



Ambito **T**erritoriale **S**ociale n. **15**

Appignano-Corridonia-Macerata-Mogliano-Montecassiano-Petriolo-Pollenza-Treia-Urbisaglia

ENTE CAPOFILIA: COMUNE DI MACERATA

PIANO D'AMBITO SOCIALE

2010 - 2012



A cura di Brunetta Formica
Coordinatrice ATS 15

Con la collaborazione dell'Ufficio di Ambito e
dell'Ufficio di Piano

*Si ringrazia tutti coloro
che hanno collaborato alla
elaborazione di questo Piano*

*Un grazie particolare va
all' A.S. Federica Meschini e
alla Dott.ssa Carla Scarponi
per il loro prezioso contributo*

Prefazione

L'Ambito Territoriale Sociale n.15 presenta il terzo Piano Sociale che indica le linee programmatiche delle politiche sociali del welfare territoriale per il triennio 2010-2012.

Il Piano Sociale triennale rappresenta un'opportunità di grande valore perché permette ai nove Comuni di cooperare e lavorare insieme per leggere i bisogni del territorio in forma coordinata e programmare un sistema integrato di servizi e di interventi.

Negli anni è cresciuta tra i Comuni dell'Ambito sociale la capacità progettuale sul territorio e allo stesso tempo la possibilità di fare fronte comune alla diminuzione della spesa sociale grazie all'introduzione di nuovi servizi, alla razionalizzazione di quelli esistenti, al controllo della spesa coniugando risorse di natura sociale, sanitaria, pubbliche e del privato sociale.

Alla luce di questa esperienza decennale, in occasione di una riflessione politica sui futuri sviluppi degli Ambiti Territori è possibile chiedere con convinzione politiche regionali che rafforzino l'identità degli Ambiti e il loro ruolo nel processo di costruzione del welfare locale, anche attraverso il riconoscimento della personalità giuridica. Allo stesso tempo si sottolinea l'importanza della dimensione territoriale contenuta che permette un'attenta e puntuale lettura dei bisogni e risposte più efficaci rispetto a dimensioni territoriali troppo ampie e dispersive delle risorse e delle capacità di intervento.

L'ATS propone un modello di governance partecipativo produttivo e proficuo perché guarda alle politiche del welfare non più nell'occasionalità assistenzialistica ma dentro una progettualità aderente ai bisogni del territorio. E' un'esperienza importante che può fungere da modello per altri settori e che oggi, in tempi di durissimi tagli alla spesa sociale, rappresenta un'opportunità per garantire uno dei beni essenziali del nostro vivere civile: la coesione sociale.

IL PRESIDENTE
COMITATO DEI SINDACI
Romano Carancini

INDICE

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DI AMBITO	pag.	6
1.1 Obiettivi generali	pag.	8
1.2 Scelte strategiche	pag.	10
2. ANALISI E LETTURA DEI CAMBIAMENTI	pag.	12
2.1 Profilo socio-economico demografico	pag.	13
2.2 Dimensioni e caratteristiche della rete dei servizi	pag.	45
2.3 Minori fuori dalla famiglia di origine	pag.	47
2.4 Gli attori sociali del territorio	pag.	49
2.5 Entità e composizione della spesa sociale	pag.	52
3. LE AZIONI DI SISTEMA	pag.	58
3.1 Assetto istituzionale	pag.	59
3.1.1 <i>Il ruolo istituzionale dell'ATS</i>	pag.	59
3.1.2 <i>Gli strumenti di programmazione dell'ATS</i>	pag.	62
3.1.3 <i>La gestione associata dei servizi</i>	pag.	72
3.2 Assetto operativo	pag.	77
3.2.1 <i>Regolamenti e carte dei servizi</i>	pag.	77
3.2.2 <i>ISEE e criteri di compartecipazione</i>	pag.	80
3.2.3 <i>Autorizzazione e accreditamento</i>	pag.	81
3.3 Rete sociale e rete socio-sanitaria	pag.	87
3.3.1 <i>Programmazione integrata ATS e Distretto</i>	pag.	88
3.3.2 <i>Dall'UPS al PUA</i>	pag.	90
3.3.3 <i>Dalle UVD all'UVI</i>	pag.	94
3.3.4 <i>L'integrazione con la scuola e con il CIOF</i>	pag.	97
3.4 Il sistema informativo	pag.	97
4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE: AZIONI DI SETTORE	pag.	99
4.1 Politiche di sostegno alla famiglia e ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza	pag.	100
4.1.a <i>Introduzione</i>	pag.	101
4.1.b <i>Analisi dei bisogni e obiettivi di settore</i>	pag.	101
4.1.c <i>Piano di lavoro triennale</i>	pag.	104
4.1.d <i>Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio</i>	pag.	105
4.2 Politiche giovanili e prevenzione dipendenze patologiche	pag.	108
4.2.a <i>Introduzione</i>	pag.	109
4.2.b <i>Analisi dei bisogni e obiettivi di settore</i>	pag.	109
4.2.c <i>Piano di lavoro triennale</i>	pag.	113
4.2.d <i>Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio</i>	pag.	114
4.3 Politiche di sostegno al cittadino disabile	pag.	116
4.3.a <i>Introduzione</i>	pag.	117
4.3.b <i>Analisi dei bisogni e obiettivi di settore</i>	pag.	118
4.3.c <i>Piano di lavoro triennale</i>	pag.	119
4.3.d <i>Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio</i>	pag.	120
4.4 Politiche di tutela della salute mentale – I servizi di sollievo	pag.	122
4.4.a <i>Introduzione</i>	pag.	123
4.4.b <i>Analisi dei bisogni e obiettivi di settore</i>	pag.	125

4.4.c Piano di lavoro triennale	pag.	126
4.4.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio	pag.	126
4.5 Politiche di contrasto al disagio adulto (povertà estrema, adulti in difficoltà e provenienti dal carcere, violenza sulle donne, ecc.)	pag.	128
4.5.a Introduzione	pag.	129
4.5.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore	pag.	131
4.5.c Piano di lavoro triennale	pag.	131
4.5.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio	pag.	132
4.6 Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati	pag.	134
4.6.a Introduzione	pag.	135
4.6.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore	pag.	135
4.6.c Piano di lavoro triennale	pag.	136
4.6.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio	pag.	137
4.7 Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza	pag.	139
4.7.a Introduzione	pag.	140
4.7.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore	pag.	143
4.7.c Piano di lavoro triennale	pag.	144
4.7.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio	pag.	145
5. ASSETTO ECONOMICO	pag.	148
5.1 Spesa sociale netta pro-capite e incidenza sul totale della spesa comunale per tutti i Comuni dell'ATS 15	pag.	149
5.2 Fonti di entrata della spesa sociale lorda per tutti i Comuni dell'ATS	pag.	150
5.3 Totale ATS 15 – Spesa netta per area di utenza e per aree organizzative dei servizi	pag.	151
5.4 Totale ATS 15 – Componenti della spesa lorda per area di utenza	pag.	152
5.5 Totale ATS 15 – Titolarità della spesa lorda per aree organizzative dei servizi	pag.	153
6. PIANO ATTUATIVO – ANNO 2010	pag.	155
6.1 Obiettivi specifici complessivi	pag.	156
6.2 Scelte operative complessive	pag.	156
6.3 Azioni di sistema	pag.	157
6.4 Azioni di settore	pag.	159
6.4.1 Politiche di sostegno alla famiglia e ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza	pag.	160
6.4.2 Politiche giovanili e prevenzione dipendenze patologiche	pag.	163
6.4.3 Politiche di sostegno al cittadino disabile	pag.	166
6.4.4 Politiche di tutela della salute mentale – I servizi di sollievo	pag.	168
6.4.5 Politiche di contrasto del disagio adulto	pag.	169
6.4.6 Politiche di sostegno all'integrazione stranieri immigrati	pag.	171
6.4.7 Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza	pag.	172
6.5 Bilancio previsionale Ufficio di Ambito – anno 2010	pag.	175
7. IL MONITORAGGIO	pag.	177
7.1 Documentazione dei processi di partecipazione	pag.	178
7.2 Consuntivo annuale attività svolte e risultati conseguiti	pag.	178

1. PRESENTAZIONE DEL PIANO DI AMBITO

Il Piano di Ambito Sociale è uno strumento di programmazione locale introdotto dalla Legge 8 novembre 2000 n° 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. L’art. 19 individua nel Piano di Zona o Piano di ambito sociale, “lo strumento strategico dei Comuni associati per il governo locale dei servizi sociali”. Non più servizi e interventi sociali nati sull’onda della emergenza e della più o meno sensibilità politica di ogni singolo Comune, a volte anche improvvisati e s coordinati fra loro, ma servizi e interventi programmati in seguito ad approfondita analisi delle caratteristiche e dei bisogni del territorio, delle risorse in esso esistenti, delle priorità emerse e concertate fra i Comuni facenti parte dell’ATS, le altre istituzioni pubbliche coinvolte e i soggetti del privato sociale interessati.

Nelle Linee guida regionali per la predisposizione dei Piani triennali di Ambito Sociale 2010-2012, quest’ultimi sono definiti come “lo strumento della programmazione ad ampio respiro che delinea indicazioni e strategie di miglioramento della qualità della vita dei cittadini in un certo arco temporale”.

Essi trovano attuazione nei Piani attuativi annuali che sono la traduzione operativa del Piano triennale.

Questo Piano di Ambito Sociale è il terzo elaborato nel nostro territorio. Il primo del 2003 è stato un piano sperimentale che ha dato avvio ad una nuova modalità di programmazione, quella partecipata e ha avuto come obiettivo principale quello conoscitivo con la costruzione del profilo di comunità, l’analisi dei servizi e interventi socio-assistenziali e socio-sanitari pubblici e privati esistenti nell’Ambito.

Il secondo Piano, quello relativo agli anni 2005-2007, ha proseguito nella logica di partecipazione già sperimentata nel 2003 e si è caratterizzato per una maggiore attenzione ai contenuti programmatici.

Questo Piano triennale, relativo agli anni 2010-2012, costituisce la prosecuzione, in una logica incrementale, della metodologia e dei contenuti già sperimentati con i precedenti.

L’Ambito Territoriale Sociale, attraverso la programmazione partecipata e integrata che ha posto in essere, ha creato nuove relazioni fra i principali soggetti istituzionali: Comuni, ASUR, Distretti scolastici, Provincia, Prefettura, Questura, ecc. e fra questi e il mondo del non profit.

Si è contemporaneamente sviluppata una maggiore cultura del sociale che consente ora a quest’ultimo di imporsi, uscendo dalla consueta marginalità che per tanti anni lo ha caratterizzato.

Si assiste ad una progressiva specializzazione dei Comuni sui temi della politica sociale che però trova ora concreto ostacolo nella riduzione dei Fondi nazionali destinati allo scopo e nella crisi dei bilanci locali.

Questo Piano vuol caratterizzarsi per una programmazione concreta che tiene conto dei bisogni emergenti del territorio, ma anche delle risorse disponibili. Esso è elaborato secondo un indice predisposto dalla Regione Marche e tenendo conto degli obiettivi e delle priorità emerse dalla concertazione con tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti del territorio.

1.1 OBIETTIVI GENERALI

La **finalità principale** che si intende perseguire è quella del **mantenimento, della promozione e dello sviluppo della coesione sociale**.

Il territorio dell'ATS n° 15, costituito dai Comuni di Appignano, Corridonia, Macerata (Comune capofila), Mogliano, Montecassiano, Petriolo, Pollenza, Treia, Urbisaglia, è caratterizzato da una sufficiente coesione sociale tipica dei Comuni medio-piccoli. Pur tuttavia alcuni fenomeni sociali, quali la crisi economica e occupazionale in atto a livello internazionale e nazionale che si ripercuote anche nel nostro territorio, la trasformazione della famiglia, le caratteristiche di una società "acentrica" (senza un centro definito) o "policentrica" (con infiniti centri) che fa fatica a ricondurre ad unità gli elementi del sistema mancando un criterio, un fondamento culturale, nonché etico-valoriale stabile, fanno sì che la coesione sociale, pur presente, manifesti numerosi segni di cedimento.

I servizi sociali vogliono porsi come sistema che, attraverso azioni a favore della famiglia e del singolo, costruite nell'ottica della sussidiarietà orizzontale e della partecipazione, contribuisca al mantenimento e allo sviluppo di comunità solidali.

Nell'ottica della finalità anzidetta, gli obiettivi generali sono quelli:

- **dell'inclusione sociale,**
- **dell'integrazione socio-sanitaria**
- **della prevenzione del disagio**
- **della promozione della partecipazione attiva del singolo cittadino e delle sue diverse forme di aggregazione.**

Nell'ambito dei principali settori di intervento, gli obiettivi generali sono:

1) *Politiche di sostegno alla famiglia e ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza:*


- sostegno e aiuto alle famiglie con particolare attenzione a quelle in difficoltà nella cura ed educazione dei propri figli
- promozione della cultura dell'affido, della solidarietà e del mutuo-aiuto
- promozione della genitorialità responsabile
- prevenzione del disagio dell'infanzia.

- 2) *Politiche giovanili e prevenzione delle dipendenze patologiche:*
- promozione dell'agio
 - promozione della partecipazione e del protagonismo giovanile
 - prevenzione del disagio giovanile.
- 3) *Politiche di sostegno al cittadino disabile:*
- promozione dei diritti del disabile
 - prevenzione dello stigma della diversità
 - potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria e socio-lavorativa
 - sostegno del disabile e della sua famiglia
- 4) *Politiche di tutela della salute mentale*
- sostegno della famiglia con malati psichiatrici
 - reinserimento sociale del malato psichiatrico
 - prevenzione delle situazioni di disagio psichico.
- 5) *Politiche di contrasto del disagio adulto (povertà estrema, adulti in difficoltà e provenienti dal carcere, violenza sulle donne, ecc.)*
- promozione e sviluppo di politiche e strategie di intervento a favore delle persone in situazione di povertà estrema
 - passaggio da politiche basate sui trasferimenti economici a politiche imperniate sulla "presa in carico".
- 6) *Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati:*
- promozione dell'integrazione sociale e lavorativa dell'immigrato
 - promozione dell'integrazione scolastica dell'alunno immigrato
 - sostegno in caso di povertà estrema
 - prevenzione dei fenomeni di xenofobia e di razzismo.
- 7) *Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza:*
- mantenimento dell'anziano il più possibile nel proprio contesto di vita
 - sostegno alla famiglia che si occupa di anziani non autosufficienti con particolare attenzione ai malati di Alzheimer o di altre forme di demenza
 - aumento dell'appropriatezza degli interventi attraverso una maggiore integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo di servizi specifici per malati di Alzheimer.

1.2 SCELTE STRATEGICHE

Le scelte strategiche riguardano le modalità attraverso cui realizzare gli obiettivi generali e specifici, tenendo conto delle indicazioni regionali di consolidamento e innovazione del sistema integrato dei servizi sociali contenute nel Piano sociale regionale 2008-2010 e delle possibilità e dei vincoli esistenti nel territorio.

Le strategie individuate come prioritarie dalla concertazione fra il Comitato dei Sindaci e i soggetti pubblici e privati coinvolti sono le seguenti:

- a) **rafforzare il ruolo giuridico dell'Ambito attraverso lo strumento della convenzione** tra i Comuni dell'ATS 15 e la **costituzione dell'Ufficio comune** per l'esercizio associato dei servizi sociali indicati nell'allegato 1 della convenzione (ed eventuali modifiche e integrazioni) ([convenzione](#) 
- b) **potenziare gli Uffici di Promozione Sociale e il Servizio Sociale professionale** al fine di rafforzare i servizi informativi, la "presa in carico" del cittadino utente con la predisposizione, il monitoraggio e la verifica dei piani assistenziali individualizzati (PAI), onde evitare interventi a pioggia o prettamente assistenzialistici;
- c) **potenziare l'integrazione socio-sanitaria** attraverso lo sviluppo e il consolidamento dell'**Unità Valutativa Integrata Ambito-Distretto** per la valutazione multidimensionale delle situazioni multiproblematiche, al fine di dare risposte integrate a problemi complessi;
- d) **potenziare la rete dei servizi** attraverso l'**integrazione pubblico-privato** con la costituzione di **tavoli di lavoro permanenti** a "regia pubblica" per la **gestione** degli interventi e dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari;
- e) **sostenere le associazioni di volontariato** attraverso "contributi di sostegno" e/o "contributi di collaborazione" su **progettualità condivisa**;
- f) **proseguire il processo già avviato di costruzione di un sistema di servizi equo ed omogeneo** in tutto il territorio dell'Ambito attraverso la **rivisitazione dei regolamenti** dei servizi e degli interventi in chiave **sovra comunale**, la costruzione delle **carte dei servizi**, le **autorizzazioni** delle strutture socio assistenziali residenziali e semiresidenziali ai sensi della L.R. 20/02 e dei servizi per l'infanzia ai sensi della L.R.9/03;
- g) **sviluppare un sistema informativo di Ambito**, quale strumento fondamentale per la costruzione e gestione di un sistema integrato di servizi e interventi sociali e socio-sanitari pubblici e privati e per l'accesso ad esso (Punti unici di accesso) in base agli accordi già siglati con la Regione Marche;
- h) **porre attenzione alla centralità della famiglia**, quale soggetto fondamentale della società civile, agenzia primaria di educazione, cura e promozione del benessere dei

propri componenti, predisponendo adeguati interventi di sostegno che tengano conto non solo dei singoli soggetti, ma dell'intero nucleo;

i) mantenere e consolidare i servizi sociali in atto a favore delle diverse categorie di cittadini, con **particolare attenzione per:**

- **anziani non autosufficienti**
- **minori in situazione di disagio**
- **situazioni di povertà estrema**
- **disabilità.**

È questo un grande impegno che le Amministrazioni Comunali si assumono, tenendo conto della costante e consistente riduzione del Fondo Unico per le Politiche Sociali.

2. ANALISI E LETTURA DEI CAMBIAMENTI

2.1. PROFILO SOCIO-ECONOMICO DEMOGRAFICO

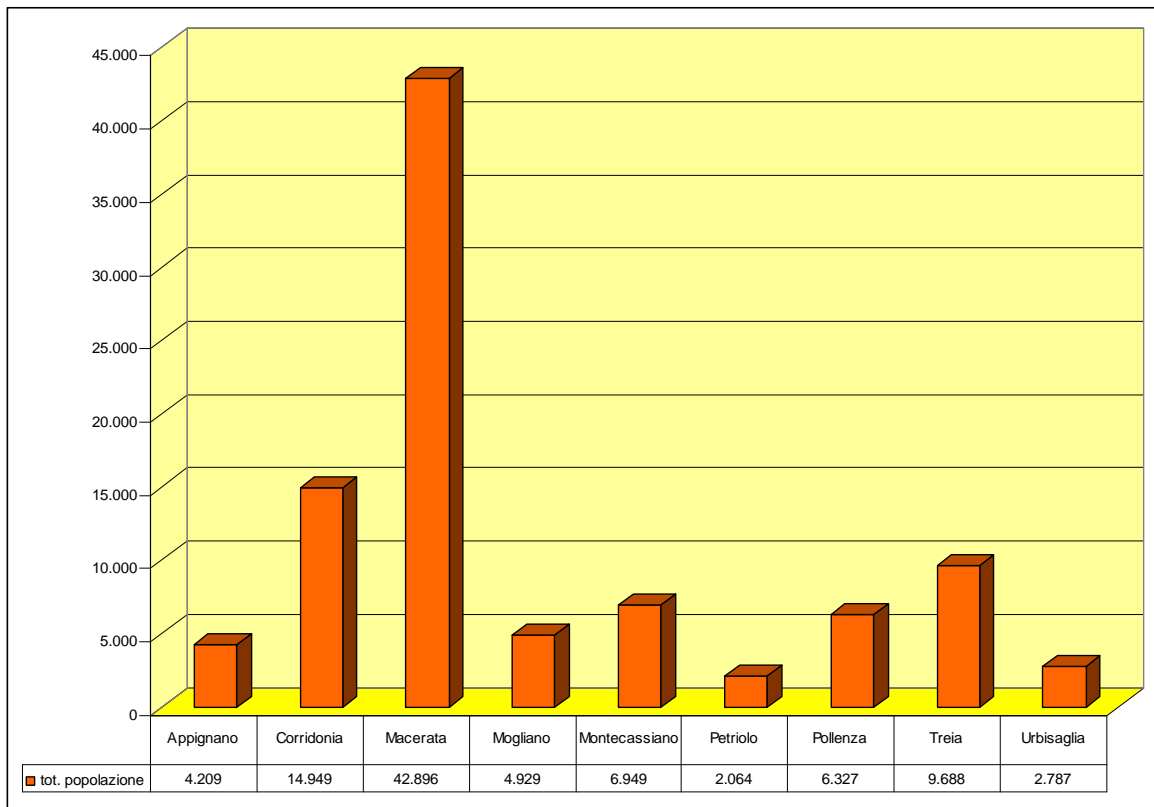
Dati demografici

L'Ambito Territoriale Sociale n. 15 riunisce nove Comuni del territorio della Provincia di Macerata: Appignano, Corridonia, Macerata (Comune capofila), Mogliano, Montecassiano, Petriolo, Pollenza, Treia ed Urbisaglia.

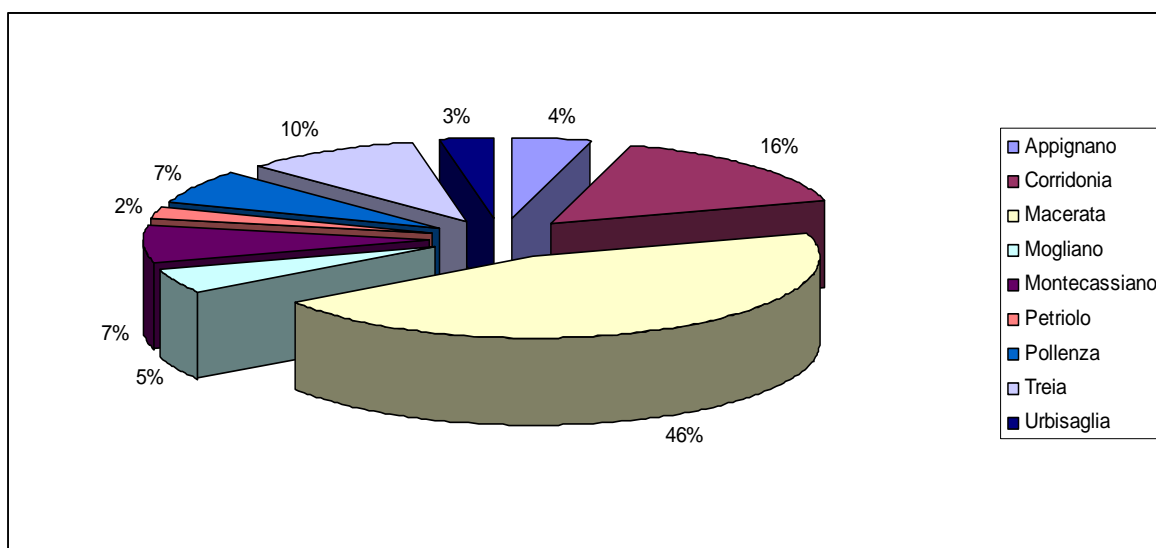
I dati successivamente riportati sono stati forniti dall'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e dal Sistema Informativo Statistico della Regione Marche.

La popolazione totale residente nel territorio dell'Ambito, all'1.01.2008, è pari a 94.798 abitanti, di cui il 46% sono residenti nel Capoluogo. Dei nove Comuni, ben 4 hanno una popolazione inferiore a 5.000 abitanti e nessuno, tranne Macerata, supera i 15.000 abitanti.

