il S.I. a regime fornisce:

1. le **relazioni** come testimonianza della capacità e prassi di verifica e valutazione, come supporto all'esercizio del ruolo concertativo e della sussidiarietà verticale, nonché come basamento per gli indirizzi e le attività dello stesso Piano Territoriale;
2. le **finestre informative** orientate al monitoraggio di problemi che costituiscono il supporto conoscitivo di base per le funzioni di **osservatorio** indispensabili al sistema di welfare.

Gli Osservatori istituzionalmente operanti nella Regione – il Centro di documentazione e analisi sull'infanzia e adolescenza, il Centro di documentazione e informazione handicap – si coordineranno sistematicamente con il S.I., al fine di evitare dispersioni di energie e duplicazioni di processi; l'obiettivo è, al contrario, quello di aumentare le sinergie e, quindi, l'efficacia complessiva delle rilevazioni.

Possiamo così distinguere diversi elementi costitutivi di un SI:

- a) una base di dati stabile, articolata su dati strutturali ricorrenti, per la **lettura dei bisogni** del territorio;
- b) una base di dati stabile, articolata su dati strutturali ricorrenti, per la **verifica gestionale**;
- c) una ulteriore base di dati, articolata su sistemi di indicatori, per la **valutazione complessiva del sistema dei servizi**;
- d) una base di dati mobile, per la **valutazione dei progetti e degli obiettivi di rilevanza regionale**;
- e) una serie di informazioni di tipo campionario per la **verifica di elementi particolari**.

In sintesi, il processo di avvio delle statistiche sui servizi socio-assistenziali dovrebbe prevedere le seguenti fasi:

- **per quanto riguarda l'analisi dei bisogni sociali:**

1. costruzione di griglie di rilevazione dei dati e indicatori specifici;
2. avvio di rilevazioni e raccolta dati quantitativi e qualitativi;

- **per quanto riguarda il sistema dei servizi:**

1. predisposizione di un documento descrittivo del sistema degli interventi socio- assistenziali nella Regione (prestazioni esistenti, soggetti erogatori, reperibilità dei dati di base)
2. predisposizione di un documento progettuale sulle definizioni e le classificazioni statistiche da adottare;
3. ristrutturazione dell'indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali in collaborazione con il sistema statistico informativo Regionale;
4. avvio di nuove rilevazioni sugli interventi assistenziali delle amministrazioni locali;
5. avvio di indagini specifiche su alcuni servizi di particolare interesse (asili nido, assistenza domiciliare) e integrazione con le indagini esistenti (organizzazioni di volontariato, terzo settore);
6. rilevazione valutativa degli effetti delle politiche sociali;
7. individuazione di circuiti a feedback per la circolazione dei flussi informativi mirati dal livello centrale a quello periferico e viceversa.

11.2 Proposta di un Sistema Informativo Regionale dei Servizi Sociali nelle Marche (S.I.R.S.S.)

La Regione istituisce con propria legge il Sistema Informativo dei Servizi Sociali per assicurare una compiuta conoscenza dei bisogni sociali e della rete dei servizi; per poter disporre tempestivamente

di dati ed informazioni necessari alla programmazione ed alla valutazione delle politiche sociali; per la promozione e l'attivazione di progetti europei e per il coordinamento con le strutture sanitarie e le istituzioni scolastiche, nonché con le strutture regionali della formazione e del lavoro.

Il sistema informativo socio-assistenziale regionale (S.I.R.S.S.) provvede alla rilevazione dei dati mediante metodologie statistiche e modalità organizzative in conformità al sistema statistico regionale (SISTAR), istituito con L.R. 29 marzo 1999, n.6, nonché in armonia alle specifiche tecniche della rete unitaria delle Pubbliche Amministrazioni di cui all'art.15, comma 1, della legge 15 marzo 1997, n.59 tenuto conto di quanto disposto dall'art. 6 del decreto legislativo n.281 del 1997 in materia di scambio di dati ed informazioni tra le Amministrazioni Centrali e le Regioni, individuando gli strumenti e le risorse necessari ed appropriati per l'attivazione e la gestione del sistema.