Graf. n°1: Totale popolazione residente all'1/1/20 08

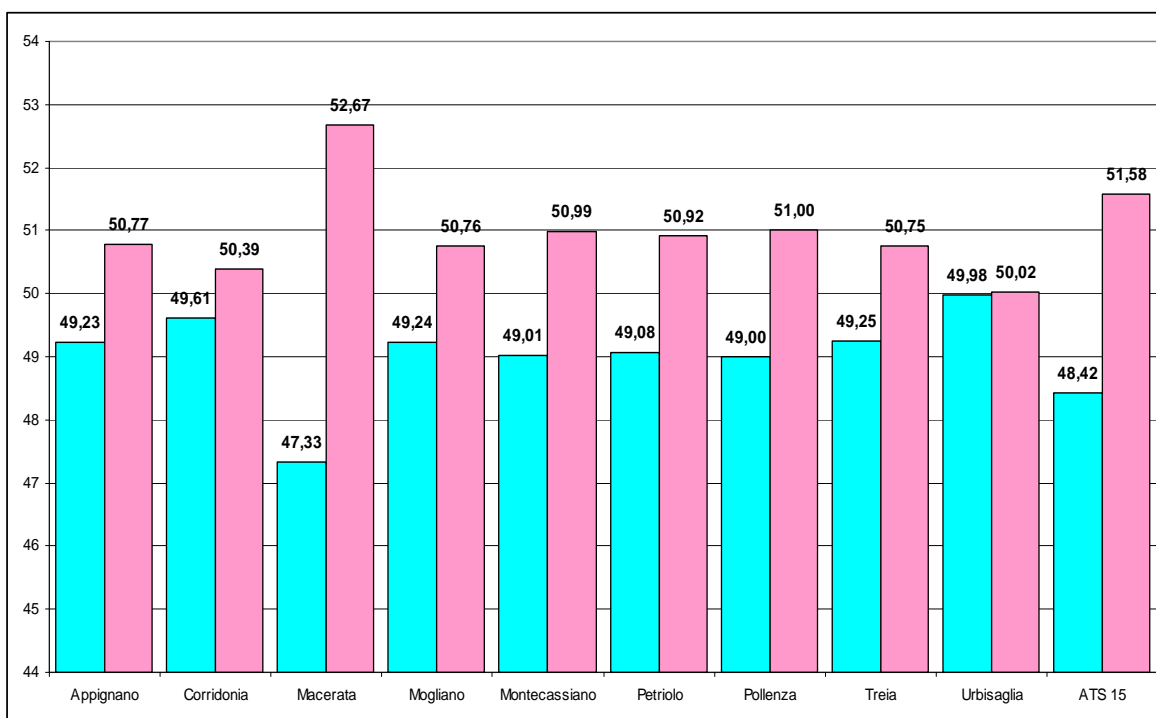


Graf. n°2: Distribuzione popolazione ATS

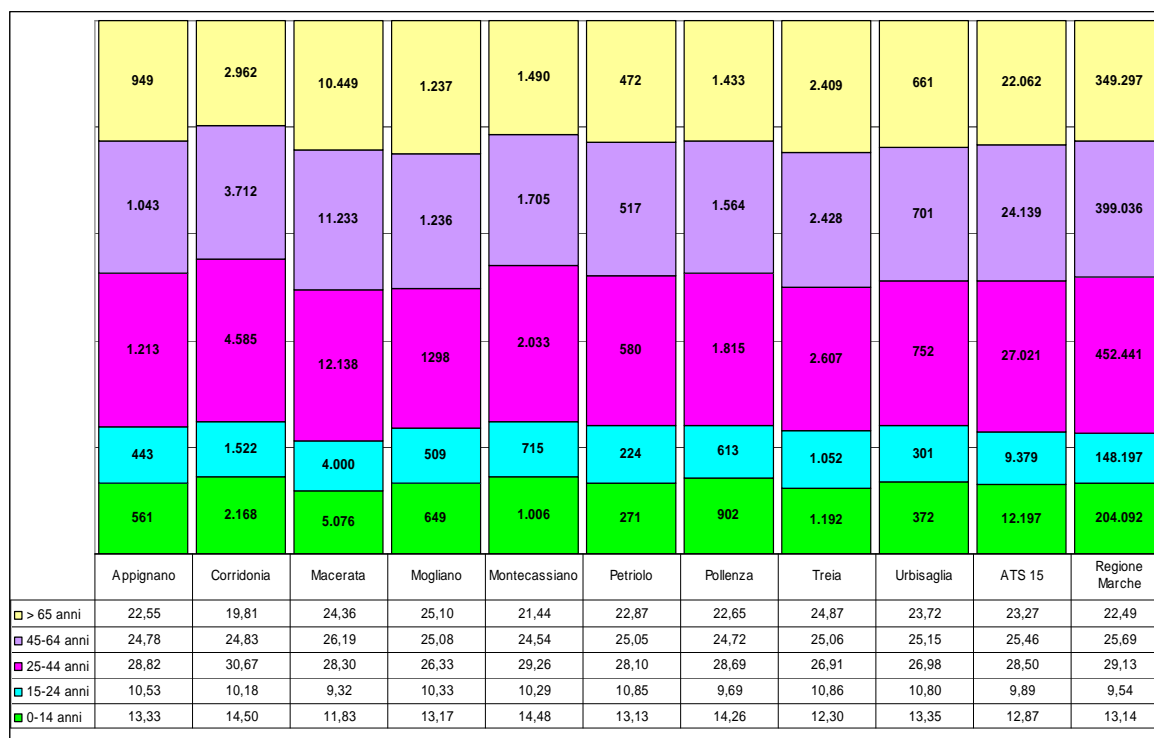


Per quanto riguarda la struttura della popolazione, le donne sono 48.896, pari al 51,58% , mentre gli uomini sono 45.902, pari al 48,42% della popolazione.

Graf. n°3: Percentuale popolazione maschile e femmine inile – 01.01.08



Graf. n°4: Totale popolazione residente all'1.1.2008 per Comune suddivisa per fasce di età



Nel graf. n° 4 ciascuna colonna rappresenta il totale della popolazione (del Comune a cui si riferisce). I diversi colori, invece, corrispondono alle differenti classi di età. I valori contenuti nelle colonne indicano il numero di abitanti corrispondenti alla fascia di età rappresentata dal colore. Nella tabella inclusa nel grafico, invece, vengono riportate le relative percentuali per ciascuna classe di età.

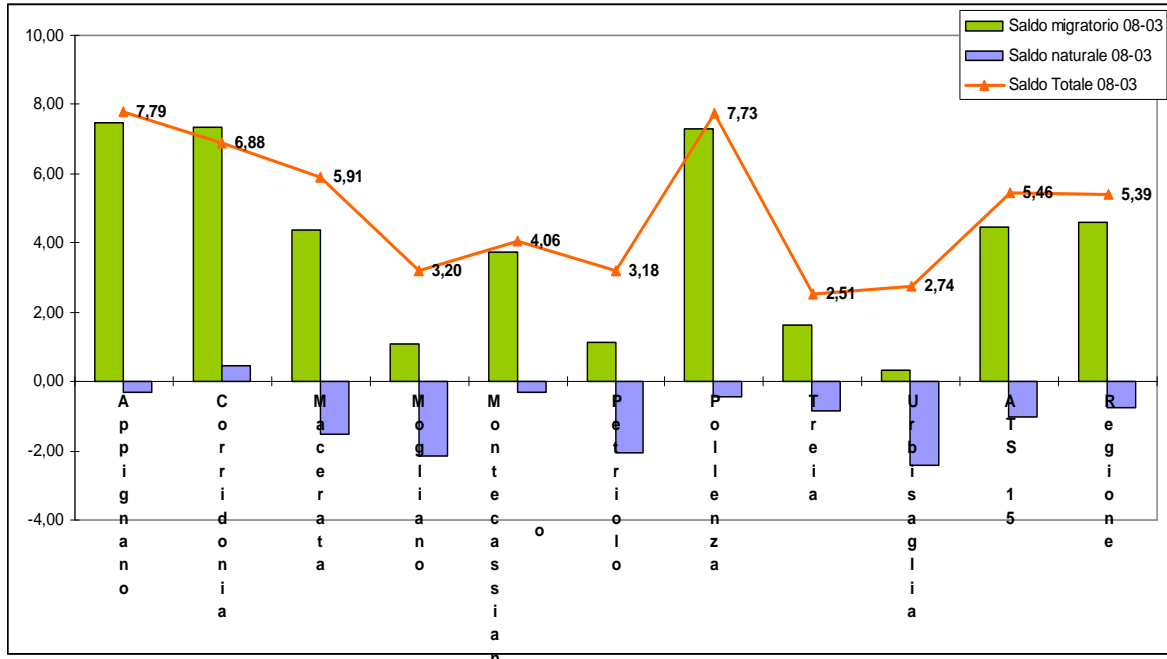
Si può notare, pertanto, che la maggior parte della popolazione si concentra nelle fasce di età comprese tra i 25 e i 64 anni. Quasi un quarto della popolazione è anziana (cioè nella fascia di età da 65 anni in su), meno di un decimo della popolazione ha tra i 15 e i 24 anni. Al contrario, leggermente superiore risulta essere la popolazione al di sotto dei 14 anni (12,87%).

Nel dettaglio dei Comuni, Macerata, con l'11,83% (corrispondente a n° 5.076 bambini), ha la popolazione infantile più bassa di tutto l'ATS, mentre Corridonia ha la percentuale più alta (14,50%), superiore anche alla percentuale regionale del 13,14%, seguita da Montecassiano (14,48%) e Pollenza (14,26%). In merito alla fascia di età compresa tra i 15 e 24 anni quasi tutti i Comuni, con esclusione di Macerata e Pollenza, hanno una percentuale superiore al 10%, attestandosi ben al di sopra della media di Ambito (9,89%) e della Regione (9,54%).

Tra il 2003 ed il 2008 la popolazione dell'intero ATS è aumentata di circa 4.000 abitanti, grazie al saldo migratorio (che descrive la differenza tra il numero di residenti immigrati e il numero di residenti emigrati): dal graf. n° 5, infatti, risulta evidente

l'andamento negativo del saldo naturale (cioè nel quinquennio di riferimento, il numero dei decessi ha superato il numero delle nascite).

Graf. n°5: Totale popolazione per Comune - Bilanci o demografico 2008-2003



Il tasso di natalità¹, nel nostro Ambito, è pari al 9,19, come quello regionale, tassi comunque leggermente inferiori al dato nazionale di 9,5.

Superiore, invece, è il tasso di mortalità, che nel nostro ATS è di 10,61, superiore a quello regionale (10,4) e a quello nazionale (9,6).

Anche questi dati, visibili nei successivi grafici n° 6 e 7, ci confermano il trend di invecchiamento della popolazione.

¹ Natalità (tasso di): rapporto tra il numero dei nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

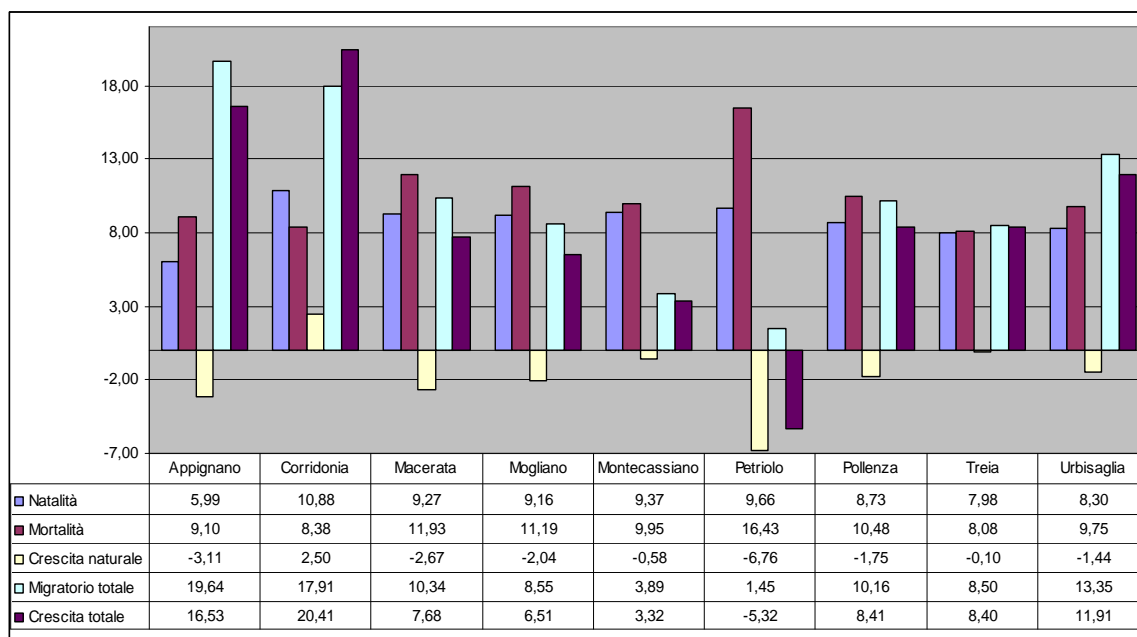
Mortalità (tasso di): rapporto tra il numero dei decessi nell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

Crescita naturale (tasso di): differenza tra il tasso di natalità e il tasso di mortalità.

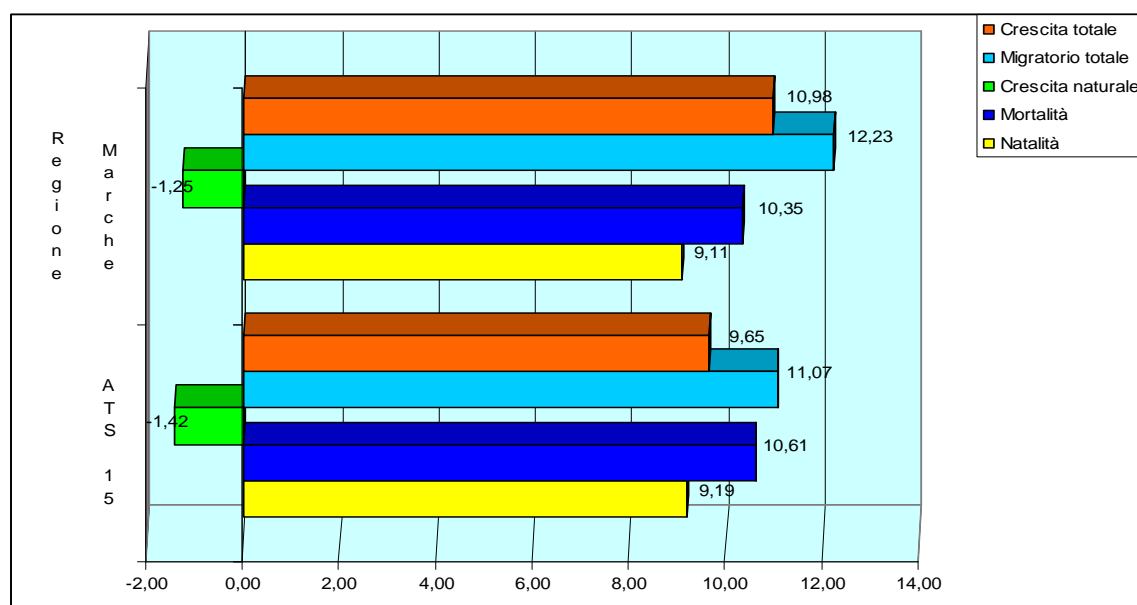
Migratorio totale (tasso): rapporto tra il saldo migratorio dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000.

Crescita totale (tasso di): somma del tasso di crescita naturale e del tasso migratorio totale.

Graf. n°6: Tasso di crescita totale 2007 per Comune



Graf. n°7: Tassi di crescita annuali 2007



La speranza di vita alla nascita (altrimenti detta “vita media”) è di 79,6 anni per gli uomini (le Marche sono per gli uomini la Regione italiana in cui si vive di più) e di 84,9 anni per le donne (le Marche sono al terzo posto in Italia). Rispetto al 2001 la vita media è cresciuta di 1,2 anni in più per gli uomini e di 1 anno per le donne. Questo dato è indicativo di una buona qualità di vita nella nostra Regione.

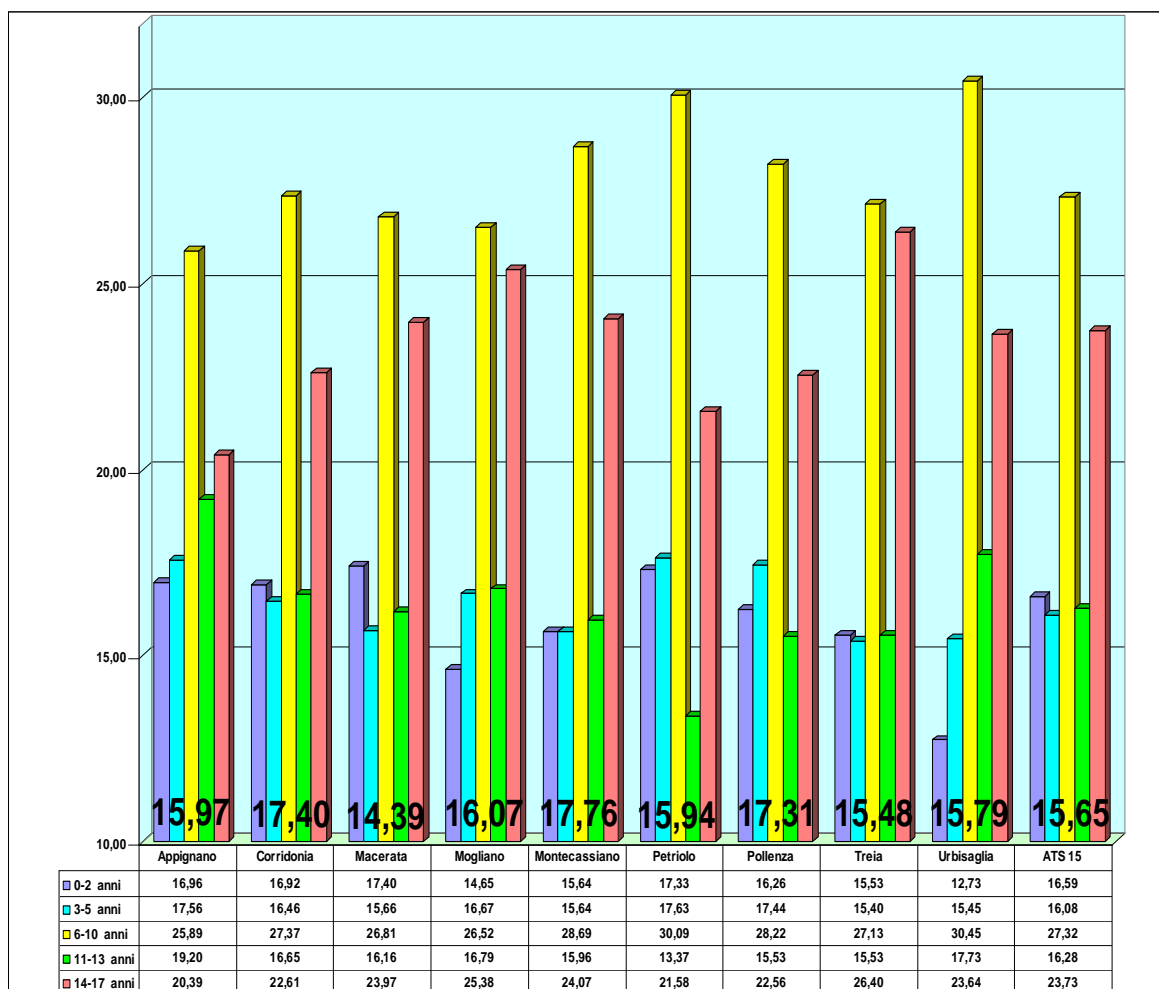
Popolazione minorenni

La popolazione dei minorenni (0-17 anni) nel nostro Ambito rappresenta il 15,65% del totale della popolazione residente, come si può vedere nel graf. n°8 sotto riportato.

La maggior parte della popolazione minorenni è rappresentata dai bambini nella fascia di età 6-10 anni (27,32% sono i bambini in età della scuola primaria), seguiti dai ragazzi tra i 14 e i 17 anni (23,73%). Le restanti classi di età (0-2 anni, 3-5 anni e 11-13 anni) si attestano tutte su una percentuale del 16%.

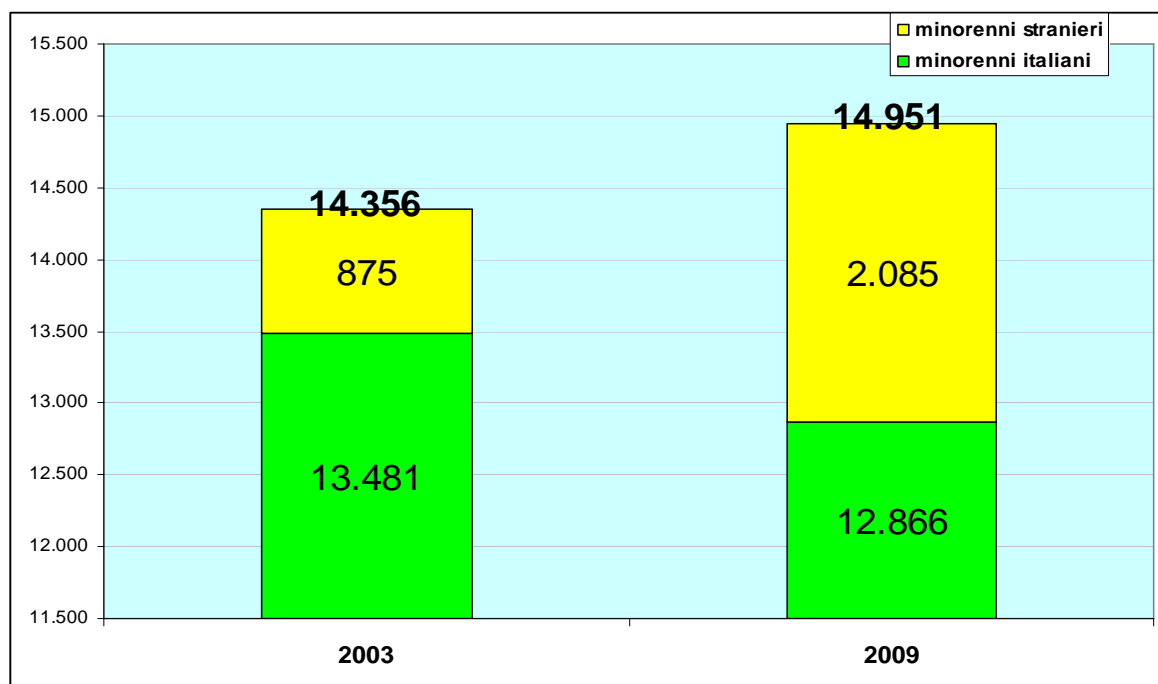
Nei Comuni dell'ATS la percentuale di minorenni varia da un minimo del 14,39% del Comune di Macerata ad un massimo del 17,76% del Comune di Montecassiano.

Graf. n°8: Popolazione 0-17 anni all'01/01/2008: percentuale delle fasce di età sul totale popolazione minorenni



La presenza di giovani nel nostro territorio è aumentata negli ultimi anni soprattutto per la presenza di famiglie immigrate con figli minori.

Graf. n°9: Numero minorenni immigrati e stranieri: confronto 2003-2009

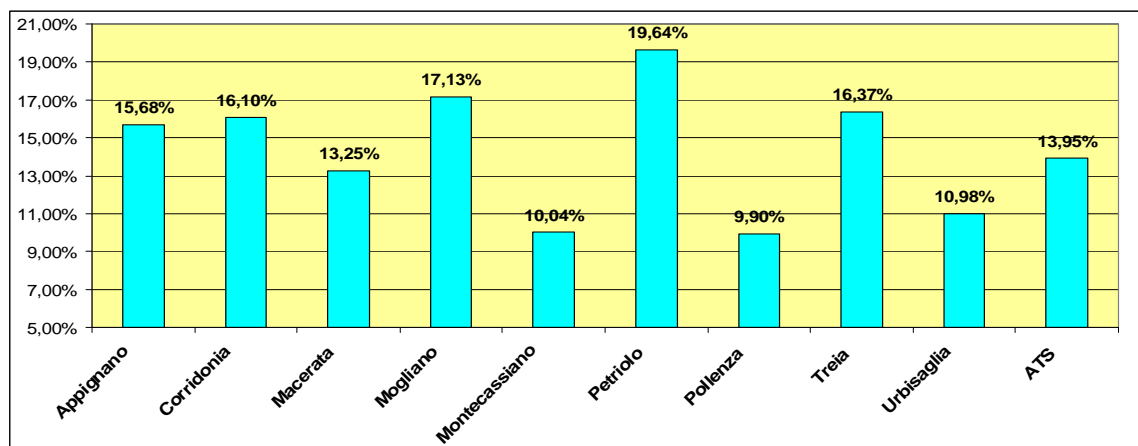


Forte è l'incidenza dei minori immigrati; all'1 gennaio 2009 (rilevazione ISTAT) essi sono 2.085 e rappresentano il 13,94% del totale dei minorenni residenti nel nostro territorio. Dal graf. n°9 emerge nettamente che la crescita del numero dei minori è dovuta esclusivamente all'aumento del numero di minorenni stranieri: infatti dal 2003 al 2009 il totale della popolazione minorenni è aumentato, passando da 14.356 unità del 2003 a 14.951 unità del 2009; è diminuito, però, il numero dei minori italiani (da 13.481 del 2003 a 12.866 del 2009), mentre è più che raddoppiato il numero dei minorenni stranieri (passando da 875 del 2003 a 2.085 del 2009).

Il trend in costante aumento è dettato sicuramente dal numero maggiore di ricongiungimenti familiari avvenuti negli anni.

Questo sta a rappresentare che il fenomeno dell'immigrazione ha raggiunto la sua fase di maturazione in cui il progetto migratorio diventa quello di risiedere stabilmente nel Paese di arrivo.

Graf. n°10: Percentuale minori immigrati sul totale della popolazione minorile (Fonte ISTAT – 01.01.09)



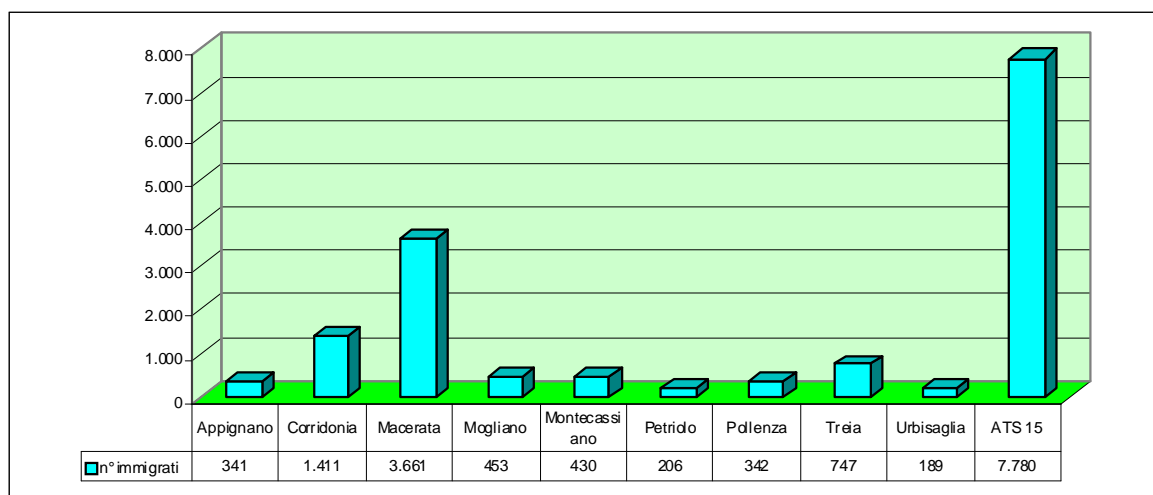
Il Comune di Petriolo, con il 19,64%, è il Comune in cui la presenza di bambini stranieri incide maggiormente sulla popolazione minorile, presentando una percentuale di molto superiore alla media di Ambito (13,94%). Gli unici Comuni che hanno una percentuale inferiore alla media dell'Ambito sono Macerata (13,25%), Urbisaglia (10,98%), Montecassiano (10,04%) e Pollenza (9,90%).

Popolazione immigrata

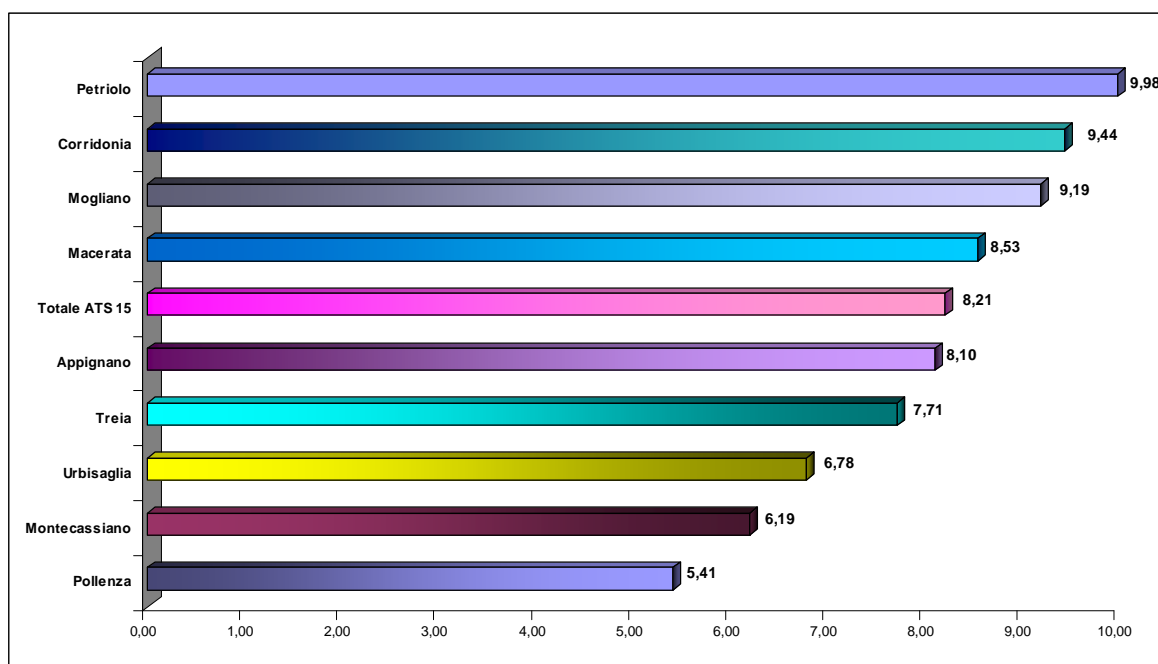
All'01/01/2008 gli immigrati residenti nei Comuni dell'ATS 15 sono in totale n° 7.780, corrispondente all'8,21% del totale della popolazione.

Il Comune con la percentuale più elevata di immigrati, risulta essere Petriolo (con il 9,98%, corrispondente a n° 206 immigrati), seguito da Corridonia (9,44%, cioè n° 1.411 immigrati) e Mogliano (9,19%, n° 453 immigrati). Al contrario, i Comuni con la popolazione meno numerosa di immigrati sono Pollenza, con il 5,41% di stranieri (a cui corrispondono n° 342 persone) e Montecassiano (6,19%, cioè n° 430 persone). I restanti Comuni hanno una percentuale che varia dal 6,78% di Urbisaglia (per un totale di n° 189 stranieri) all'8,53% di Macerata (corrispondente a n° 3.661 stranieri).

Graf.n°11: numero immigrati residenti per Comune – 01.0 1.2008

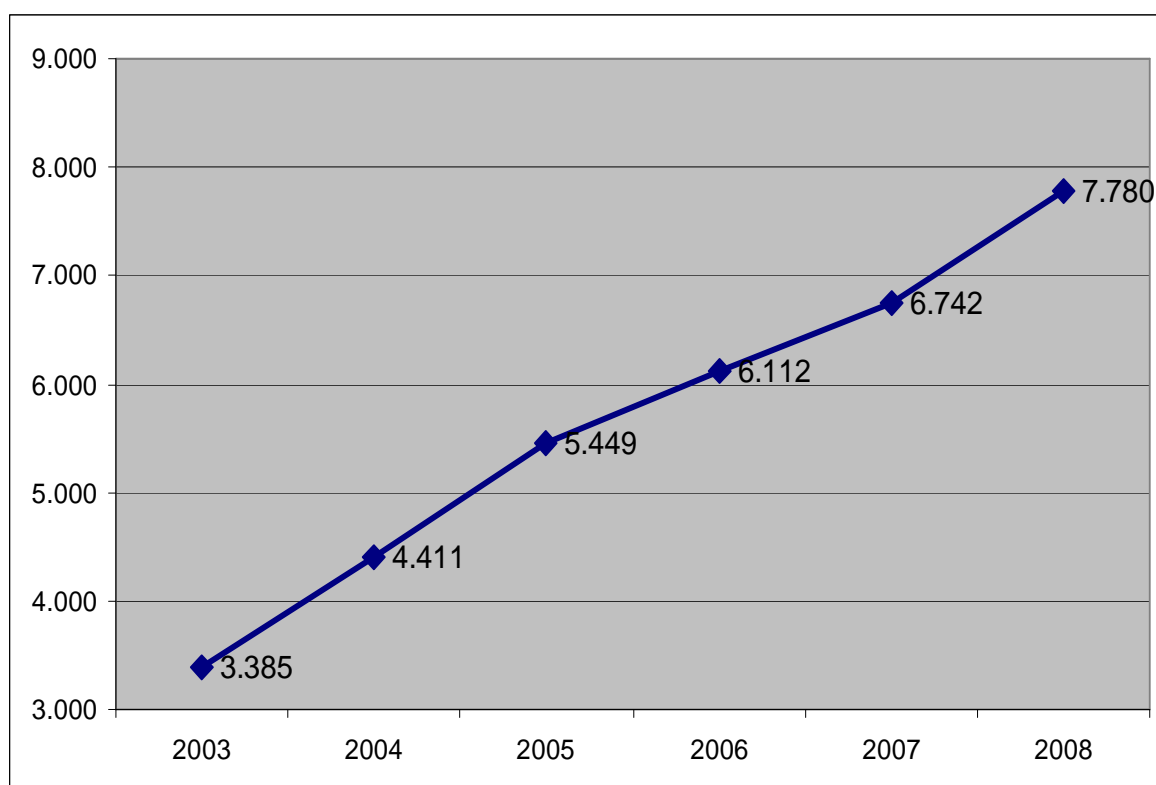


Graf. n°12: percentuale stranieri residenti su totale residenti per Comune - 1/1/2008

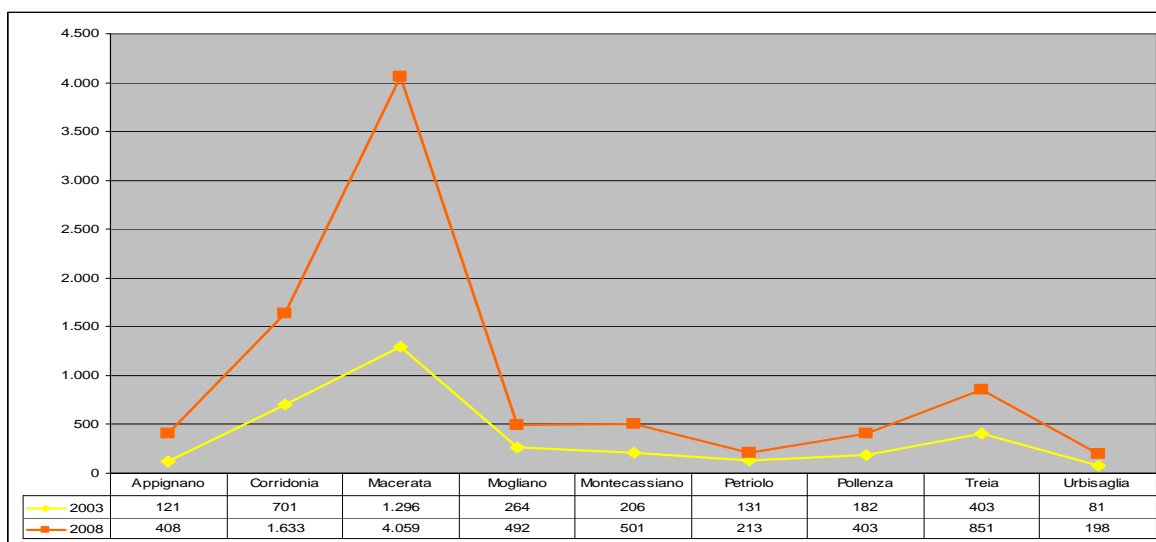


I dati sull'immigrazione, all'01/01/2008, riportano una situazione di continua espansione: infatti si è passati da 3.385 unità nel 2003 a 7.780 unità nel 2008, nonostante la forte crisi economica e una normativa, in tema di immigrazione, più restrittiva.

Graf. n° 13: Trend 2003-2008 del n°immigrati ATS15 (Dati ISTAT)



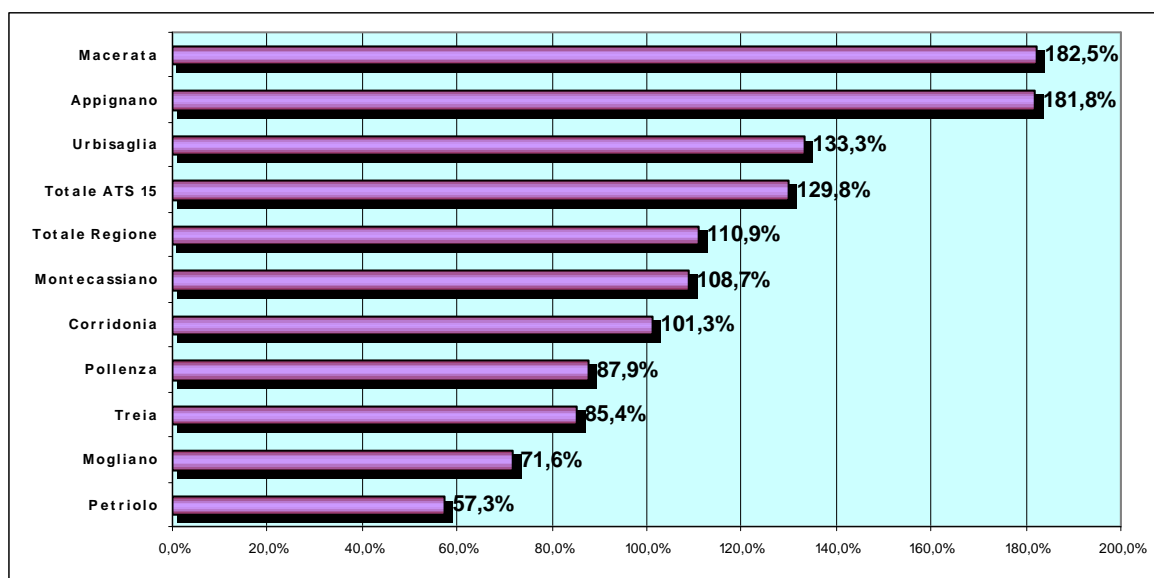
Graf. n° 14: Trend 2003-2008 del n°immigrati per C omune (Dati ISTAT)



Il graf. n° 14 descrive, in valori assoluti, la variazione degli immigrati residenti nei Comuni dell'ATS 15: Macerata risulta avere la variazione più consistente, seguita da Corridonia e Treia. Petriolo, invece, ha avuto la variazione inferiore.

Anche il successivo graf. n°15 dimostra l'aumento della popolazione immigrata nel nostro territorio: aumento superiore a quello avvenuto nella media regionale, nel periodo compreso tra il 2003 e il 2008.

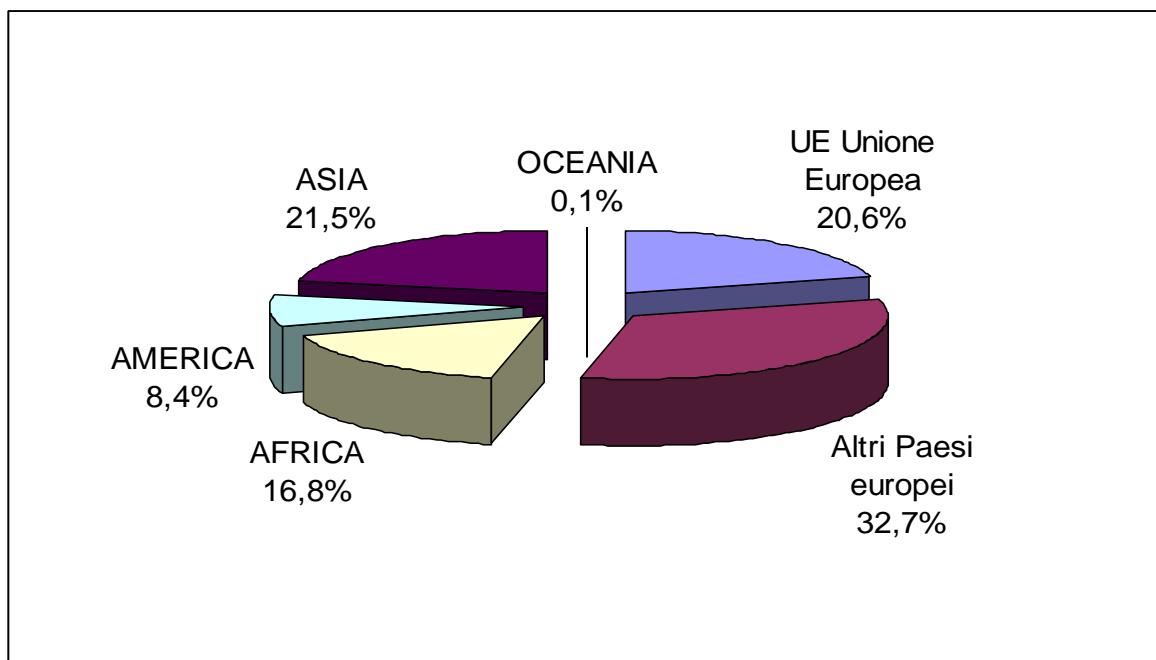
Graf. n°15: Stranieri residenti per Comune - Delta % anni 1/1/2008 - 1/1/2003



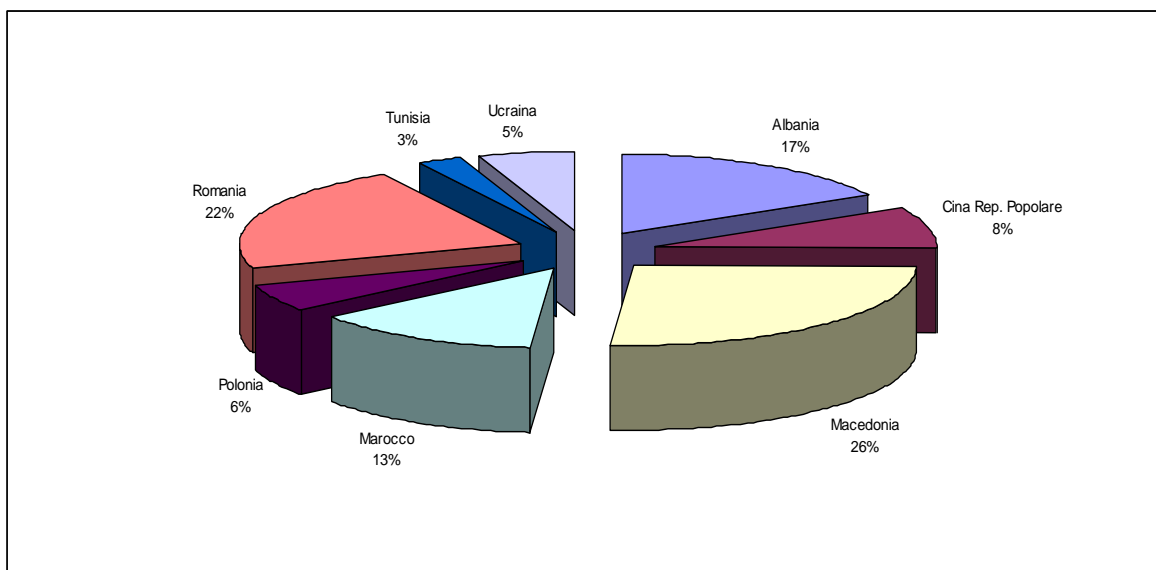
Il graf. di cui sopra descrive la variazione percentuale tra il 2003 e il 2008 del numero degli immigrati residenti nel nostro territorio. Nel quinquennio di riferimento, in ogni Comune dell'ATS 15 la percentuale di immigrati residenti è notevolmente aumentata, da un minimo del 57,3% di Petriolo, fino ad un massimo del 182,5% di Macerata. Quest'ultima, con Appignano e Urbisaglia, ha avuto un aumento superiore alla media di Ambito (129,8%) e della Regione (110,9%).

Rispetto ai paesi di provenienza si riscontra un maggior numero di immigrati dall'area europea dei Balcani (Macedonia ed Albania per un totale di 1.893 abitanti) e della Romania (per un totale di 965), con un incremento da 296 unità nel 2003 a 1.172 unità a fine 2008 .

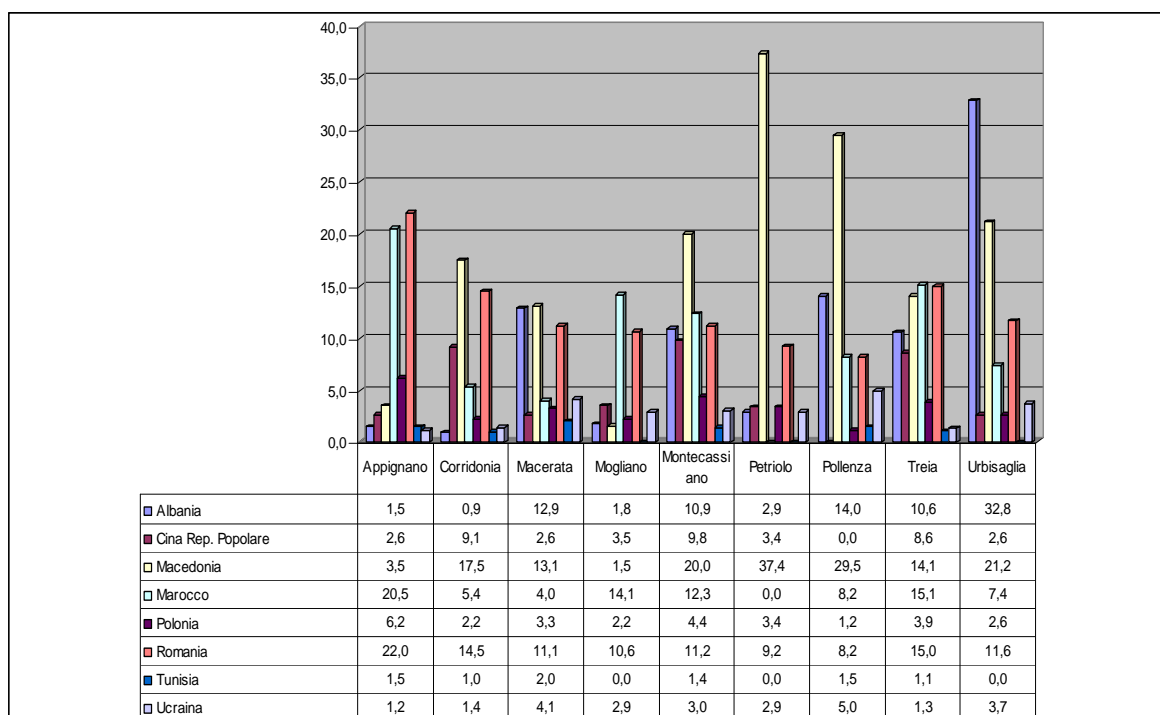
Graf. n° 16: Percentuale stranieri residenti per area geografica di provenienza (continenti)
all'01/01/2008 ATS15



Graf. n° 17: Percentuale stranieri residenti per area geografica di provenienza (prime 8 nazioni)
all'01/01/2008

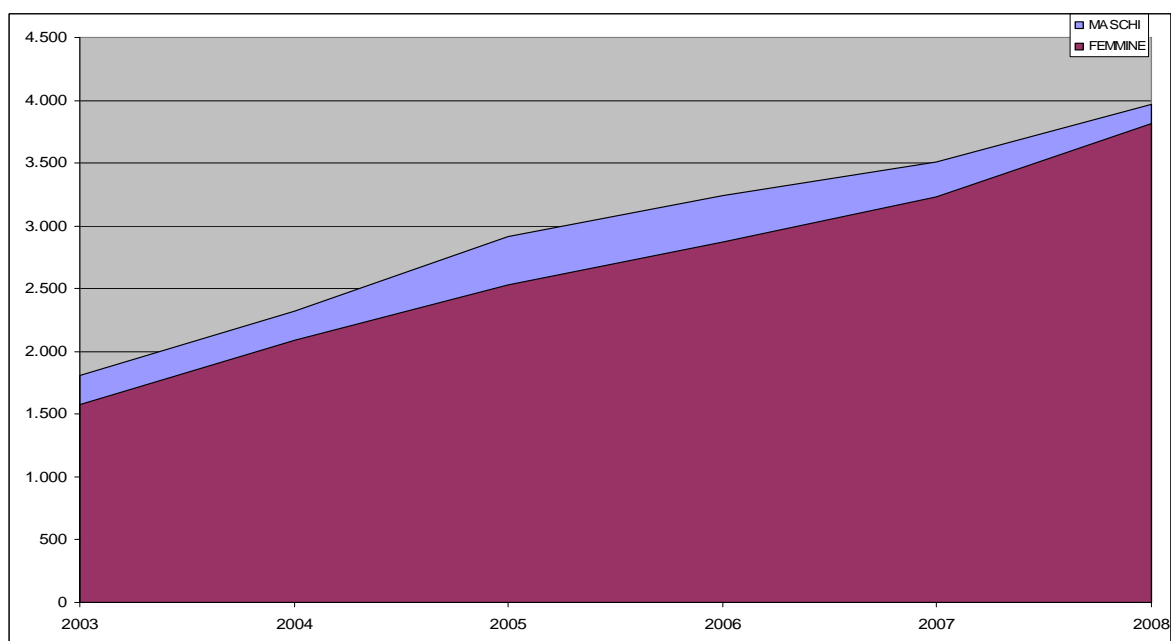


Graf. n° 18: Percentuale stranieri residenti per area geografica di provenienza (prime 8 nazioni) all'01/01/2008 per Comune



L'incremento maggiore negli ultimi anni è dato dalla presenza delle donne che nel 2008 hanno quasi numericamente raggiunto la componente maschile passando da una presenza di 1.577 donne nel 2003 (pari al 46,59%) a 3.812 (pari al 49%) nel 2008, contro i 1.808 uomini presenti nel 2003 (pari al 53,41%) ai 3.968 del 2008 (pari al 51%).

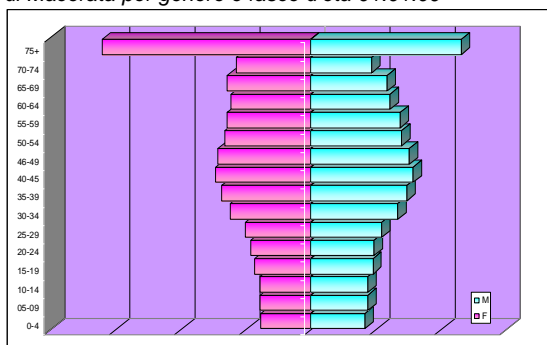
Graf. n° 19: Trend n°immigrati per genere ATS 15 (Dati ISTAT)



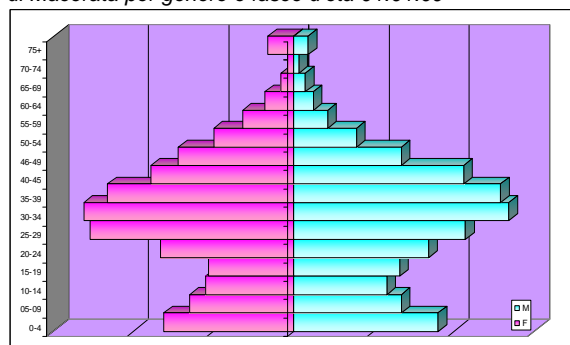
La popolazione straniera è in media molto più giovane di quella italiana. Essa è, infatti, composta in prevalenza da soggetti di età compresa tra i 25 ed i 39 anni, mentre la

classe di età più numerosa per i cittadini italiani è quella compresa tra i 40 ed i 49 anni. La presenza di anziani stranieri è dovuta ai ricongiungimenti familiari, cioè i genitori che raggiungono i figli residenti nel nostro territorio.

Graf. n° 20: Distribuzione popolazione italiana Provincia di Macerata per genere e fasce d'età 01.01.09

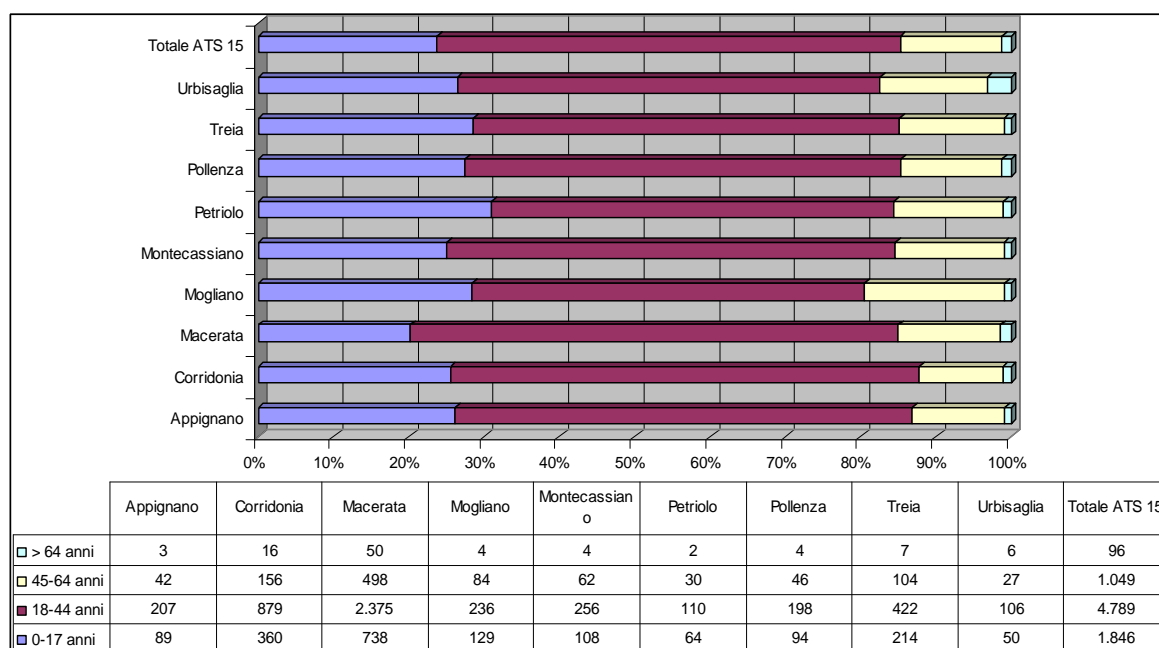


Graf. n° 21: Distribuzione popolazione straniera Provincia di Macerata per genere e fasce d'età 01.01.09



(Dati Osservatorio sul fenomeno immigrazione – Prefettura di Macerata – Rapporto 2009)

Graf. n°22: Composizione popolazione straniera residente per Comune - 1/1/2008



Il graf. n° 22 descrive la composizione in percentuale, per fasce di età, della popolazione immigrata. I diversi colori rappresentano le quattro diverse fasce di età rilevate. Nella tabella, invece, sono riportati il numero di immigrati per ciascuna classe di età.