Sulla base dei dati emersi dall'attività del Sistema Informativo la Regione predispone annualmente una relazione che analizzi lo stato di attuazione dei servizi sociali sul territorio, assicurando la più ampia diffusione delle indagini e delle rilevazioni effettuate.

12. Le risorse finanziarie e organizzative per le politiche sociali nella regione Marche

Il grado di sviluppo di un Paese si misura non solo mediante i tradizionali indicatori economici, ma parimenti anche in relazione alla consistenza ed alla qualità dei servizi, siano essi scolastici, formativi, sociali o per il lavoro.

La coesione sociale appare sempre più non solo un segno distintivo ed irrinunciabile di civiltà, ma anche uno straordinario fattore di competitività economica.

In questo quadro il presente Piano si inserisce, a pieno titolo, nelle strategie di promozione della qualità della vita e quindi dello sviluppo complessivo della Regione, avendo notevoli implicazioni sul versante della creazione di nuova occupazione.

Un forte investimento nella produzione di servizi diretti ad accrescere le opportunità di vita delle persone più deboli e delle loro famiglie, apre ulteriori spazi per iniziative nell'economia sociale, anche in riferimento agli obiettivi individuati dalla Unione Europea per il periodo 2001 - 2006.

Infatti nell'ambito della riforma dei Fondi strutturali per gli anni sopra indicati si prevede che l'area dei servizi alle persone ed alla comunità venga inserita come area trasversale, con l'individuazione di interventi che riguardano tra l'altro:

1. Il sostegno alle famiglie ad alto tasso di esclusione sociale.
2. La riduzione del tasso di esclusione sociale.
3. La definizione e la formazione di nuove figure professionali in ambito sociale, dei servizi per gli anziani, per i minori, ecc.
4. Il rafforzamento della capacità di spesa degli Enti Locali nel sociale e la qualificazione della Pubblica Amministrazione per la progettazione, la gestione e il monitoraggio dei Servizi.

12.1 L'attuale assetto finanziario regionale

L'attuale assetto regionale normativo e finanziario in materia di assistenza sociale è caratterizzato da interventi settoriali, disciplinati da una pluralità di norme che vengono finanziate attraverso appositi capitoli di Bilancio.

L'elevato numero di leggi di settore ed ancor più l'eccessivo numero dei capitoli di spesa cui afferiscono le risorse proprie del Bilancio regionale o per trasferimenti dallo Stato, impongono una rivisitazione generale dell'impianto normativo e quindi dell'assetto finanziario che conduca ad una razionalizzazione, sul piano dei contenuti ma anche della forma, del sistema amministrativo marchigiano nel campo del Sociale.

Con la L. 59/1997 ed il conseguente D.L.vo 112/1998 è stato affrontato il problema, nell'ottica del federalismo amministrativo, di ricondurre ad organicità e sistematicità compiti e funzioni di ogni settore amministrativo, ivi compreso quello dei Servizi Sociali, con l'attribuzione ai Comuni della titolarità delle funzioni amministrative. Tuttavia lo sviluppo innovativo delle politiche sociali si avrà soltanto con la emanazione della legge quadro dello Stato di riordino complessivo dell'assistenza sociale, con l'attribuzione alle Regioni della programmazione e della destinazione territoriale delle risorse, nonché delle correlate funzioni di verifica dei risultati.

La situazione ancora in atto genera un'azione non coordinata e, a volte, carente sotto l'aspetto progettuale, data la pluralità dei soggetti interessati pubblici e privati, ed impedisce inoltre un'attendibile quantificazione della spesa complessiva sostenuta e quindi una valutazione dell'efficacia e della efficienza degli interventi posti in essere.