Dal grafico risulta evidente che la maggiore percentuale di immigrati ha un'età compresa tra i 18 e i 44 anni, leggermente inferiore la popolazione di minorenni. Decisamente più bassa, al contrario, è la percentuale di immigrati con un'età superiore ai 45 anni.

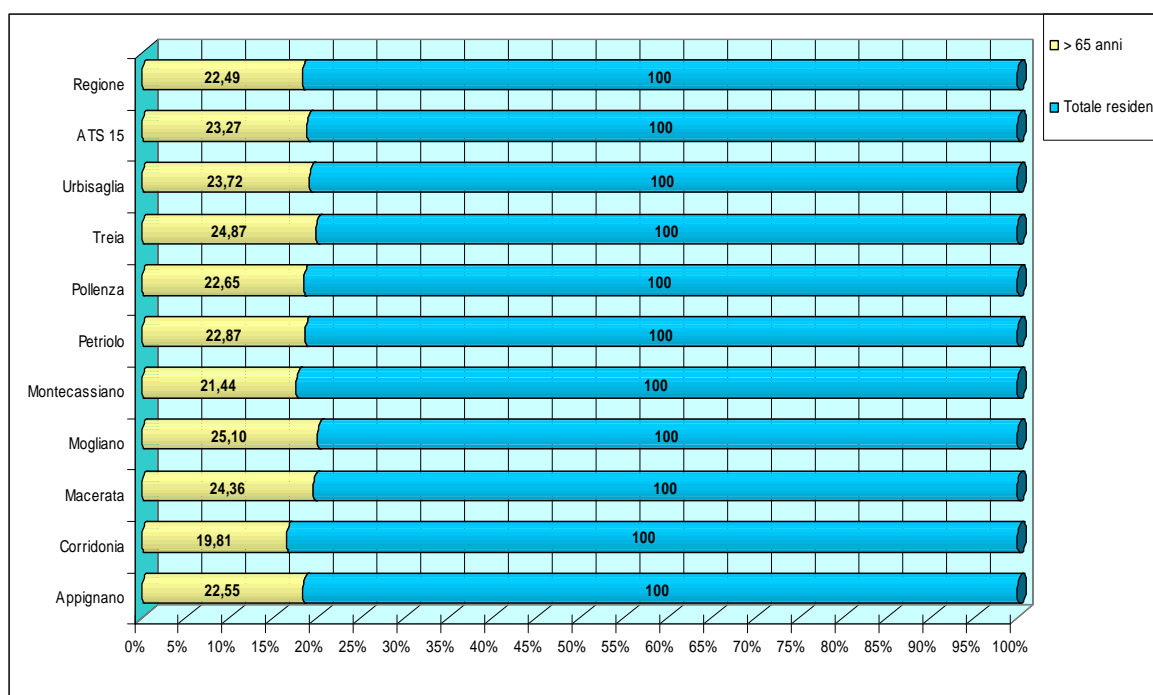
Tale fenomeno è comprensibile se si pensa che la motivazione che spinge una persona ad emigrare dal proprio Paese di origine è la ricerca di un lavoro, dunque sono spinti ad emigrare soprattutto i giovani.

Popolazione anziana

Come già affermato nel commento al graf. n° 4 sulla popolazione residente all'1.1.2008 suddivisa per fasce d'età, la popolazione dell'ATS 15 da 65 anni in su rappresenta il 23,27% del totale della popolazione.

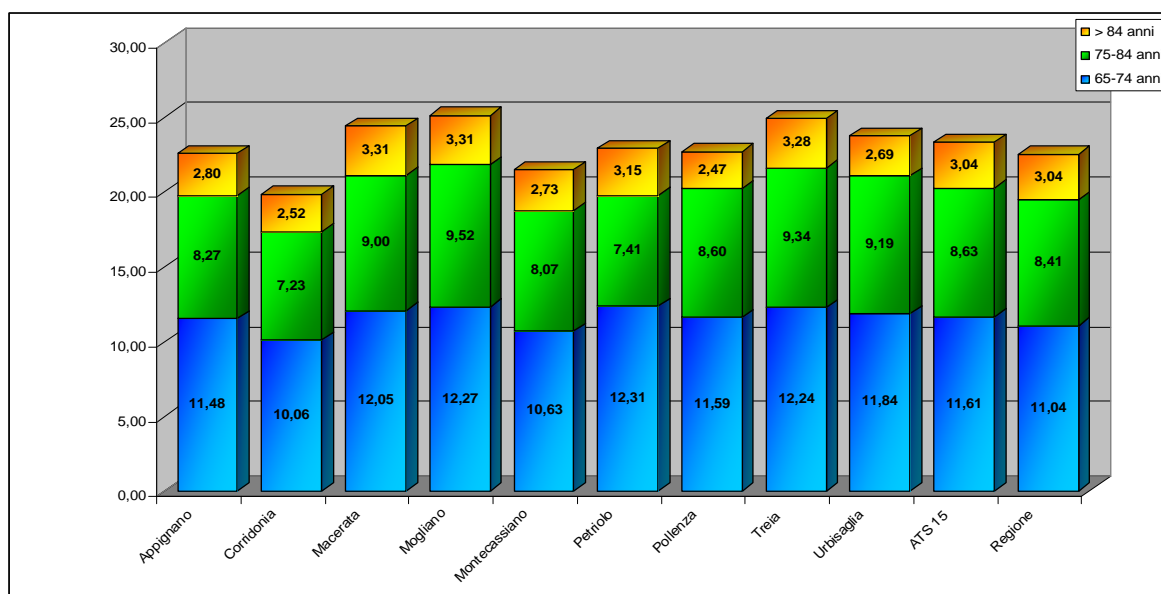
Nel dettaglio, illustrato nel seguente graf. n° 23, i Comuni con presenza più elevata di anziani risultano essere: Mogliano (25,10%), Treia (24,87%) e Macerata (24,36%), con una media di Ambito superiore anche a quella regionale (22,49%). Al contrario, Corridonia, con il 19,81% è il Comune con la percentuale di anziani più bassa di tutto l'ATS 15, percentuale di lungo inferiore anche alla media regionale.

Graf. n°23: Percentuale popolazione ultrasessantacinquenne sul totale della popolazione 01.01.2008



Circa la metà degli anziani sono inoltre nella fascia di età più fragile, quella oltre i settantacinque anni, come dimostra il seguente graf. n°24.

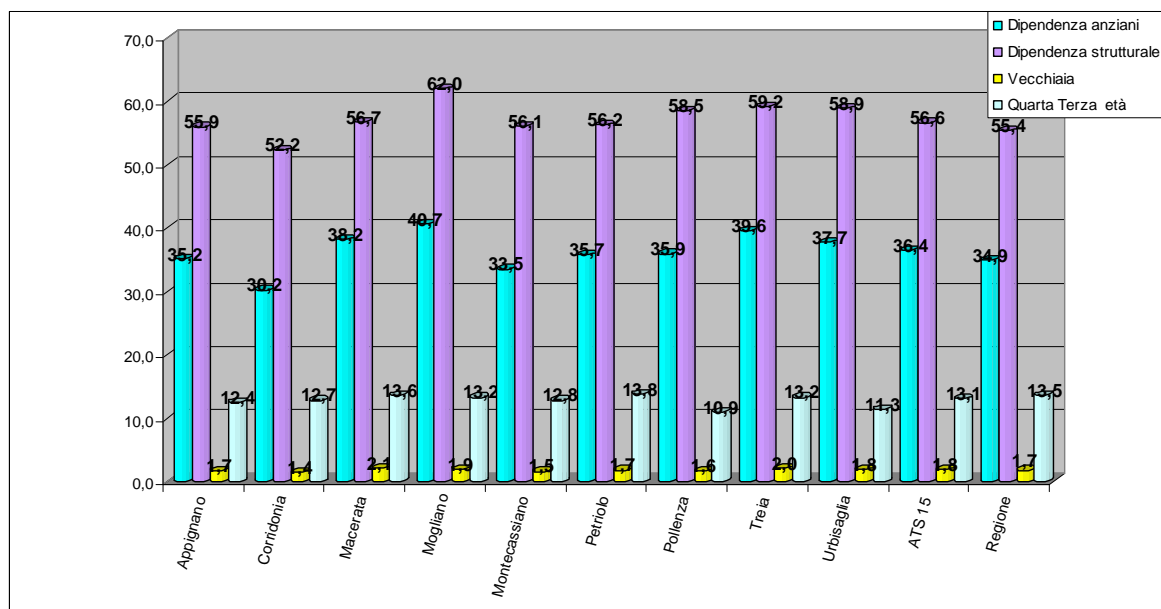
Graf. n°24: Popolazione in età maggiore di 65 anni per fasce di età, all'1/1/2008



Molto alto, nel nostro territorio, è l'indice di vecchiaia² soprattutto nel Comune di Macerata (2,06), seguito dal Comune di Treia (2,02) e da quello di Mogliano (1,91), mentre il Comune con il più basso indice di vecchiaia risulta essere Corridonia con 1,37.

La tendenza all'invecchiamento della popolazione, che si rileva a livello nazionale, appare più spiccata nella nostra regione, in cui il dato relativo alla speranza di vita alla nascita risulta il valore più alto tra quello di tutte le regioni italiane.

Graf. n°25: Indici relativi alla popolazione anziana, per Comune

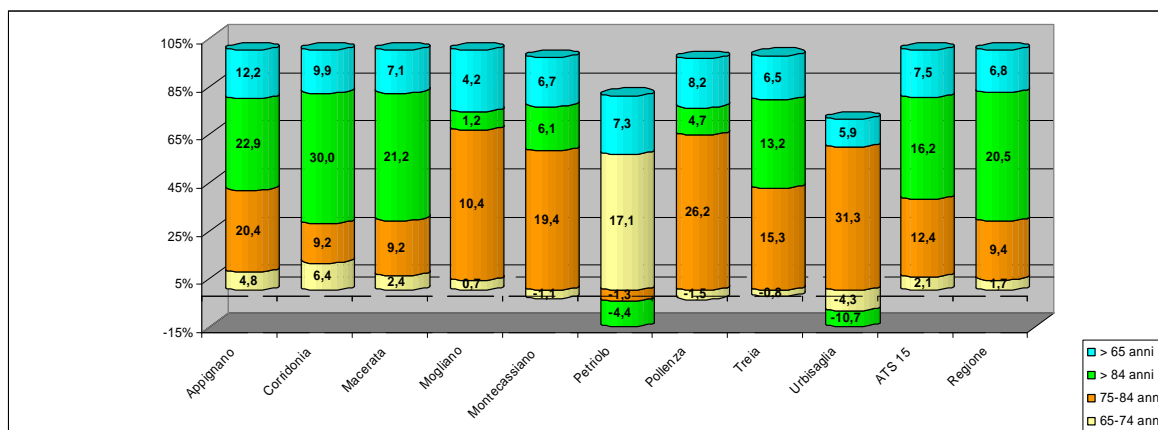


² Vecchiaia (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Dipendenza anziani (indice di): rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Quarta/Terza età (indice di): rapporto tra popolazione di 85 anni e più e popolazione di 65 anni e più, moltiplicato per 100.

Graf. n°26: Popolazione in età maggiore di 65 anni - Delta % anni 2008-2003



Il precedente graf. n° 26 ci conferma ulteriormente l'invecchiamento della popolazione dell'ATS 15: nei cinque anni di riferimento, infatti, la popolazione con età superiore ai 75 anni è aumentata in quasi tutti i Comuni dell'Ambito, con esclusione di Petriolo (in cui è notevolmente aumentata la popolazione tra i 65 e i 74 anni). Tale dato sottolinea la necessità di una particolare attenzione alla popolazione anziana, poiché la maggior parte di essa è nella fascia di età maggiormente fragile.

L'indice di dipendenza strutturale³, che nel 2008 nella Regione Marche è del 55,4, nell'ATS n°15 è del 56,59 come evidenziato nella successiva tabella n° 1, dando un forte segnale di squilibrio generazionale, che pone teoricamente a carico della popolazione in età attiva una quota importante di popolazione inattiva.

Tale indice è in costante aumento sia a livello nazionale che regionale e quindi provinciale, tanto più che le previsioni ISTAT della popolazione 2007-2051 per la Regione Marche evidenziano una costante tendenza all'aumento di popolazione in età anziana rispetto a quella adulta e giovane.

Tab. n°1: Indici dipendenza strutturale popolazione e anziana

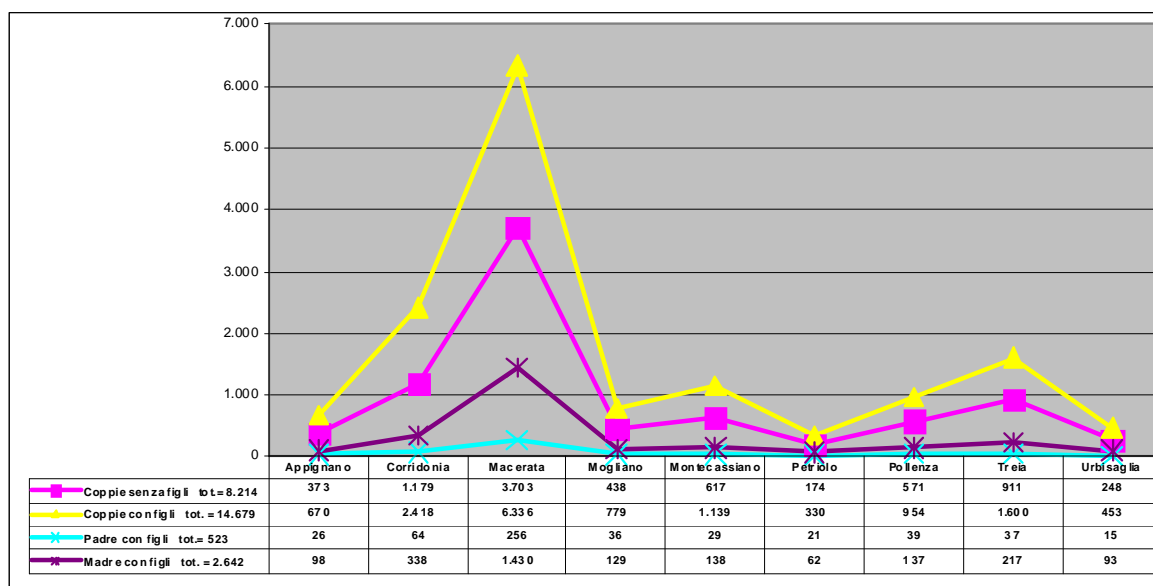
	Dipendenza strutturale
Appignano	55,95
Corridonia	52,25
Macerata	56,72
Mogliano	61,98
Montecassiano	56,05
Petriolo	56,25
Pollenza	58,49
Treia	59,16
Urbisaglia	58,89
Media ATS 15	56,59

³ Dipendenza strutturale (indice di): rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Composizione familiare

Se prendiamo in considerazione la famiglia nella sua composizione emerge che in prevalenza essa è formata da coppie con figli, seguita da coppie senza figli, poi da madri con figli e da padri con figli.

Graf. n°27: Nuclei familiari per tipologia e Comune (1.1.09)



Fonte:Istat Elaborazione:Regione Marche - Servizio Sistema Informativo Statistico

Il precedente graf. n° 27, relativo ad una rilevazione del Sistema Informativo Statistico Regionale, conferma quanto sopra. All'1.01.2009, nel nostro ATS, le famiglie formate da coppie con figli sono n° 14.679, quelle formate da coppie senza figli sono n° 8.214. Rilevante è anche il numero delle famiglie definite "monoparentali", cioè le famiglie in cui un genitore vive solo con la propria prole e che nel nostro Ambito corrispondono a n°3.165.

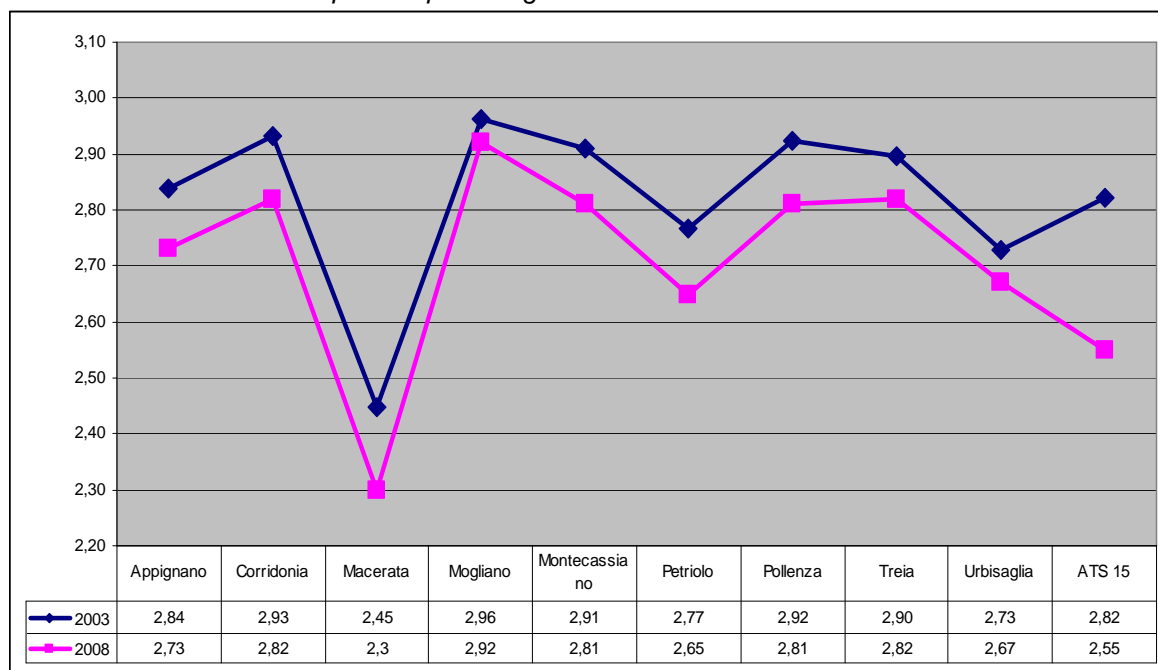
La maggior parte della popolazione residente nei Comuni dell'ATS n° 15 vive in famiglia, estremamente esigua è la percentuale delle coppie che risultano anagraficamente conviventi: nessuna nel Comune di Petriolo, mentre a Macerata rappresentano l'1,03%.

Il numero medio dei componenti la famiglia, nell'ATS n. 15, è pari a 2,55 mentre la media regionale è del 2,51. A Macerata c'è il più basso numero di componenti per nucleo familiare (2,30).

Tab. n°2: Famiglie e componenti al 01/01/2008

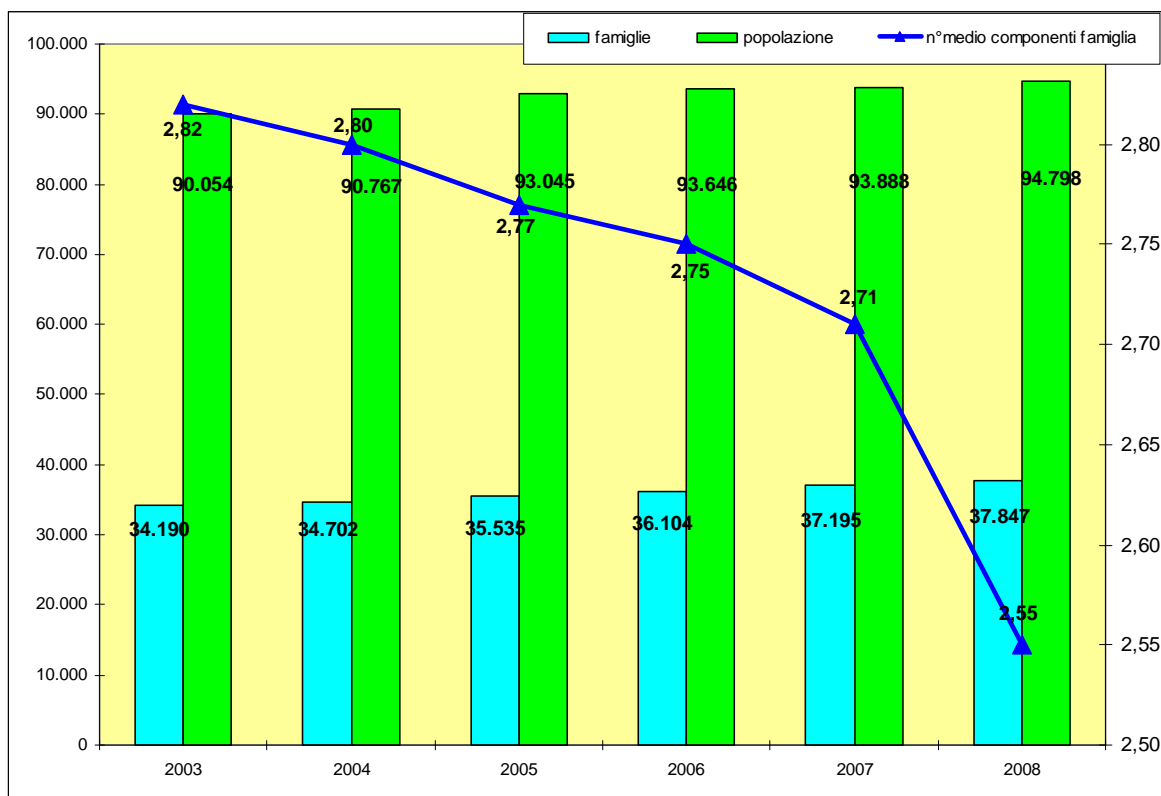
COMUNI	Pop residente			numero famiglie	n° medio compon. famiglia
	Totale	in convivenze	in famiglie		
Appignano	4.209	8	4.201	1.544	2,73
Corridonia	14.949	39	14.910	5.310	2,82
Macerata	42.896	268	42.628	18.665	2,30
Mogliano	4.929	51	4.878	1.688	2,92
Montecassiano	6.949	16	6.933	2.475	2,81
Petriolo	2.064	0	2.064	779	2,65
Pollenza	6.327	29	6.298	2.248	2,81
Treia	9.688	34	9.654	3.441	2,82
Urbisaglia	2.787	13	2.774	1.045	2,67
Totale ATS 15	94.798	458	94.340	37.195	2,55
Totale Regione	1.553.063	6.740	1.546.323	619.351	2,51

Graf. n°28: N° medio di componenti per famiglia 20 03-2008



Dati: Sistema Informativo Statistico Regione Marche

Graf. n°29: Famiglie, popolazione e numero medio dei componenti nel periodo 2003-2008 - ATS 15

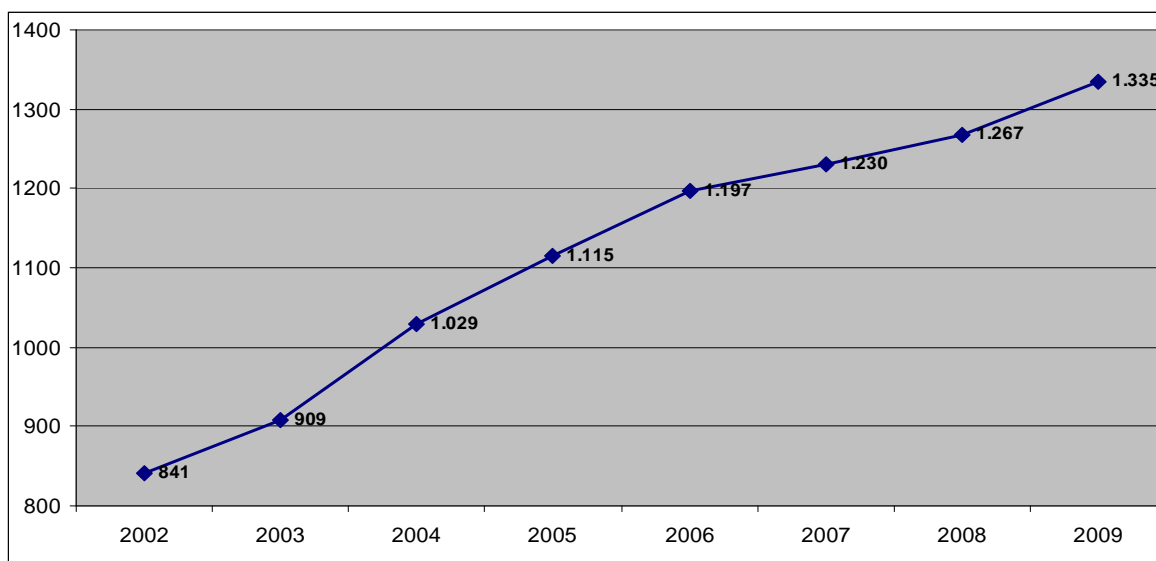


Il graf. n° 29 sopra riportato descrive il trend, nell'ATS n° 15, dal 2003 al 2008, del numero delle famiglie residenti (colonna azzurra), del numero degli abitanti (colonna verde) e del numero medio di componenti per famiglia (linea blu). Si può vedere come il numero delle famiglie sia leggermente aumentato nel periodo di riferimento (da 34.190 famiglie nel 2003 a 37.847 nel 2008), come il numero degli abitanti (da 90.054 del 2003 a 94.798 del 2008). Al contrario è costantemente diminuito, nel periodo in questione, il numero medio dei componenti che da 2,82 del 2003 è passato a 2,55 del 2008.

Le cause della riduzione costante del numero medio dei componenti la famiglia, sono riconducibili sia al fenomeno della vedovanza, sia alla crescente denatalità, sia all'aumento delle persone single anche in conseguenza della crescita del numero delle persone separate e divorziate.

Il numero dei divorzi, nel nostro ATS, è passato da 841 nel 2002 a 1.335 nel 2009, come da successivo graf. n° 30, con incremento pari al 63%.

Graf. n°30: Trend dei divorzi (dati Sistar)



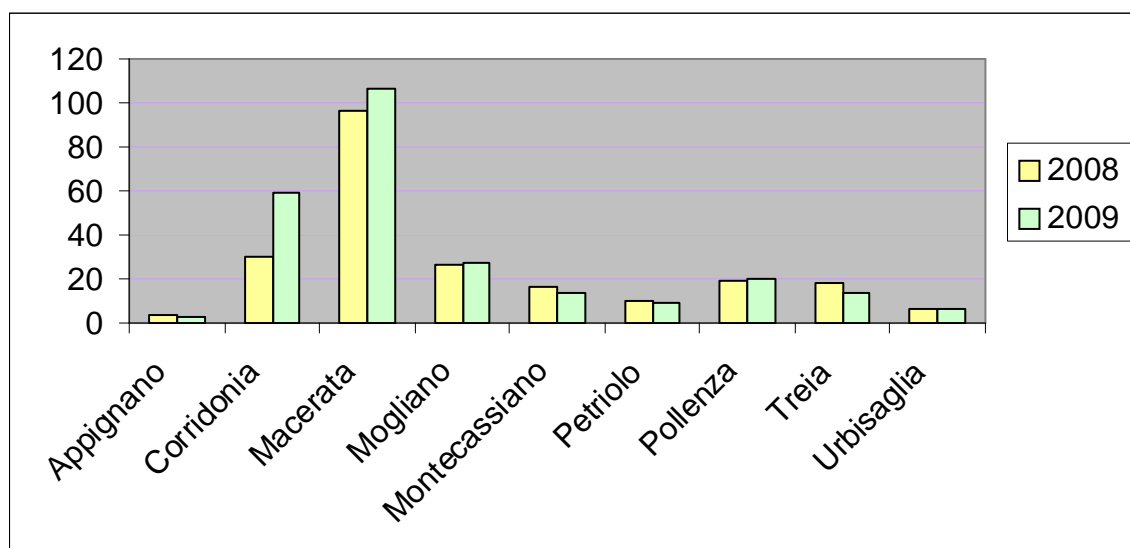
La famiglia dunque, che nel nostro sistema di welfare, è stata ed è il primo soggetto che si prende cura dei propri componenti più fragili, ora, a causa del suo “restringimento” e del lavoro fuori casa dei soggetti adulti, fa sempre più fatica a svolgere tale compito e necessita sempre più di aiuti in termini di servizi e interventi che la supportino in questo suo fondamentale compito di cura e di assistenza.

Si sta assistendo, inoltre, ad un leggero aumento del numero delle famiglie numerose (con 4 o più figli) anche per la presenza di famiglie immigrate, come da tabella n°3.

Tab n°3: Famiglie numerose (dati Anagrafi comunali):

Comune	2008	2009
Appignano	4	3
Corridonia	30	59
Macerata	96	106
Mogliano	26	27
Montecassiano	16	14
Petriolo	10	9
Pollenza	19	20
Treia	18	14
Urbisaglia	6	6
TOTALE	225	258

Graf. n°31: Famiglie numerose (dati Anagrafi comunali):



Mentre le famiglie nucleari o monoparentali necessitano di un supporto in termini di servizi, le famiglie numerose hanno anche la necessità di avere un sostegno al proprio reddito, dovendo sopportare spese più consistenti rispetto agli altri nuclei familiari.

I dati relativi alle famiglie con immigrati sono relativi al 2008, anno in cui il 7,6% delle famiglie (corrispondenti a n° 2.834) hanno il capofamiglia straniero e quelle con almeno un componente straniero sono 3.400 (il 9,14%).

Tra i Comuni dell'ATS 15, Macerata è quello con la percentuale di famiglie straniere più elevata (10,54%), percentuale ben più elevata della media regionale, (8,34%), al contrario Pollenza è quello con la percentuale più bassa (6,36%).

Profilo socio-economico

Il processo di industrializzazione che ha investito il Paese nel secondo dopoguerra ha interessato, come noto, anche il nostro territorio. Le trasformazioni avvenute nei diversi Comuni, o nelle diverse aree, non sono state tuttavia identiche ma vi sono state delle significative differenze tra Comune e Comune. In questo contesto, il Comune di Macerata ha seguito una sua specifica "via allo sviluppo economico", che lo pone in una situazione profondamente diversa rispetto ai maggiori centri della Provincia. Infatti, diversamente dagli altri Comuni della Provincia, Macerata non ha avuto un prevalente sviluppo del settore manifatturiero, bensì del settore terziario che ha assunto una posizione assolutamente dominante.

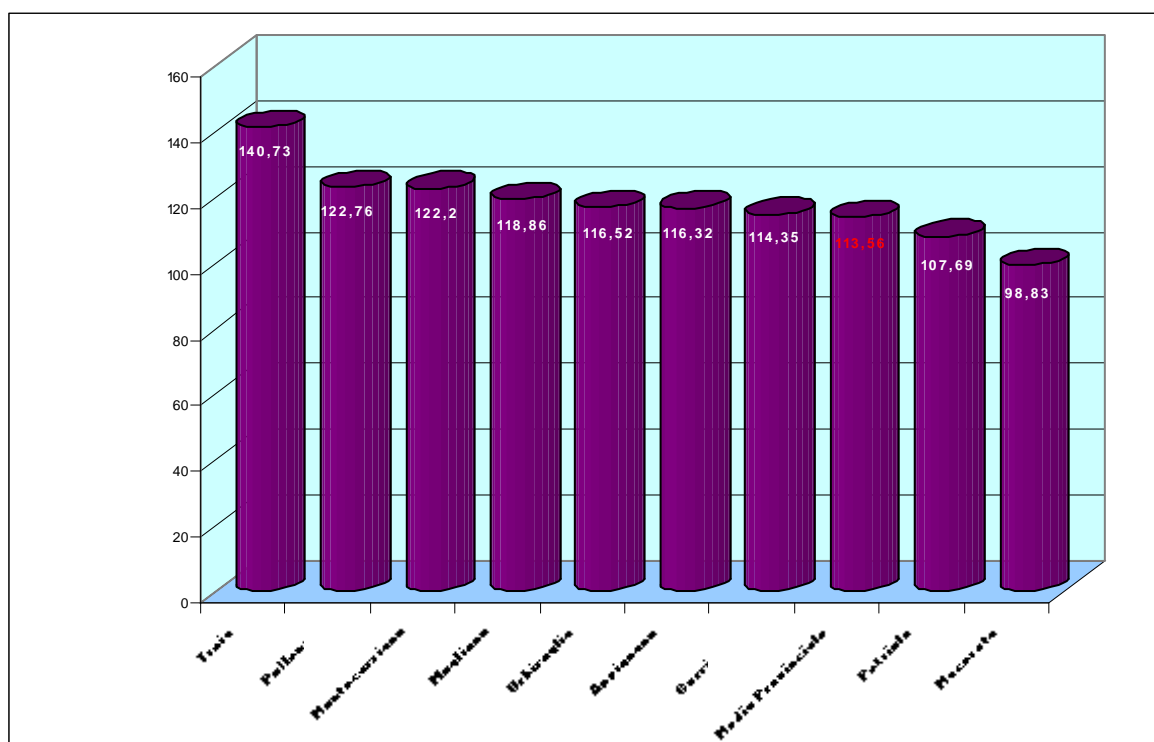
Nella Provincia di Macerata – così come nel resto delle Marche – il processo di trasformazione ha condotto alla formazione di numerose "aree vaste intercomunali", fortemente interconnesse. All'interno di tali aree vi è stata una relativa specializzazione funzionale. Già prima del decollo industriale ed economico della Provincia, il Comune

capoluogo era l'unico ad avere un'attrazione gravitazionale intercomunale e, per certe funzioni, provinciale. Vi è quindi uno stretto rapporto di dipendenza tra la realtà economica provinciale – a decisa caratterizzazione industriale – e la realtà economica cittadina – che al tessuto industriale eroga un insieme variegato di servizi.

Il territorio dell'Ambito appare caratterizzato da un indice medio di industrializzazione doppio rispetto al valore nazionale, con imprese di piccola e media dimensione. Ciò ne fa una zona a forte vocazione manifatturiera. Nel Comune capofila sono concentrate le imprese di servizio commerciale o creditizio.

In base alla rilevazione effettuata dalla Camera per il Commercio, l'Industria e l'Artigianato di Macerata, il numero di imprese attive (per 1.000 abitanti), nei Comuni dell'ATS n°15 risulta essere, al 31.12.2009, come da seguente graf. n°32:

Graf. n°32: N°sedi di impresa attive per 1.000 ab itanti



(fonte CCIA di Macerata – rielaborazione Ufficio ATS 15)

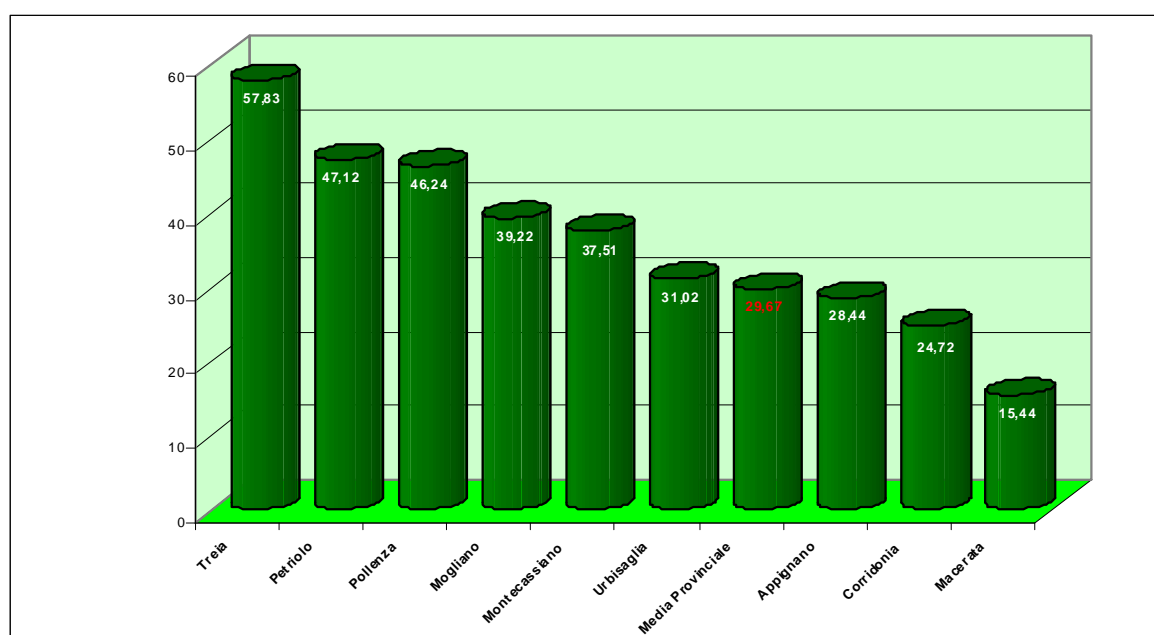
Il Comune di Macerata è quello con il minor numero di sedi di impresa, dato decisamente inferiore anche alla media provinciale. Leggermente al di sotto della media provinciale è anche il dato relativo al Comune di Petriolo, con 107,69 imprese per mille abitanti.

Tutti gli altri Comuni dell'ATS 15 risultano avere dei valori superiori alla media della Provincia, a partire da Corridonia (114,35) fino al Comune più "ricco" di imprese, Treia, con 140,73.

Se si considera la tipologia di produzione, i Comuni dell'ATS n° 15 sono estremamente differenziati l'uno dall'altro: Appignano ha la più alta concentrazione di imprese registrate nel settore delle "attività manifatturiere", Urbisaglia delle "costruzioni", Corridonia, Mogliano e Petriolo nel settore della fabbricazione degli articoli in pelle e simili, Treia nei settori della falegnameria e trasporto e magazzinaggio. Macerata, al contrario, si caratterizza per la più alta concentrazione di imprese relative alle attività finanziarie e assicurative e nelle attività immobiliari.

In generale, comunque, tutto il territorio dell'ATS 15 si caratterizza anche per una alta concentrazione di imprese agricole, come dimostra il successivo graf. n°33.

Graf. n°33: n°sedi di impresa attive per 1.000 abitanti i – settore "Agricoltura"



(fonte CCIA di Macerata – rielaborazione Ufficio ATS 15)

Anche la nostra Regione, caratterizzata per lungo tempo da una economia in salute e un mercato del lavoro dinamico, è stata interessata dall'instabilità economica che ha coinvolto lo scenario internazionale, conseguente alla grave crisi economica.

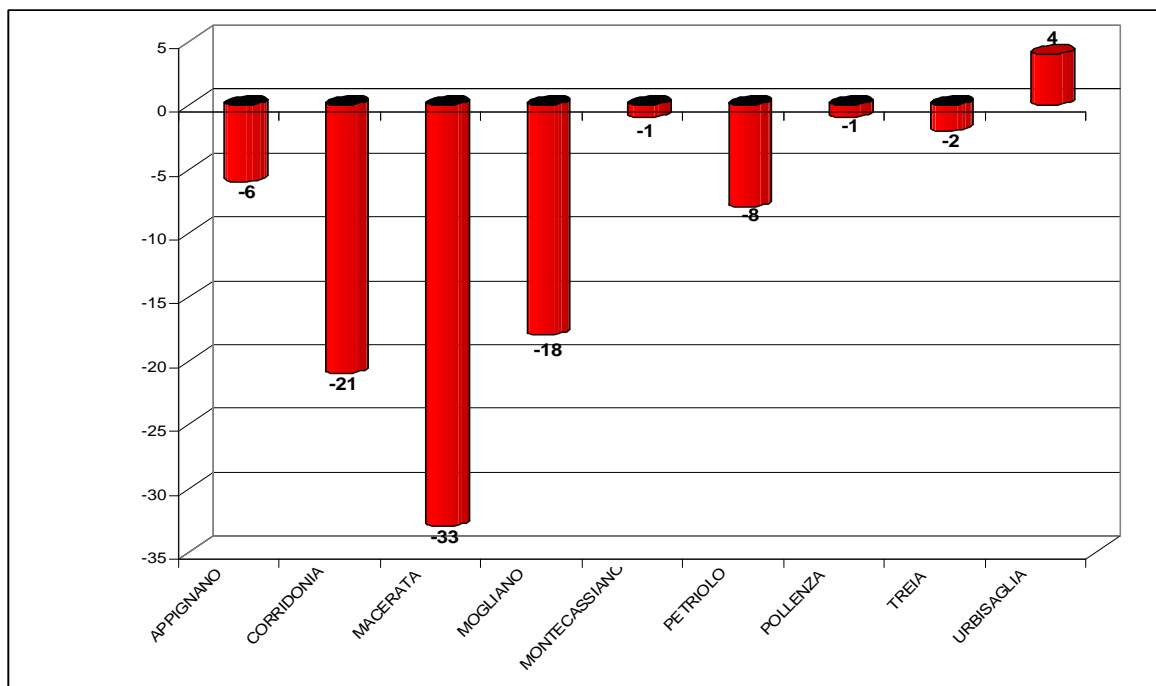
Le difficoltà dell'anno 2009 hanno profondamente inciso sulla dinamica imprenditoriale locale, regionale e nazionale: dopo oltre un decennio di crescita nel numero delle imprese attive, nell'anno in questione il bilancio è negativo per tutte le aree geografiche.

La dinamica negativa ha un impatto molto eterogeneo a seconda del settore e della dimensione dell'azienda: le micro-imprese (che nella nostra Provincia rappresentano il 94,08% delle imprese) sono diminuite, mentre quelle di dimensioni superiori, già a partire dai 10 addetti, sono cresciute. Soltanto alcuni settori dei servizi registrano un bilancio positivo. Le difficoltà incontrate dalle imprese, manifatturiere in particolare,

derivano soprattutto dalla forte riduzione della domanda estera, che a catena ha contribuito alla riduzione della domanda interna. La situazione è aggravata ulteriormente dal calo delle vendite sul mercato estero.

Nel nostro Ambito, nell'anno 2009, sono state chiuse più attività rispetto alle nuove iscrizioni come si evince dal successivo graf. n° 34.

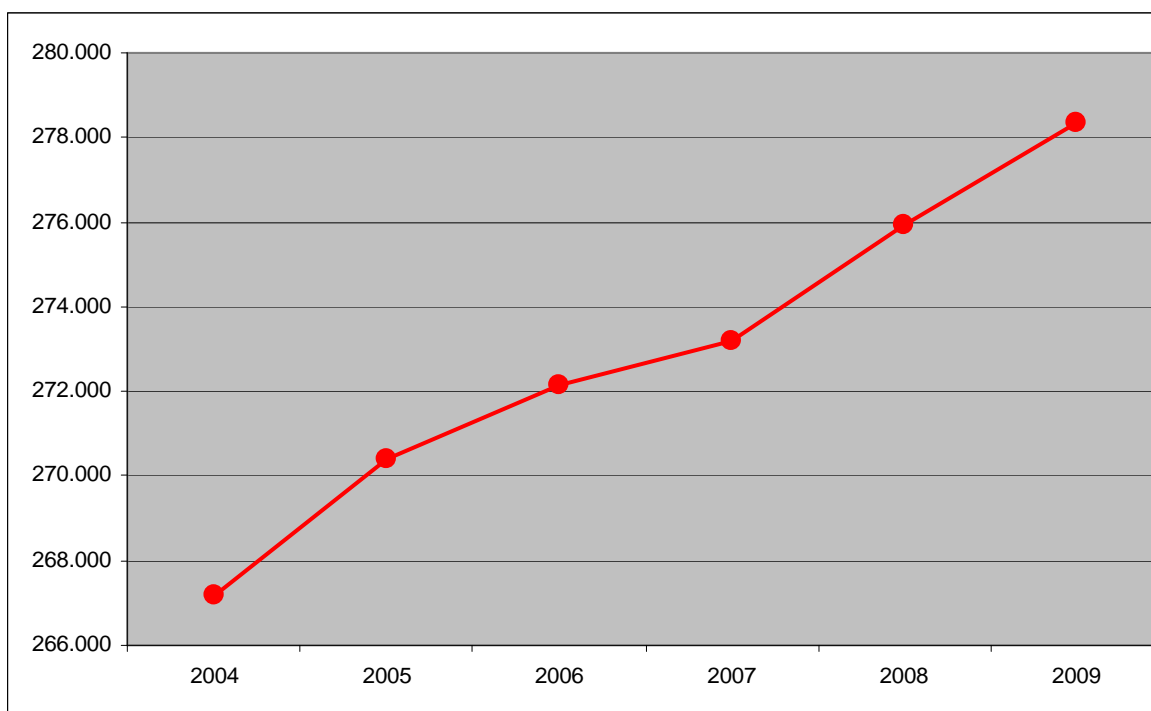
Graf. n° 34: Differenza tra il numero delle iscrizioni e il numero delle cancellazioni di imprese alla CCIAA di Macerata – ATS 15 – anno 2009 (fonte CCIAA Macerata)



Il grafico di cui sopra descrive la differenza tra il numero delle iscrizioni e il numero delle cancellazioni di imprese alla CCIAA di Macerata nell'anno 2009. Il Comune di Macerata è quello che ha registrato il numero più alto di cancellazioni, seguito da Corridonia e Mogliano. L'unico Comune che ha avuto un numero di iscrizioni superiore a quello delle cancellazioni, è stato Urbisaglia.

Le forze lavoro della nostra Provincia, nel 2009, sono state di 278.366 unità, con una variazione positiva in termini assoluti di 2.414 unità rispetto all'anno 2008, rappresentando un quinto della forza lavoro della nostra Regione.

Graf. n°35: Forze lavoro Provincia di Macerata (Da ti Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro)



L'aumento delle forze lavoro è sicuramente imputabile all'aumento delle persone in cerca di occupazione.

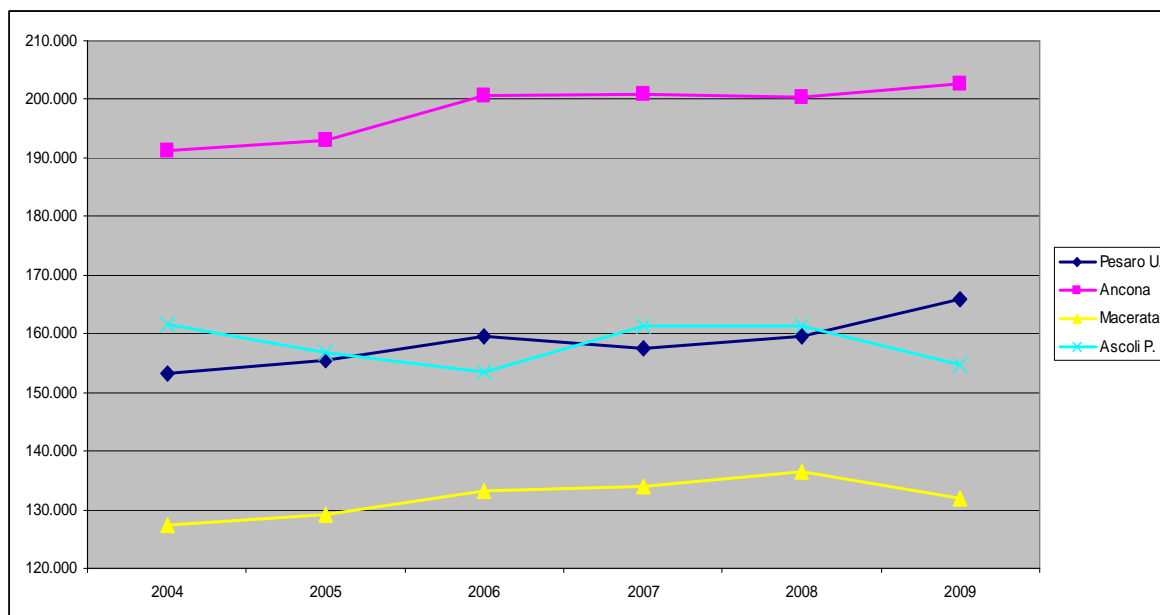
Il tasso di attività (calcolato sulla popolazione tra i 15 e i 64 anni) per la Provincia di Macerata è del 67% circa contro quello regionale del 68,4%.

Graf. n°36: Tasso di attività 15-64 anni (Dati Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro)

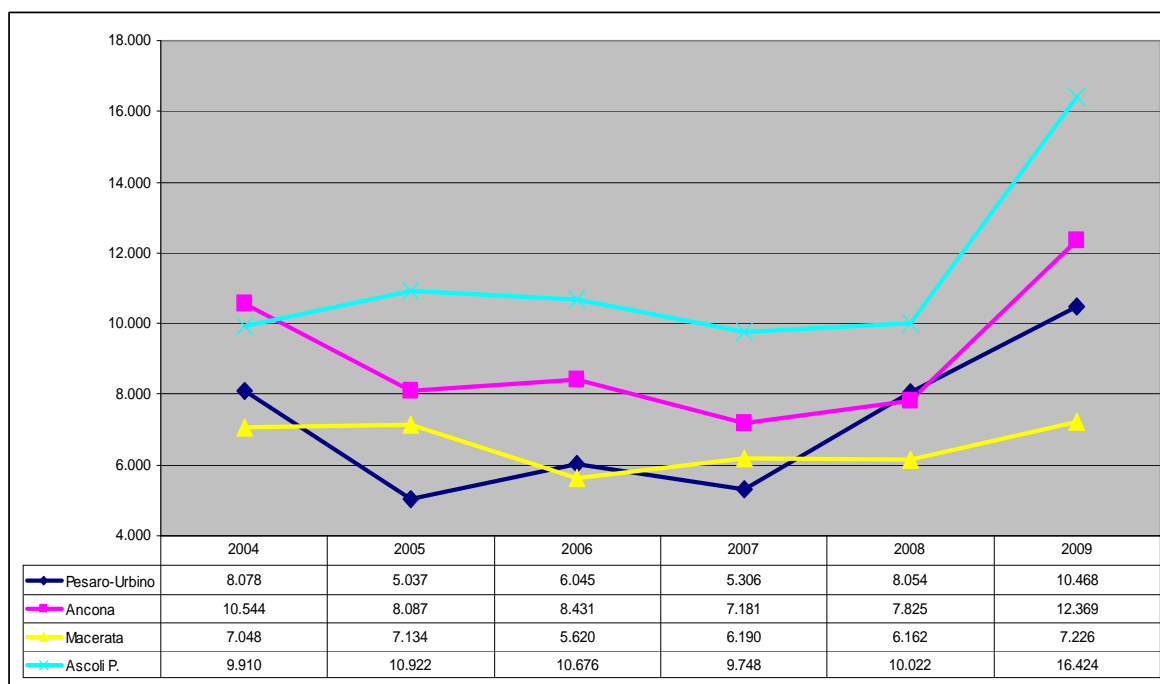


Nell'anno 2009 si è registrata una riduzione del numero degli occupati, passando da 136.354 unità del 2008, a 131.799 unità nel 2009, con una perdita di 4.555 unità, con un conseguente tasso di occupazione che dal 65,3% nel 2008 è passato al 62,9% nell'anno di riferimento.