Si rileva pertanto la necessità, in questa fase, almeno sul versante delle disposizioni finanziarie, di ricondurre l'elevato numero di capitoli di spesa a pochi **"Fondi Unici Regionali" differenziati in specifici interventi per tipologia di prestazioni anziché per tipologia di utenza.**

Per una migliore visualizzazione dell'attuale assetto delle risorse afferenti al "sistema regionale dei Servizi Sociali" si indica di seguito l'articolazione dei finanziamenti, così come attualmente ricompresi e diversificati nel Bilancio regionale:

1. Fondo unico regionale ai Comuni per il cofinanziamento dei servizi sociali, ai sensi della L.R. 43/88.
2. Fondi provenienti dalle vigenti leggi regionali di settore e per categoria: L.R. 8/94 Minori - L.R. 30/79 Asili Nido - L.R. 48/95 Volontariato - L.R. 50/95 Cooperative Sociali - L.R. 46/95 Politiche Giovanili - L.R. 2/98 Immigrati - L.R. 39/97 Emigrati - L.R. 29/91 Ass.ni Combattentistiche - L.R. 24/85 Ass.ni Tutela Categorie Fasce Deboli - L.R. 18/96 Portatori di Handicap - L.R. 30/97 Famiglie.
3. Fondo regionale per il cofinanziamento degli interventi strutturali (L.R. 49/97).
4. Fondo per le Attività della Regione in campo sociale, (art. 10 - L.R. 43/88).
5. Fondo Nazionale per l'Handicap (L.L. n. 104/94 - n. 162/98 - n. 284/97).
6. Fondo Nazionale per la lotta alla Tossicodipendenza (L. 5/99 - D.P.R. 309/90).
7. Fondo Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza (L.L. n. 285/97 - n. 451/97).
8. Fondo Nazionale per le Politiche Immigratorie (L. 40/98).

L'ammontare dei singoli Capitoli di spesa è determinato ogni anno con legge di Bilancio.

L'ammontare delle risorse a destinazione vincolata ricomprese all'interno di ogni Fondo regionale è individuato nel provvedimento collegato alla legge di approvazione del Bilancio regionale.

La Giunta regionale determina annualmente il programma delle attività da finanziare con il Fondo di cui al punto 4) e l'entità delle risorse da destinare a ciascuna di esse.

Il Fondo unico ai Comuni (L.R. 43/88) di cui al punto 1) è assegnato e ripartito tenuto conto della popolazione residente e della superficie del territorio di ciascun Comune, intesi quali indicatori sociali di base.

12.2 Istituzione del Fondo sociale regionale per gli interventi ed i servizi sociali (entrate)

Per le finalità contenute nel presente Piano è istituito il Fondo per il finanziamento degli interventi e dei servizi sociali nella Regione Marche.

Nel fondo confluiscono:

1. gli stanziamenti relativi alle norme di leggi regionali abrogate, da individuare;
2. le assegnazioni statali non derivanti da specifiche leggi di settore;
3. le risorse comunitarie dei Fondi strutturali, relative all'Obiettivo 2 ed anche all'Obiettivo 3 F.S.E.;
4. le ulteriori risorse attribuite in presenza di normative statali o regionali di settore;
5. risorse proprie di bilancio per il finanziamento del Fondo Annuo Incentivante per i servizi innovativi o di nuova istituzione, nella misura massima del 20% del Fondo unico sociale regionale consolidato (L.R. 43/88).

Al fondo confluiscono, altresì, somme derivanti da contributi, donazioni, erogazioni, risarcimenti, effettuati a titolo specifico da privati, enti, Fondazioni, organizzazioni ed Associazioni.

In questo contesto particolare rilievo rivestono le Fondazioni Bancarie che possono utilizzare i propri proventi al perseguimento delle proprie finalità sociali anche erogando finanziamenti al settore no - profit o favorendo la gestione dei servizi sociali: un ruolo certamente non secondario per sostenere lo sviluppo di una politica sociale più diffusa nella nostra Regione.