Graf. n°37: Trend N° degli occupati Regione Marche (Dati Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro)



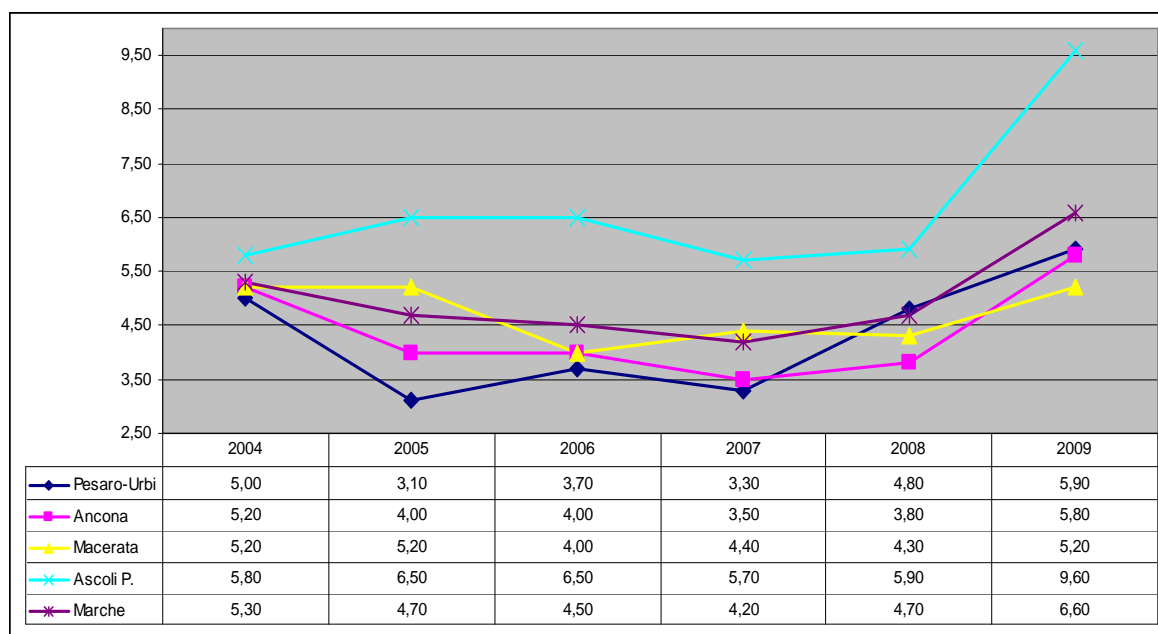
Graf. n°38: Persone in cerca di occupazione (Dati Osservatorio Regionale Mercato del lavoro)



La variazione percentuale delle persone in cerca di occupazione nella Regione Marche nel periodo 2008-2009, è aumentata del 63,88% nella Provincia di Ascoli Piceno, del 58,07% nella Provincia di Ancona e del 29,97% in quella di Pesaro-Urbino. Nella Provincia di Macerata, pur essendoci un aumento del numero delle persone in cerca di occupazione nei due anni considerati, tale crescita è stata decisamente più contenuta che nelle altre Province della Regione, attestandosi intorno al 17,27%.

Nelle Marche, il tasso di disoccupazione complessivo, nel 2009, si è attestato al 6,6%, aumentando di 1,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente.

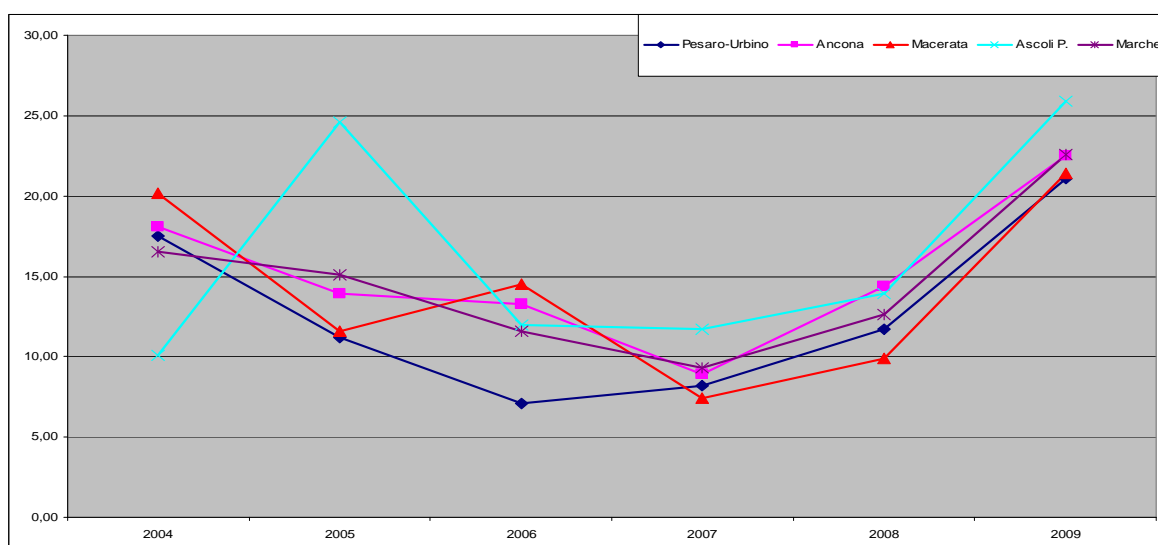
Graf. n°39: Tasso di disoccupazione complessivo (Dati Osservatorio Regionale Mercato del lavoro)



Come dimostra il grafico sopra riportato, la Provincia di Macerata è quella che ha avuto il minore aumento (0,9%) del tasso di disoccupazione rispetto alle altre Province marchigiane.

Dato preoccupante è certamente quello relativo al tasso di disoccupazione giovanile (15 – 24 anni) che nella Regione Marche è del 22,6%, contro il 21,4% della Provincia di Macerata (graf. n°40).

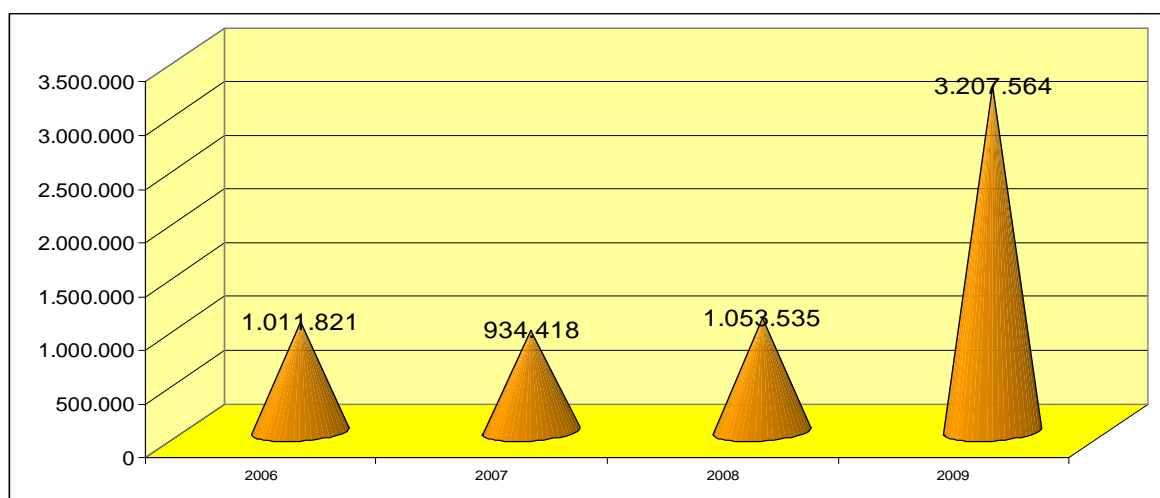
Graf. n°40: Tasso di disoccupazione giovanile (Da ti Osservatorio Regionale Mercato del lavoro)



L'economia del nostro territorio, negli ultimi cinque anni ha subito un rallentamento di tutte le attività produttive a causa di crisi aziendali e, nell'ultimo anno, a causa della crisi economica globale. Tale situazione di recessione ha comportato un crescente ricorso all'utilizzo degli ammortizzatori sociali, quali casa integrazione e collocamento in mobilità dei lavoratori.

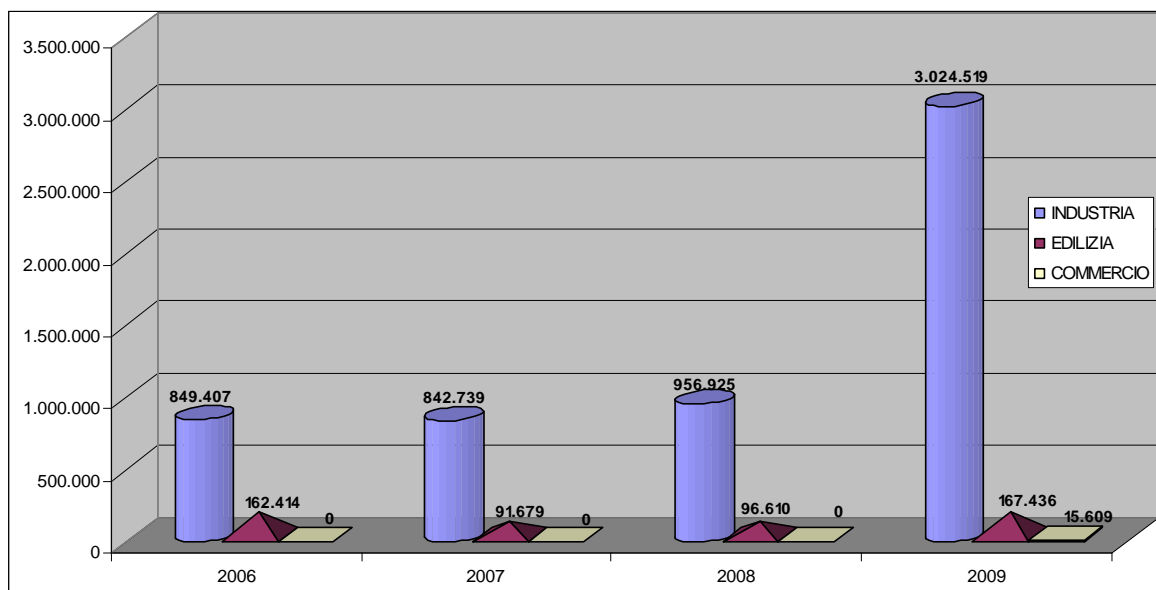
Nella Provincia di Macerata, le ore di cassa integrazione guadagni concesse nel 2009 sono state 3.207.564, contro le 1.053.535 del 2008, come da grafico sotto riportato.

Graf. n°41: Trend Ore di Cassa Integrazione Guadagni (ordinaria e straordinaria) – Provincia di Macerata (Dati INPS)



In merito al trend delle ore di cassa integrazione guadagni ordinaria e straordinaria (graf. n° 42), concesse dal 2006 al 2009 dall'INPS di Macerata, oltre ad essere evidente l'aumento esponenziale avvenuto nel 2009, la situazione preoccupante è anche sottolineata dalla concessione di CIG nel settore del commercio, settore completamente estraneo al fenomeno prima dell'anno in questione.

Graf. n°42: Trend Cassa Integrazione Guadagni ordinaria e straordinaria per settore – Provincia di Macerata (Dati INPS)

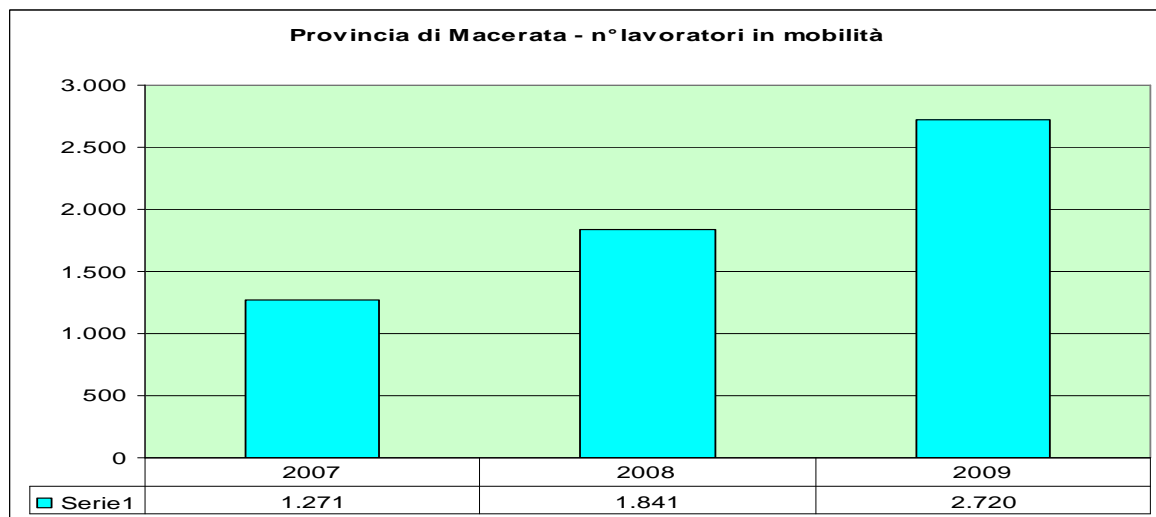


In questi ultimi anni le imprese ricorrono sempre più frequentemente anche al collocamento in mobilità dei lavoratori.

Se con il ricorso alla cassa integrazione il rapporto tra il lavoratore e l'azienda rimane in essere, per l'ottenimento della mobilità tale rapporto viene meno, poiché il licenziamento del lavoratore è il presupposto necessario alla richiesta di mobilità.

Come da graf. n° 43 nel 2009, nella Provincia di Macerata, la mobilità ha riguardato 2.720 persone, contro le 1.841 del 2008. Se confrontiamo il numero di persone in mobilità tra il 2007 e il 2009, nella nostra Provincia l'aumento percentuale è stato del 114%.

Graf. n°43: Trend N°Lavoratori in mobilità - Provincia di Macerata (Dati Osservatorio Regionale Mercato del Lavoro)



La sicurezza

La ventesima edizione della ricerca realizzata dal Sole 24 ore sulla "Qualità della vita nelle province italiane" pubblicata nel mese di dicembre 2009, ha posizionato la Provincia di Macerata al quarto posto su 107 province italiane, con una differenza positiva di 10 punti rispetto al 2008.

La ricerca prende in considerazione una serie articolata di indicatori economici e sociali per misurare e confrontare lo sviluppo dei territori suddivisi in 6 aree: tenore di vita, affari e lavoro, ordine pubblico, servizi/ambiente, popolazione e tempo libero e per ogni area vengono misurati 6 parametri. Una indagine molto complessa, che mette in luce anche alcune criticità, come ad esempio che a fronte di un obiettivo benessere diffuso vi sia uno scarso indice di percezione di miglioramento della qualità della vita rispetto a 2-3 anni fa quando l'indagine posizionava Macerata all'87° posto e al 75° per la presenza di infrastrutture (cfr. Provincia di Macerata – Piano generale di sviluppo 2010-2014 p. 25).

La preoccupazione rivolta a tutto ciò che riguarda la criminalità è molto sentita ed è un tema politico importante.

E' ormai noto che l'andamento nazionale della criminalità ha visto un trend di crescita fortissimo fino agli anni '90 per poi ridiscendere drasticamente negli anni successivi. Nonostante ciò il senso di insicurezza della popolazione è aumentato.

Una recente indagine dimostra che i residenti del centro Italia hanno una percezione del rischio criminalità più basso delle altre regioni italiane anche perché i reati sono decisamente circoscritti e non legati a gravi crimini quali ad esempio quelli a stampo mafioso.

Non siamo purtroppo in possesso di dati complessivi relativi ai reati commessi negli ultimi anni nel territorio dell'Ambito. Dati interessanti emergono però dal rapporto della Polizia municipale di Macerata relativo all'anno 2009 e ai primi quattro mesi dell'anno in corso.

Tab. n°4: Reati rilevati dalla Polizia municipale di Macerata

DELITTO	01/01-31/12/2009	01/01-30/04/2010
tentati omicidi	1	0
omicidi colposi - da incidenti stradali	2	0
lesioni dolose	59	24
percosse	8	3
minacce	58	17
ingiurie	60	13
violenze sessuali su maggiori anni 14	3	0

furti	781	238
ricettazione	17	1
rapine	13	4
estorsioni	8	0
sequestri di persona	2	2
truffe e frodi informatiche	85	25
incendi	4	0
danneggiamenti	289	91

Dalla tabella di cui sopra emerge che nel Comune capofila di Ambito i reati più numerosi sono quelli relativi ai furti (n° 781 nel 2009). Consistenti sono state anche le denunce per danneggiamenti (n°289).

Di estrema importanza sono anche i dati relativi agli incidenti stradali. Nella prov. di Macerata dal 2004 al 2008 c'è stato un lieve ma significativo calo degli incidenti stradali, quelli mortali sono scesi dal 3,07% al 2,26%. Altrettanto diminuito è il numero dei feriti ed il rapporto di lesività degli incidenti. Secondo i dati dell'ACI, nell'arco della settimana sono più numerosi gli incidenti che avvengono durante il fine settimana (sabato notte).

Per quanto riguarda i passeggeri la frequenza più elevata tra i morti ed i feriti è quella relativa alla fascia d'età 15/19.

La fascia più colpita dalle conseguenze degli incidenti stradali è quella tra i 25 e i 29 anni, mentre i feriti presentano il valore massimo in corrispondenza della fascia tra i 20 e i 24 anni.


Anche i dati relativi agli infortuni sul lavoro denotano un importante decremento negli anni presi in considerazione che vanno dal 2004 al 2008; i dati a livello provinciale passano da 5.559 infortuni denunciati nel 2004 a 4.666 nel 2008. Tale diminuzione comunque non può far affievolire l'attenzione sul fenomeno che è frutto di maggiori controlli, ma anche di maggiore consapevolezza dei datori di lavoro e dei lavoratori stessi.


2.2 DIMENSIONI E CARATTERISTICHE DELLA RETE DEI SERVIZI

La “rete dei servizi” può essere definita come un insieme di interventi, strutture, centri, differenti ma collegati a formare un “sistema” di diverse attività interagenti tra di loro.

La nostra è una comunità in continuo rapido cambiamento, è pertanto necessario garantire ai soggetti più deboli della collettività, un sistema sempre più efficiente di interventi e servizi sociali, un sistema che sempre sia adeguato all’evolversi continuo della nostra comunità.

Il nostro Ambito può vantare un sistema di servizi sociali, educativi e socio-sanitari piuttosto variegato, essendo i Servizi Sociali Comunali presenti nella maggior parte dei Comuni, ancor prima della nascita dell’ATS. Quest’ultimo, comunque, ha dato avvio ad un processo di rafforzamento del sistema stesso.

Per l’elenco dei servizi ed interventi, data la vastità degli stessi, si rimanda alle relative pagine del sito www.ats15.it .

Nel nostro sistema dei servizi, secondo la rilevazione effettuata dall’Osservatorio Regionale Politiche Sociali e dal Sistema Informativo Statistico Regionale, al 31.12.2008, ([rete dei servizi](#) ) il pubblico è titolare di circa il 77% degli “interventi”: rientrano in questa tipologia tutti i servizi erogati dai Comuni, ad esclusione di quelli residenziali e semi-residenziali, che vengono classificati come “strutture”.

Gli interventi maggiormente presenti nei Comuni dell’ATS n° 15 riguardano l’“integrazione sociale” e ricomprendono servizi quali: la mediazione sociale e culturale, l’interpretariato per non udenti e l’accompagnamento per non vedenti, le attività ricreative, i servizi itineranti, i servizi di educativa e l’integrazione scolastica. Tali interventi rappresentano circa il 40% degli interventi di cui i Comuni sono titolari.

I servizi domiciliari (l’assistenza domiciliare, il SAD integrato con l’ADI dell’ASUR, i servizi di prossimità e buon vicinato, ecc.), al momento della rilevazione rappresentavano solo il 12% degli interventi erogati dai Comuni. Recentemente, tali servizi sono stati sensibilmente potenziati in tutto il territorio dell’ATS n° 15, nella convinzione che, se le famiglie sono adeguatamente supportate nel loro lavoro di cura e assistenza dei soggetti più fragili, questi ultimi possono proseguire la propria permanenza nel proprio domicilio, senza necessità di essere istituzionalizzati.

Numerosi sono anche gli interventi di “informazione, orientamento, sensibilizzazione e prevenzione”, in cui rientrano tutti gli sportelli informativi e di orientamento organizzati dai Comuni dell’ATS n° 15, dai patronati e dalle associazioni del privato sociale. Tali attività sono di considerevole importanza, poiché rispondono al diritto del cittadino di essere correttamente informato sui servizi esistenti, inoltre, la corretta informazione ed un adeguato orientamento consentono alla persona di far fronte più

agevolmente alle difficoltà di vita quotidiana, prima che queste vengano percepite come difficoltà insormontabili dal cittadino stesso.

Dalla rilevazione risulta anche che, dei servizi a titolarità pubblica, solo il 7% è dei Comuni in forma associata.

In merito alla tipologia delle strutture esistenti, al momento della rilevazione, sul territorio del nostro ATS, il 45% di esse è rappresentata da centri di aggregazione per bambini, adolescenti e giovani e dai centri sociali per anziani. Questi ultimi, in base alla rilevazione, sono in totale n°37, di cui solamente uno di titolarità del pubblico.

Il 31% circa delle strutture, sono di carattere residenziale. Sono presenti nel nostro territorio, al momento della rilevazione, le seguenti tipologie di strutture: n° 4 comunità familiari per minori, n°5 comunità educative, una comunità alloggio per adolescenti, una comunità di pronta accoglienza per minori, una casa famiglia, n°3 comunità alloggio per persone con disturbi mentali, n° 3 comunità alloggio per gestanti o madri con figli, n° 3 comunità familiari per adulti, un centro di pronta accoglienza per adulti e un alloggio sociale per adulti in difficoltà, una comunità socio educativa riabilitativa, n° 9 case di riposo e n°7 residenze protette.

Delle strutture presenti, il 49% ha titolarità e gestione pubblica. Nessuna delle strutture pubbliche esistenti, ha titolarità o gestione di Comuni associati.

In merito al privato sociale, questo gestisce il 43% degli interventi e risulta avere la titolarità di più della metà delle strutture "sociali" (circa il 53%). La percentuale di presenza del privato sociale, aumenta ulteriormente se si considera la natura giuridica del soggetto che gestisce le strutture: in questo caso il privato è presente nel 72% dei casi.

Risultano essere 15, in totale, le strutture "sanitarie a rilevanza sociale": la maggior parte a titolarità e gestione del pubblico. Rientrano in questa area, strutture come: i centri diurni per soggetti psichiatrici (2), per tossicodipendenti (2), per disabili psico-fisico-sensoriali (1), strutture riabilitative residenziali (1), comunità protette (4), strutture di riabilitazione per tossicodipendenti (2), residenze sanitarie assistenziali per disabili (1) e per anziani non autosufficienti (2).

2.3 MINORI FUORI DALLA FAMIGLIA DI ORIGINE

I Comuni e l'ASUR (Consultorio familiare) sono da anni i soggetti competenti in materia di tutela dei minori, in collaborazione col Tribunale per i Minorenni.

In attuazione del "Progetto sperimentale innovativo per la riorganizzazione del Consultorio familiare al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie" predisposto ai sensi della DGR n°583/08 e del D.D. n°58/08 ([del.C.S. n°14 del 25/9/2008](#)) e del successivo protocollo di intesa Ambito – Distretto, ([protocollo](#)) è stata istituita l'équipe integrata per la tutela dei minori, composta da personale dei Comuni, dell'ATS e del Consultorio familiare ed è stato attivato lo "Sportello affido" con sede presso il Consultorio familiare, largo Belvedere Sanzio n° 1 – Macerata, aperto il lunedì, mercoledì, venerdì dalle ore 9 alle ore 12. ([depliant sportello](#))

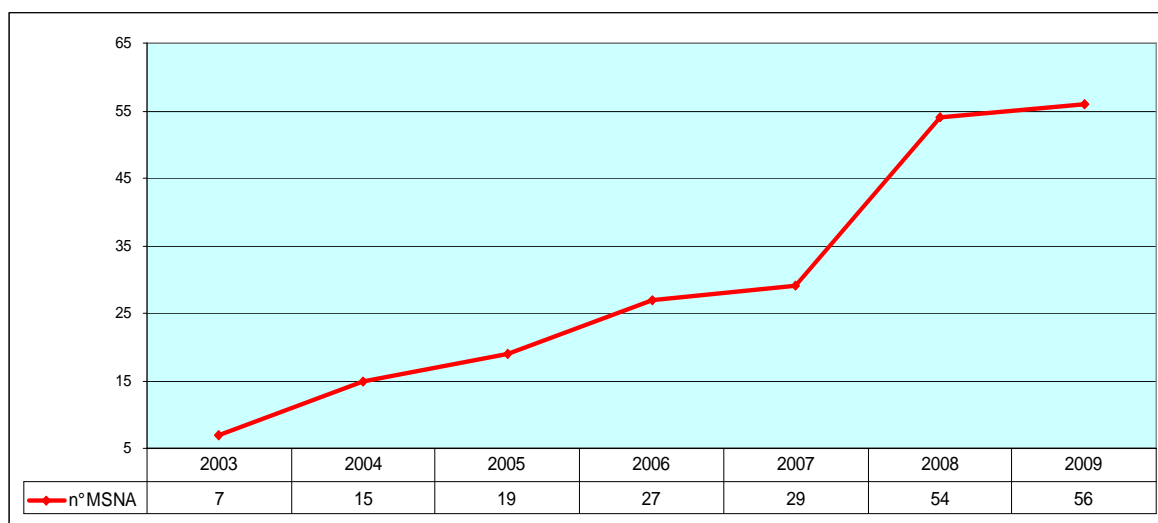
Scopo dell'iniziativa è la promozione della cultura dell'affido e della solidarietà, il potenziamento del servizio sociale e psicologico a favore dei minori fuori della famiglia, il sostegno alle famiglie affidatarie.

I minori fuori dalla famiglia, nell'anno 2009, sono stati:

- n°18 minori in affido a famiglia
- n°76 minori in comunità, di cui n°59 sono minori stranieri non accompagnati.

Il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati ha coinvolto soprattutto il Comune di Macerata in quanto comune sede di Questura. Dei 59 minori stranieri accolti, n°1 è stato a carico del Comune di Pollenza, n°2 a carico del Comune di Corridonia e n°56 a carico del Comune di Macerata.

Graf. n°44: trend minori stranieri non accompagnati – Comune di Macerata



Come si può osservare dal precedente graf. n°44, il trend dei minori stranieri non accompagnati accolti in struttura dal Comune di Macerata è stato negli ultimi anni in

continua crescita, passando da n° 7 del 2003 a n° 5 6 del 2009, con un aumento consistente tra il 2007 e il 2008.

Lo status di “minore straniero non accompagnato” è estremamente complesso: in quanto minore è soggetto da tutelare e, in base alla nostra normativa, è assimilabile al minore in stato di abbandono; in quanto straniero ha tutte le problematiche connesse all’essere immigrato, a volte è richiedente asilo politico, nella maggior parte dei casi è vittima di tratta. Viene in Italia in genere col consenso della sua famiglia, alla ricerca di un lavoro e di una vita migliore rispetto a quella riservatagli nel proprio Paese. Tali aspettative non vengono certo soddisfatte con il collocamento in Comunità.

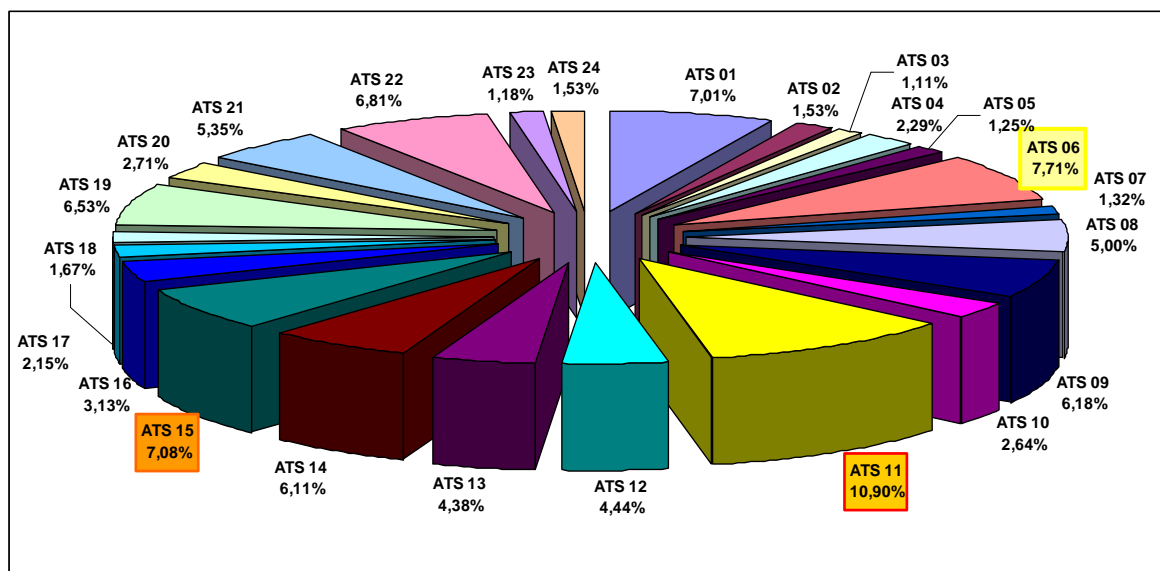
L’attuale normativa nazionale in tema di immigrazione e in tema di tutela dei minori è carente e inadeguata alla tutela dei minori stranieri non accompagnati. Inoltre, il primo problema legato ai minori stranieri non accompagnati è proprio l’accertamento della minore età, il più delle volte di difficile riscontro, soprattutto se si tratta di ragazzi che si dichiarano prossimi alla maggiore età.

In questi ultimi mesi il fenomeno si è un po’ ridimensionato anche per l’applicazione della legge sull’immigrazione del 2009, ma non si deve comunque smettere di riflettere sulla problematica che necessita di specifica normativa.

2.4 GLI ATTORI SOCIALI DEL TERRITORIO

Secondo la rilevazione effettuata dall'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e dal Sistema Informativo Statistico Regionale, al 31.12.2008, il territorio dell'ATS n° 15 risulta essere particolarmente ricco di organizzazioni del privato sociale.

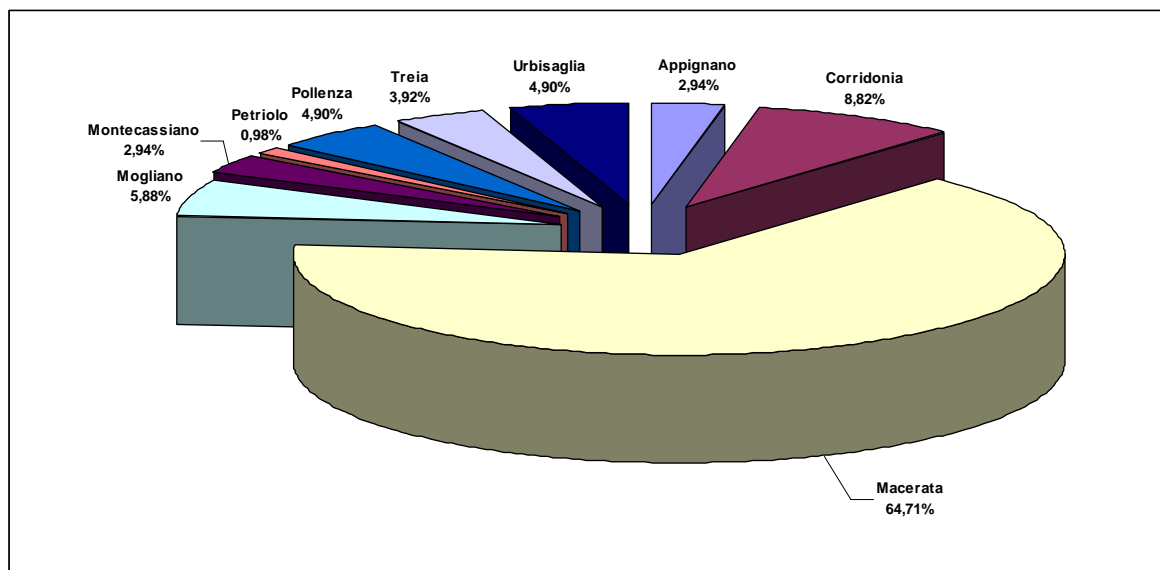
Graf. n°45: Percentuale organizzazioni di volontariato - iscritte e non iscritte al Registro regionale al 31/12/2008




Come dimostra il graf. n° 45, l'ATS n° 15 è il terzo Ambito, nella Regione Marche con la più alta percentuale di organizzazioni di volontariato, dopo l'Ambito di Ancona (con il 10,9%) e quello di Fano (con il 7,7%).


Analizzando nel dettaglio comunale la presenza delle organizzazioni di volontariato ([elenco OdV](#)), queste sono prevalentemente concentrate nel Comune capofila (64,71%), seguito da Corridonia (8,82%) e Mogliano (5,88%). Nei restanti Comuni la percentuale va dallo 0,98% di Petriolo al 4,90% di Urbisaglia e di Pollenza (vedi graf. 46). In questi Comuni, comunque, molto forte è la rete informale (es. il vicinato).

Graf. n°46: Percentuale organizzazioni di volontariato - iscritte e non iscritte al Registro regionale al 31/12/2008 – Dettaglio ATS15

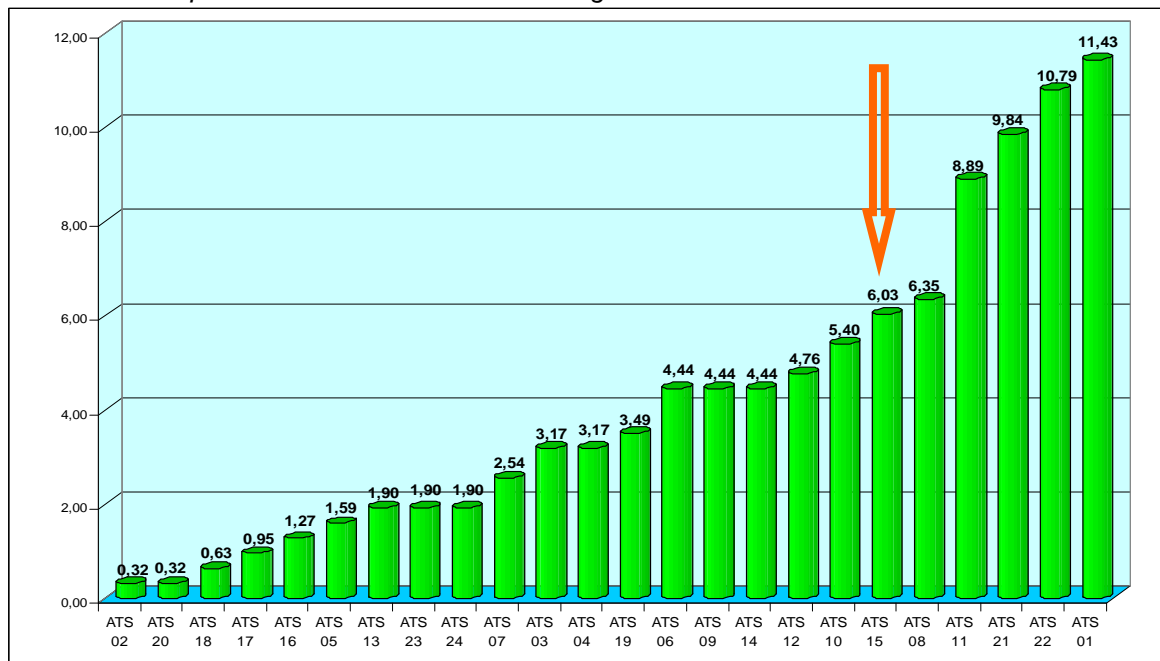


Nel nostro Ambito, delle 102 organizzazioni di volontariato rilevate, 67 (il 65,7%) sono iscritte al registro regionale: di queste n° 5 (equivalente al 4,9%) sono registrate nella sezione “Protezione civile”, contro una media regionale dell’11,7%. Il 34,3% delle Organizzazioni rilevate, infine, risultano non essere iscritte al registro regionale.

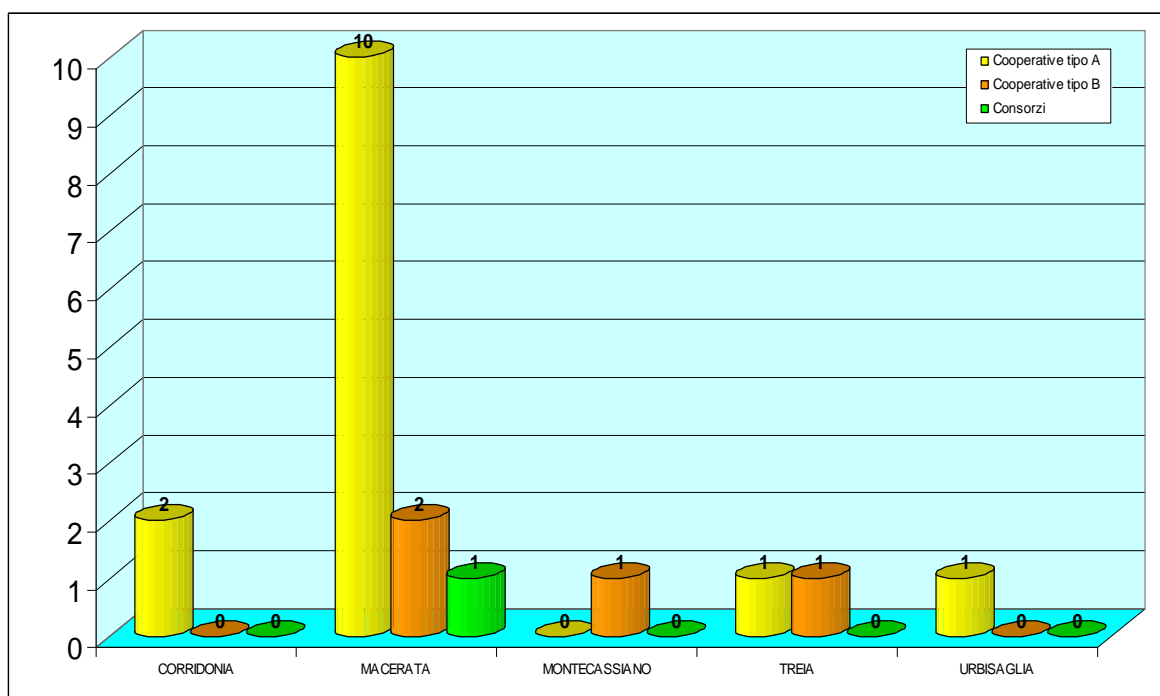
Decisamente più basso, sia a livello regionale che locale, il numero delle Organizzazioni di promozione sociale ([elenco OPS](#) ) , ne sono state rilevate 6, tutte operanti nel Comune di Macerata.

Anche per ciò che concerne la diffusione di Cooperative ([elenco Cooperative](#) ) , il territorio dell’ATS 15 risulta essere piuttosto ricco, come dimostrano i grafici n° 47 e n° 48 sotto riportati, in cui si illustra la percentuale di Cooperative per ciascun ATS della Regione, sul totale delle Cooperative iscritte all’Albo regionale.

Graf. n°47: Cooperative sociali iscritte all'Albo Regionale al 31/12/2008



Graf. n°48: Cooperative sociali iscritte all'Albo Regionale al 31/12/2008 - dettaglio ATS 15



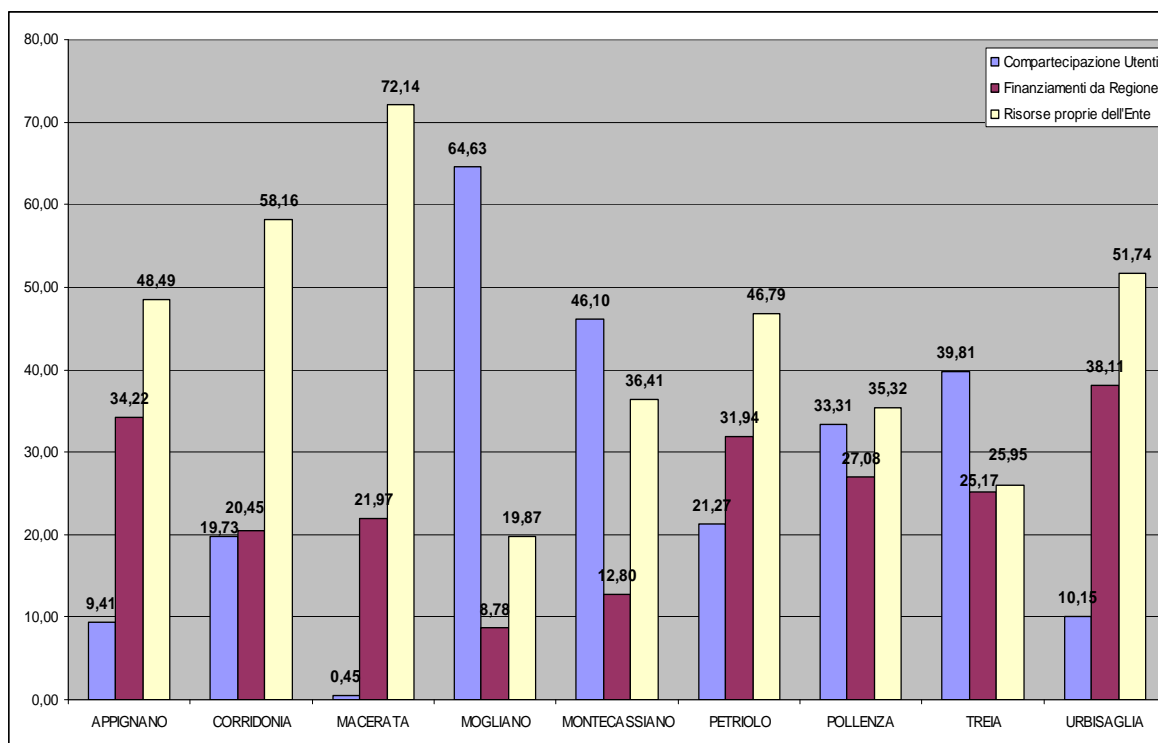
Come nel caso delle organizzazioni di volontariato, anche le Cooperative sono in gran parte concentrate nel Comune di Macerata (n° 13), seguito da Corridonia e Treia (rispettivamente n°2 Cooperative) ed infine Montecassiano e Urbisaglia (ciascuna con n° 1 Cooperativa).

Le cooperative presenti sono per la maggior parte di tipo “A”⁴ (n° 14), mentre quelle di tipo “B”⁵ sono solamente 4.

2.5 ENTITÀ E COMPOSIZIONE DELLA SPESA SOCIALE

I dati che seguono, relativi alle entrate e alla spesa sociale dei Comuni dell’Ambito, sono stati rielaborati dall’Osservatorio Regionale Politiche Sociali e dal Sistema Informativo Regionale, sulla base delle rilevazioni annuali dell’ISTAT.

Graf. n°49: Entrate per Comune - Anno 2005



Il graf. n°49 mette in evidenza le tre maggiori componenti delle entrate dei Comuni nell’anno 2005, relative al settore sociale. Esse provengono nell’ordine da: risorse proprie dell’Ente, compartecipazione degli utenti, finanziamenti regionali (sia Fondo Unico per le politiche sociali, sia dalle Leggi di settore quali L.R. 18/96, L.R. 9/03, L.R. 2/98, ecc.).

⁴ Cooperativa di tipo “A”: sono le cooperative nate per la gestione dei servizi socio-sanitari ed educativi. ⁴ Cooperativa di tipo “B”: sono quelle nate per lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate

⁵ Cooperativa di tipo “B”: sono quelle nate per lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate

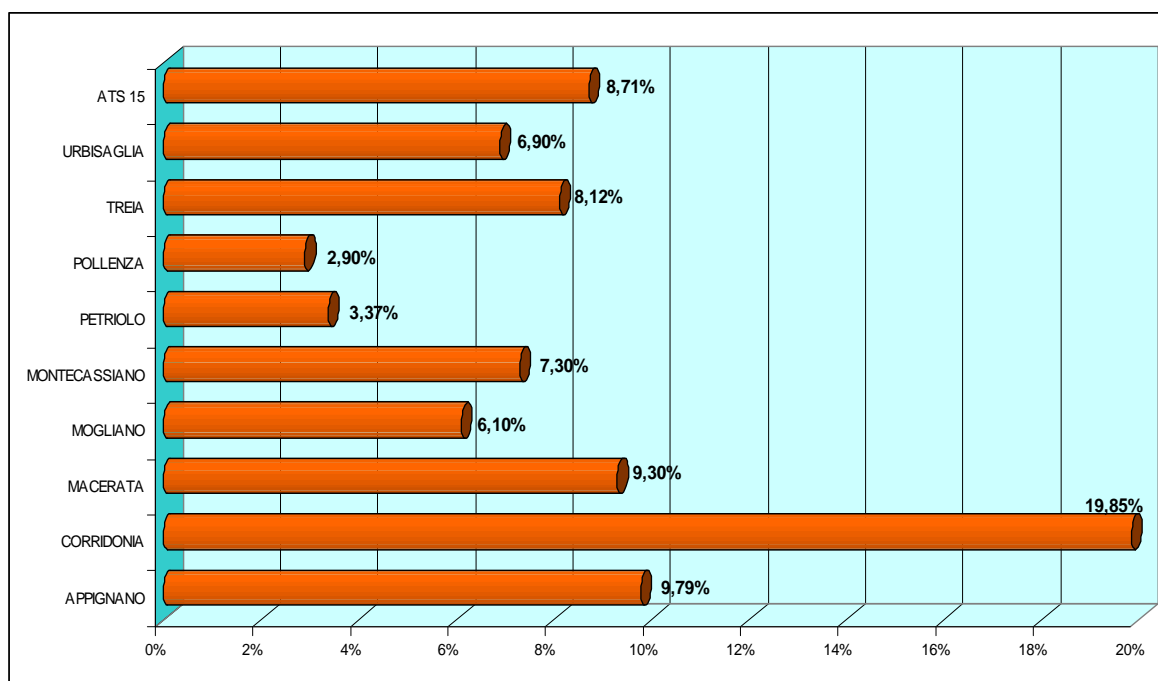
Analizzando nel dettaglio comunale le entrate, Macerata risulta essere il Comune che maggiormente finanzia i propri servizi sociali attraverso risorse proprie (72,14%), seguita da Corridonia (58,16%) e Urbisaglia (51,74%).

Il Comune di Mogliano, al contrario, è quello che risulta avere le maggiori entrate dalla compartecipazione degli utenti (64,63%), seguito da Montecassiano (46,10%) e da Treia (39,81%).

Il Comune di Macerata è, invece, quello con la percentuale di compartecipazione degli utenti più bassa di tutti i Comuni dell'ATS, arrivando solo allo 0,45%. La percentuale di compartecipazione degli utenti superiore al 9% in tutti i Comuni dell'ATS (con la sola esclusione di Macerata) è certamente da attribuire alla gestione diretta, da parte dei Comuni in questione, di servizi quali: Case di Riposo e Residenze Protette per Anziani, Nidi d'infanzia, Centri Diurni Estivi, ecc..

In merito alla compartecipazione degli utenti, l'89,15% riguarda l'area di intervento "anziani" per l'accoglienza in strutture residenziali (Case di Riposo e Residenze Protette), il 6,24%, invece, rappresenta la compartecipazione dei cittadini per l'area di intervento "famiglia e minori", in particolare per le Strutture semiresidenziali socio-educative, cioè Nidi e Centri per l'infanzia.

Graf. n°50: Incidenza della spesa sociale dell'Ent e sul totale della spesa corrente – anno 2005



Analizzando quanto la spesa relativa ai servizi sociali incide sul totale della spesa di ciascun Comune (graf. n°50), risulta che la percentuale più alta è quella del Comune di Corridonia, dove il 20% della spesa totale è relativa ai Servizi Sociali, seguita da quella

del Comune di Appignano (9,79%) e quella del Comune di Macerata (9,30%). Dei restanti Comuni, quello con la percentuale più bassa è Pollenza (2,90%).

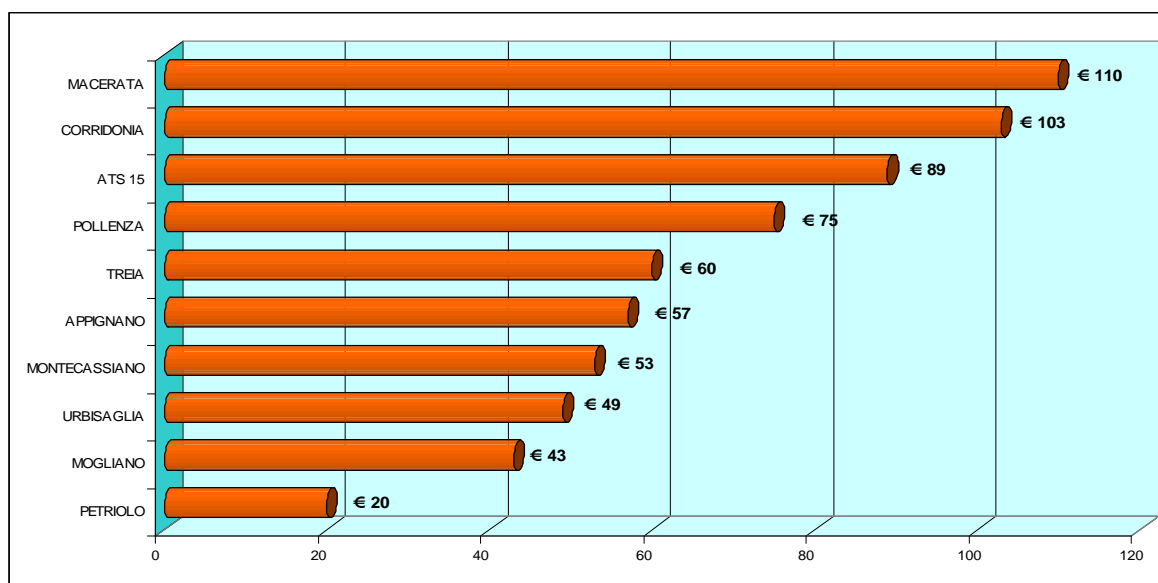
Si ritiene che tale incidenza possa essere influenzata dalla titolarità di strutture da parte dei Comuni: in effetti Corridonia è l'unico Comune dell'Ambito ad essere titolare e gestore sia di una Casa di Riposo (con modulo di Residenza Protetta) per anziani, che di un Nido per l'infanzia, che di un Centro Socio educativo riabilitativo per disabili.

Tutti gli altri Comuni, ad esclusione di Macerata, Appignano e Urbisaglia (nei quali le Case di Riposo sono di proprietà di altri enti pubblici quali ex IPAB o Istituzioni), sono titolari e gestori di Casa di Riposo (con nuclei di Residenze Protette) e, nel caso di Treia, anche di un Centro socio educativo riabilitativo per disabili. Gli stessi non sono titolari di Nidi o Centri per l'infanzia, ad eccezione, in tal senso, di Macerata, che al momento della rilevazione era titolare di tre nidi d'infanzia più uno in convenzione (attualmente è titolare di n°4 nidi più uno in convenzione).

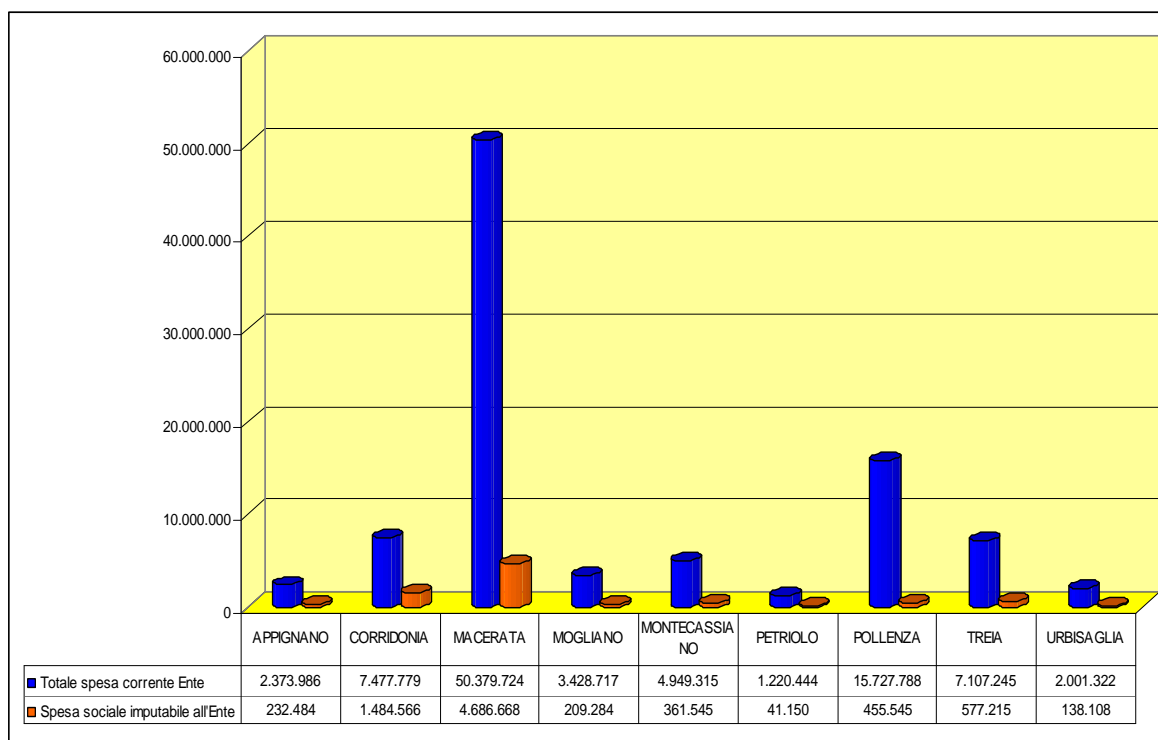
Macerata risulta essere il Comune dell'Ambito che ha la spesa pro capite più alta (€ 110,00), seguita da Corridonia (€ 103,00) e Pollenza (€ 75,00).