La Regione provvede a disciplinare modalità e criteri per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel fondo, ai sensi delle disposizioni di legge, sulla base dei seguenti principi:

1. razionalizzare ed armonizzare le procedure al fine di evitare sovrapposizioni e diseconomie nella distribuzione delle risorse;
2. prevedere risorse aggiuntive per favorire le forme di aggregazione e le forme di sperimentazione degli Enti Locali;

3. prevedere un fondo perequativo della spesa in ambito regionale per il perseguimento degli obiettivi del Piano Regionale; tale perequazione si basa su una valutazione delle caratteristiche delle popolazioni e dei territori, misurate da indicatori di disagio e di fragilità sociale;
4. prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dell'efficacia e dei risultati conseguiti.

Lo stanziamento del Fondo è determinato ogni anno con legge di Bilancio nel rispetto dell'equilibrio contabile.

12.3 Ipotesi di destinazione ed articolazione del Fondo (spese)

Il Fondo regionale è destinato ed articolato come di seguito indicato:

1. alle attività di competenza della Regione ed in particolare alle spese per esigenze straordinarie ed interventi di particolare rilievo a valenza regionale; per studi, ricerche e sperimentazioni;
2. al cofinanziamento delle spese relative agli interventi ed ai servizi sociali nonché per l'integrazione socio-sanitaria dei Comuni;
3. al cofinanziamento delle spese inerenti le funzioni esercitate dalle Province;
4. al cofinanziamento di servizi innovativi o di servizi di nuova istituzione realizzati dai Comuni singoli o in forma associata (Fondo Annuo Incentivante);
5. al cofinanziamento delle spese di investimento in conto capitale per le strutture socio - assistenziali;
6. all'attuazione di specifiche linee di intervento previste da leggi regionali di settore;
7. all'attuazione delle specifiche linee di intervento previste da leggi statali che trasferiscono risorse finanziarie al Bilancio regionale;
8. al riequilibrio territoriale;
9. alla sperimentazione di progetti integrati.

Si possono pertanto individuare almeno 5 fondi regionali:

1. fondo per le attività della Regione
2. fondo per i Comuni
3. fondo per le Province
4. fondo incentivante
5. fondo per la sperimentazione.

12.4 Strumenti organizzativi per l'attuazione del Piano

Il nuovo ruolo federalista della Regione e l'attuazione a livello regionale del principio di sussidiarietà hanno ispirato con il PRS 2000 la formulazione del Programma obiettivo "Welfare regionale".

E' pertanto ormai necessario costituire in Regione un "**Dipartimento del Welfare**", che comprenda i servizi competenti in materia di politiche sociali, dell'istruzione, della formazione e del lavoro.

L'attuazione stessa di questo Piano impegna inoltre le strutture regionali all'integrazione e ad un raccordo interistituzionale organico e continuativo con gli Enti Locali.

La Giunta regionale, entro un mese dall'approvazione del Piano stesso, istituisce un **Comitato Tecnico Permanente per l'attuazione del Piano**.

Il Comitato comprende le strutture regionali cui afferiscono le competenze in materia di:

- Servizi Sociali
- Pubblica Istruzione
- Programmazione
- Sanità
- Formazione Professionale e Problemi del Lavoro

Comprende inoltre:

- l'A.N.C.I., in rappresentanza dei Comuni e degli Ambiti Territoriali
- l'U.P.I., in rappresentanza delle Province
- il coordinatore del gruppo degli estensori del Piano
- altri soggetti cointeressati, rappresentanti della domanda e dell'offerta, a partire dalle forze sociali più rappresentative.

Il Comitato redigerà semestralmente una relazione sullo stato di attuazione del Piano per la Giunta regionale, da trasmettere al Consiglio.