Tali dati, descritti nei due grafici n° 51 e n° 52 che seguono, sembrerebbero essere incongruenti rispetto al grafico sopra riportato: la disparità che si può notare tra la percentuale di spesa sociale (calcolata in proporzione al totale delle spese dell'Ente) e la spesa sociale pro-capite, è spiegabile se si considera il totale della spesa corrente dell'Ente (graf. 52): si può infatti notare che Macerata e Pollenza sono i Comuni con le spese totali più elevate, seguite da Corridonia e Treia.

Graf. n°51: Spesa sociale pro-capite dell'Ente – a nno 2005



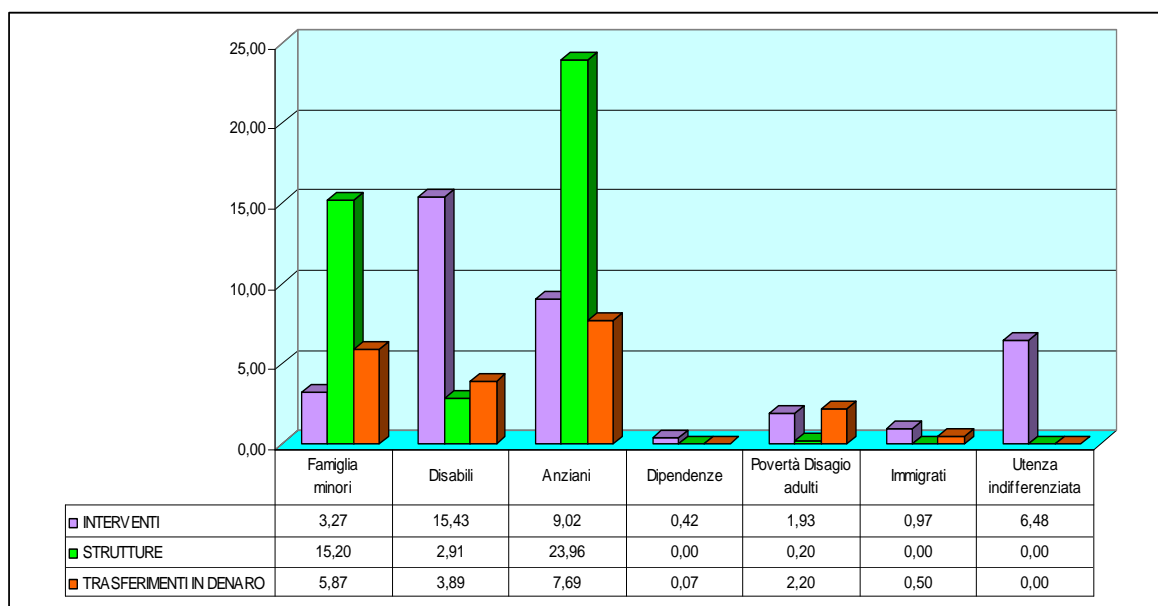
Graf. n°52: Totale spesa corrente e spesa sociale dei Comuni dell'ATS 15 – anno 2005



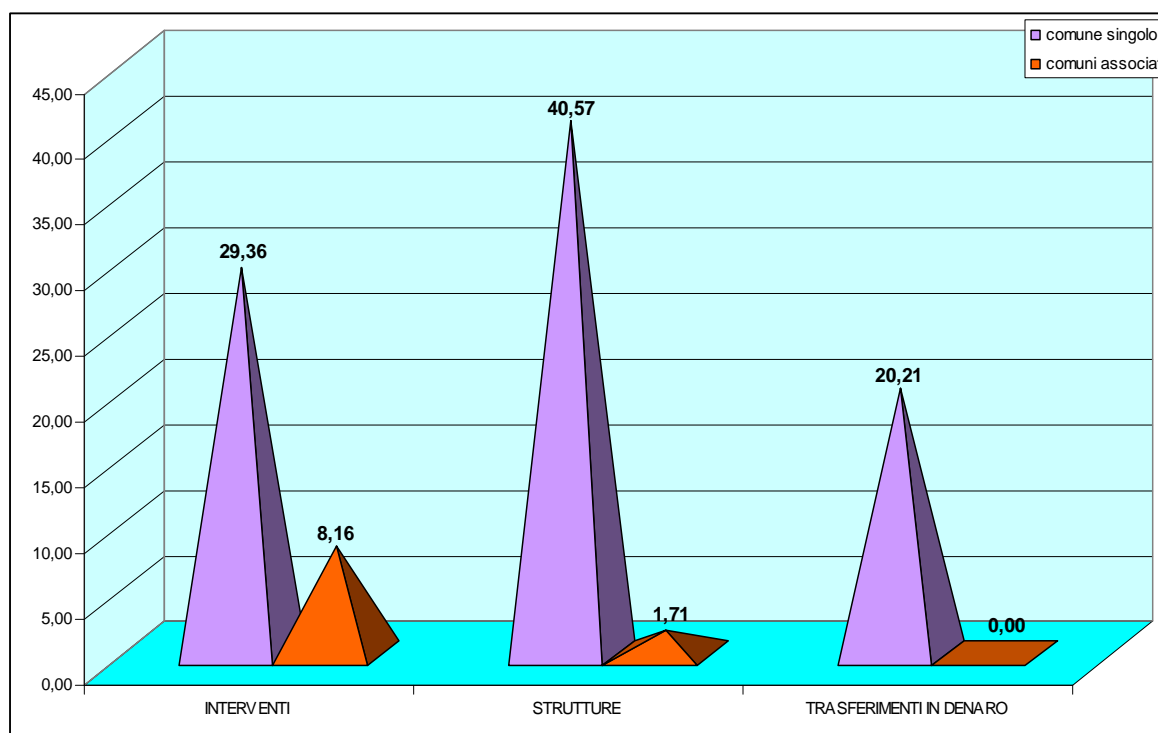
Rispetto alle aree organizzative (graf. n° 53), la maggior spesa riguarda l'accoglienza in "strutture" (strutture semiresidenziali socio-ricreative, strutture semiresidenziali socio-educative e strutture residenziali), prioritariamente per gli anziani (23,96%), poi per i minori (15,20%) e disabili (2,91%). Per quanto riguarda gli "interventi" (servizi alla persona come: servizio sociale professionale, sostegno ai minori, persone e famiglia, integrazione sociale, ecc.) la maggior concentrazione di spesa riguarda i disabili (15,43%) e gli anziani (9,02%).

I trasferimenti in denaro (es. trasferimenti per rette, per attivazione di servizi e per integrazione al reddito) rappresentano il 20,21% della spesa sociale degli Enti locali e sono prevalentemente destinati agli anziani (7,69%), a famiglie e minori (5,87%) e ai disabili (3,89%).

Graf. n°53: Spesa lorda - Aree di utenza per Sezioni ed Aree organizzative - Anno 2005



Graf. n°54: Titolarità della spesa per Sezioni ed Aree organizzative - Anno 2005



Come risulta dal graf. n° 54 sopra riportato, al momento della rilevazione (anno 2005) il 90,13% della spesa sociale è a titolarità dei Comuni singoli. La spesa associata (che si attesta al 9,87%), è dedicata prevalentemente all'area organizzativa degli "interventi".

Nella nostra Regione la maggior percentuale di spesa associata è concentrata negli Ambiti in cui sono presenti le Comunità Montane poiché i singoli Comuni avevano

“delegato” alle Comunità Montane, ancor prima dell’istituzione degli Ambiti, la gestione dei servizi sociali. Nel nostro Ambito, al contrario, la gestione associata risulta essere (al momento della rilevazione) una gestione residuale, poiché nella maggior parte dei Comuni i Servizi Sociali erano già storicamente presenti come gestione autonoma.

È da sottolineare, però, che nel tempo i Comuni hanno sperimentato i vantaggi e l’economicità della gestione associata dei servizi e sempre di più ad essa si affidano, anche in conseguenza dei sempre più limitati finanziamenti.

3. LE AZIONI DI SISTEMA

3.1 ASSETTO ISTITUZIONALE

3.1.1. Il ruolo istituzionale dell'ATS

Gli Ambiti territoriali Sociali, istituiti con D.G.R. n° 337 del 13/2/2001 e operanti nella Regione Marche dal giugno 2002, hanno comportato una considerevole innovazione nel contesto del sistema dei servizi sociali.

Avviati soprattutto con l'obiettivo di costruire un sistema dei servizi sociali e socio-sanitari, secondo il principio della sussidiarietà orizzontale e di garantire ai cittadini dei Comuni di uno stesso territorio, a parità di bisogni, gli stessi servizi e interventi, hanno sperimentato positivamente la fase di programmazione dei servizi e l'avvio della gestione associata di alcune funzioni attraverso la realizzazione di numerosi progetti.

I Comuni dell'ATS n° 15 provengono da una gestione individuale dei servizi sociali, con interventi eterogenei, più sviluppati nei Comuni più grandi, meno in quelli piccoli.

L'istituzione dell'Ambito Sociale ha costretto i loro rappresentanti politici e i loro tecnici a incontrarsi, riunirsi, discutere dei problemi sociali fra loro e con gli altri soggetti pubblici e privati, prendere consapevolezza dei numerosi problemi da affrontare, socializzare le esperienze positive in atto. La partecipazione dei diversi soggetti pubblici e privati del territorio alla consultazione – concertazione e coprogettazione dei servizi e interventi socio-assistenziali e socio-sanitari è stata elevata e coinvolgente, favorendo e la costruzione di relazioni significative fra i soggetti interessati e il rafforzamento della cultura del sociale. Oltre alla programmazione unitaria realizzata con i due Piani di Zona e i diversi Piani di settore, sono stati realizzati in forma associata numerosi interventi e progetti, con un conseguente incremento dei servizi soprattutto nei Comuni più piccoli dell'ATS.

Lo strumento utilizzato è stato quello dell'Accordo di programma.

Questa prima sperimentazione ha fatto però emergere alcune criticità:

- la mancanza di personalità giuridica dell'Ambito rende debole tale organismo;
- il ricorso all'Ente capofila per l'aspetto gestionale e contabile crea problemi circa la collocazione del Bilancio di Ambito, l'assunzione del personale, il rispetto del patto di stabilità, ecc.;
- la programmazione di Ambito sganciata dai singoli bilanci comunali può comportare discrepanza fra quanto programmato e quanto realizzato;
- la programmazione unitaria dei servizi e il permanere della loro gestione in capo ai singoli Comuni rendono difficile l'omogeneizzazione dei servizi e delle modalità di accesso ad essi;
- la mancanza di personale stabile crea disfunzioni operative.

In considerazione di ciò, la Regione Marche ha emesso una serie di atti tendenti al rafforzamento istituzionale dell'Ambito e alla gestione associata dei servizi, indicando gli strumenti giuridici previsti dal D.L.267/2000 e cioè: l'Azienda speciale consortile, l'Unione dei Comuni, la Convenzione intercomunale con la costituzione dell'Ufficio Comune, che opera con personale dell'Ambito e con personale distaccato dei Comuni. La Regione ha previsto anche un incentivo economico per la gestione associata.

In seguito alle predette indicazioni regionali e alla sperimentazione delle criticità precedentemente citate, il Comitato dei Sindaci ha dato incarico ai Segretari Comunali di analizzare giuridicamente quale fosse lo strumento più adeguato per la gestione dei servizi sociali in forma associata nel nostro territorio.

Il tavolo di lavoro, costituito dai Segretari dei Comuni dell'Ambito e dalla sottoscritta, ha elaborato un documento ([Relazione sul modello di "governance" delle politiche sociali](#)) che è stato la base di discussione per giungere poi alla scelta dello strumento della Convenzione intercomunale con l'istituzione dell'Ufficio Comune, quale primo avvio del percorso di gestione associata che potrà condurre poi all'Unione dei Comuni.

In conseguenza di ciò l'ATS n° 15 ha aggiunto alle funzioni di coordinamento, programmazione e pianificazione dei servizi anche quella di gestione, con conseguente aumento delle competenze attribuite al Comitato dei Sindaci, al Coordinatore d'Ambito, all'Ufficio di Piano.

Il Comitato dei Sindaci

E' formato dai Sindaci dei Comuni aderenti all'Ambito Territoriale Sociale n° 15, ovvero da loro delegati ([composizione](#)).

Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento ([regolamento](#)).

Con la stipula della convenzione per la gestione associata si è rafforzato il suo ruolo di organo rappresentativo degli Enti Locali con potere decisionale sul sistema dei servizi.

Svolge le funzioni di indirizzo programmatico, amministrativo, di attuazione e di controllo delle attività in tema sociale e socio-sanitario e in materia di programmazione, organizzazione, verifica e valutazione dei servizi e delle prestazioni può consultare esperti in materia, nonché i cittadini, le associazioni di categoria, le organizzazioni sindacali e del terzo settore.

In particolare il Comitato dei Sindaci è competente a:

- a) formulare le direttive per la predisposizione del piano sociale di Ambito, previa concertazione con le realtà territoriali;
- b) approvare il Piano sociale di Ambito;
- c) predisporre gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi;

- d) coordinare l'attuazione delle iniziative incluse nel Piano Sociale di Ambito, al fine della loro sinergica realizzazione;
- e) approvare il bilancio preventivo dei servizi sociali di Ambito e il relativo rendiconto di gestione;
- f) sovrintendere alla funzione di monitoraggio di tutte le iniziative interne ed esterne in corso di esecuzione;
- g) verificare la corrispondenza delle attività svolte con le finalità della convenzione per la gestione associata dei servizi;
- h) nominare il Dirigente-Coordiatore di Ambito con incarico conseguente conferito dal sindaco del Comune capofila;
- i) nominare le Commissioni sulla base della normativa regionale;
- j) provvedere ad ogni altra incombenza atta ad assicurare il migliore raggiungimento degli scopi previsti dal Piano Sociale di Ambito e dalla convenzione:

Le deliberazioni del Comitato dei Sindaci sono firmate dal Presidente (Sindaco del Comune di Macerata) e dal Coordinatore, sono pubblicate sul sito del Comune capofila (Comune di Macerata) e sono trasmesse ai Comuni associati.

Il Comitato dei Sindaci si riunisce di norma 1 volta al mese. Le riunioni complessive sono state n° 77 e le deliberazioni sono state n° 168, quasi tutte prese all'unanimità.

Coincide col Comitato di distretto sanitario e si raccorda con la Conferenza dei Sindaci per i principali indirizzi in materia socio-sanitaria.

Si raccorda con la Regione Marche attraverso la partecipazione alla Consulta regionale degli ambiti sociali.

Ha sempre svolto attività concertativa con i soggetti del territorio per la predisposizione dei Piani sociali di Ambito e dei Piani di settore.

Il percorso di concertazione effettuato per la costruzione di questo piano sociale è descritto nel successivo paragrafo 3.1.2.

Il Coordinatore – Dirigente di Ambito

E' coordinatore dei processi di "governance", responsabile delle proposte al Comitato dei Sindaci, referente dei percorsi di coprogettazione degli interventi definiti in sede di concertazione, coordinatore dell'Ufficio di piano, promotore dei processi di integrazione socio-sanitaria interfacciandosi col Direttore del distretto sanitario. Oltre a ciò svolge funzioni di direzione dell'Ufficio Comune.

E' scelto fra gli iscritti in un apposito elenco regionale; ha un contratto a tempo determinato, rinnovabile e conferimento di incarico da parte del comune capofila, su indicazione vincolante del Comitato dei Sindaci.

A lui competono la direzione dei servizi e funzioni dell'Ambito, compresa l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi concernenti la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, ivi compresi autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali, di controllo.

Nell'ottica della sussidiarietà verticale partecipa stabilmente:

- alla Consulta Regionale dei Coordinatori,
- al Coordinamento Provinciale delle Politiche sociali.

Nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria, partecipa stabilmente:

- al Collegio di Direzione della Zona-ASUR 9,
- all'U.C.A.D. del Distretto sanitario,
- al Comitato interdipartimentale per le dipendenze patologiche, in rappresentanza di coordinatori degli Ambiti della Provincia di Macerata,
- al Comitato di partecipazione dei Cittadini alla tutela della salute.

L'Ufficio di Piano

Composto dai responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito e dal Dirigente del Distretto sanitario ([componenti](#) ) , svolge le seguenti funzioni:

- a) collabora col Coordinatore d'Ambito per la redazione del Piano sociale e dei Piani di settore;
- b) garantisce su tutto il territorio dell'Ambito una programmazione condivisa e una gestione omogenea della rete dei servizi sociali;
- c) partecipa, insieme al coordinatore d'Ambito, ai tavoli di consultazione, concertazione e coprogettazione con i vari attori sociali del territorio;
- d) partecipa alla gestione associata dei servizi e progetti previsti nella convenzione, coordinando gli interventi e i servizi associati nel proprio territorio comunale secondo criteri e modalità condivise e a tal fine opera presso l'Ufficio comune almeno un giorno al mese e ogni qualvolta si renda necessario, garantendo così continuità fra Ambito e territorio.

3.1.2 Gli strumenti di programmazione dell'ATS.

Una delle principali caratteristiche degli Ambiti Territoriali Sociali è quella di aver dato inizio, in applicazione della L.328/00 e delle indicazioni regionali, ad una programmazione "integrata e partecipata", svolta dunque non più a livello verticistico all'interno degli uffici, ma col coinvolgimento di tutti i Comuni dell'ATS 15, delle altre

istituzioni pubbliche competenti in materia (Provincia, Prefettura, Questura, Scuole, Distretto sanitario, U.E.P.E., ecc. e degli attori del privato sociale presenti sul territorio).

La metodologia adottata è stata quella della consultazione-concertazione-coprogettazione.

La consultazione si articola nella raccolta delle conoscenze e delle opinioni dei portatori di interesse.

La concertazione è un processo di definizione delle scelte da parte di un soggetto istituzionale attraverso il confronto con le indicazioni di soggetti diversi, istituzionali e non.

La coprogettazione prevede il coinvolgimento diretto di soggetti interessati alla programmazione di un progetto o di un intervento.

Il risultato è quello di un piano sociale quale frutto di un processo che definirei di “co-costruzione” fra soggetti diversi che hanno condiviso, in seguito al confronto e alla negoziazione, finalità, obiettivi e priorità da perseguire.

Il processo consultivo-concertativo per la elaborazione di questo piano sociale ha avuto avvio con una riunione fra rappresentanti del Comitato dei Sindaci e le tre sigle sindacali provinciali: CGL, CISL, UIL. ([verbale](#))

Sono stati poi effettuati i sotto elencati tavoli di lavoro di settore a cui hanno partecipato rappresentanti del Comitato dei Sindaci, dell'Ufficio di Piano, il Coordinatore d'Ambito, Istituzioni pubbliche, cooperative, organizzazioni sindacali e di categoria, associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato.

Per garantire una programmazione socio-sanitaria integrata, ad ogni tavolo di lavoro ha sempre partecipato il Direttore del distretto sanitario e anche altri operatori della sanità.

Tavoli di consultazione-concertazione di settore:

- famiglia, infanzia e adolescenza ([elenco partecipanti](#))
- giovani e prevenzione delle dipendenze patologiche ([elenco partecipanti](#))
- disagio adulto (povertà estrema, prostituzione e tratta, inclusione sociale ex carcerati, ecc.) ([elenco partecipanti](#))
- disabilità psico-fisica ([elenco partecipanti](#))
- salute mentale ([elenco partecipanti](#))
- immigrazione ([elenco partecipanti](#))
- anziani ([elenco partecipanti](#))

Tab. n°5: tavoli di consultazione - concertazione

Tavoli	Organismi rappresentati	N° partecipanti	Tot. partecipanti	
Tavolo Sindacale	Comitato dei Sindaci	2	13	
	Ufficio di Piano	1		
	ATS	2		
	Distretto Sanitario	2		
	CGIL	2		
	CISL	4		
Tavolo infanzia, adolescenza e famiglia	Comitato dei Sindaci	3	41	
	Ufficio di Piano	1		
	ATS	2		
	Distretto sanitario	2		
	Dip. Materno Infantile ASUR ZT9	1		
	équipe affido	2		
	Questura	1		
	Ufficio Scolastico Provinciale	1		
	Scuole	I.C. "Monti"		6
		I.C. "della Robbia"		
		I.C. di Colmurano		
		Convitto Nazionale "Leopardi"		
	Genitori	Asilo nido Topolino		3
		Asilo nido L'Aquilone		
	CISL	1		
	CGIL	1		
	CUPLA	1		
	Associazioni di volontariato	Diocesi di Fermo		12
		Associazione Il Lume		
		Associazione La Goccia		
Associazione A.Ge.				
Associazione Piombini Sensini				
Associazione Glatad				
Associazione Praxis				
Associazione Scuola di Discussione				
Associazione Hyperion				
Associazione M.G.S. – Ser.Mi.Go.				
Cooperative	Cooperativa Sociale Di Bolina	4		

		Cooperativa Sociale Il Faro			
		Cooperativa Sociale Rapadura			
Tavolo politiche giovanili e prevenzione dipendenze patologiche	Comitato dei Sindaci		2	22	
	ATS		2		
	DDP		3		
	UMEE		1		
	Scuole	Istituto Statale d'Arte "G. Cantalamessa"			2
		Istituto Tecnico Agrario "G. Garibaldi"			
	Rappresentanti degli studenti	Istituto Statale d'Arte "G. Cantalamessa"			3
		Istituto Tecnico Agrario "G. Garibaldi"			
	CGIL		1		
	ACLI		1		
	Associazioni	Associazione Strade d'Europa			4
		Associazione GLATAD			
		Centro Parrocchiale S. Lorenzo di Urbisaglia			
Cooperative	Cooperativa Sociale Di Bolina		3		
	Cooperativa Sociale PARS				
Tavolo disagio adulto	Comitato dei Sindaci		1	11	
	ATS		2		
	UPS		2		
	CIOF – Prov. Mc		1		
	UEPE		1		
	CISL		1		
	CUPLA		1		
	Associazioni	Centro di Ascolto e Prima Accoglienza			2
		Associazione Il Lume			
Tavolo anziani	Comitato dei Sindaci		3	37	
	ATS		2		
	Distretto sanitario		2		
	Ufficio di Piano		1		
	IRCR		2		
	CGIL		2		
	CISL		1		
	ACLI		2		
	CUPLA		2		
	Associazioni	A.D.A.			16






		ANESCAO			
		AUSER			
		AVULSS Macerata			
		Caritas Appignano			
		Caritas diocesana Macerata			
		Centro Sociale Anziani Mogliano			
		Centro Sociale Corridonia			
		Cittadinanzattiva Tribunale del Malato			
		Croce Rossa Italiana			
		Croce Verde – Mogliano			
		Gruppo di Volontariato Vincenziano			
	Cooperative	Cooperativa Sociale Rapadura	4		
		Cooperativa Sociale COOSSMarche			
		Cooperativa Sociale Il Faro			
Tavolo disabilità	Comitato dei Sindaci		3	33	
	ATS		2		
	Ufficio di Piano		1		
	Distretto sanitario		2		
	Scuole	I.C. "Paladini"			9
		I.C. "Monti"			
		I.C. "Manzoni"			
		ITAS "P.M. Ricci"			
		Istituto Tecnico Agrario "G. Garibaldi"			
		IPSIA "Corridoni"			
		I.I.S. "Bramante"			
		I.I.S. "Pannaggi"			
	CISL		1		
	CGIL		1		
	Associazioni	I Nuovi Amici			9
Associazione Paraplegici Marche					
ENS					
ANFFAS					
ANMIC					
ANMIL					
Centro Sportivo Castel Lornano					
Cooperative	Il Faro		5		
	Rapadura				

		La Talea			
		Di Bolina			
		Pet Village			
Tavolo salute mentale	Comitato dei Sindaci		1	12	
	ATS		2		
	Ufficio di Piano		1		
	Distretto sanitario		1		
	Dipartimento Salute Mentale		1		
	CISL		1		
	CGIL		1		
	Associazioni	Glatad			3
		AMA			
		Ass. Prov.le Familiari Handicappati Psichici			
Cooperative	La Talea		2		
	Di Bolina				
Tavolo immigrazione	Comitato dei Sindaci		1	19	
	Ufficio di Ambito		2		
	Ufficio di Piano		1		
	Distretto sanitario		1		
	DMI ASUR Z.T. 9		1		
	Questura		1		
	Prefettura		1		
	UEPE		1		
	Associazioni	Associazione Perù			9
		Glatad			
		Centro di Ascolto e Prima Accoglienza			
		Gruppo di Volontariato Vincenziano			
		MGS – Sermigo			
GUS					
ANOLF					
ACSIM					
Cooperative	Cittadini del Mondo 2		1		

Tab. n°6: sintesi attori sociali partecipanti ai tavoli di concertazione

	Istituzioni pubbliche	Sindacati	Associazioni di categoria	Cooperative	Associazioni di volontariato	Privati cittadini	Totale
Tavolo sindacale	7	6	-	-	-	-	13
Tavolo infanzia, adolescenza e famiglia	19	2	1	4	12	3	41
Tavolo politiche giovanili e prevenzione dipendenza patologiche	10	1	1	3	4	3	22
Tavolo disagio adulto	7	1	1	-	2	-	11
Tavolo anziani	10	3	4	4	16	-	37
Tavolo disabilità	17	2	-	5	9	-	33
Tavolo salute mentale	6	2	-	2	3	-	13
Tavolo immigrazione	9	-	-	1	9	-	19
Totale	85	17	7	19	53	6	188

Da tempo sono inoltre attivi i seguenti *Tavoli di co-progettazione*:

- Tavolo di lavoro sui percorsi assistenziali per anziani fragili ([elenco partecipanti](#) .
- Tavolo di lavoro sui percorsi assistenziali per diversamente abili ([elenco partecipanti](#) .
- Tavolo di lavoro sui "Criteri unitari di Ambito per il funzionamento dei servizi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza" ([elenco partecipanti](#) .
- Tavolo di lavoro sui servizi per malati di Alzheimer e demenza in genere ([elenco partecipanti](#) .
- Tavolo di lavoro sui minori fuori dalla famiglia ([elenco partecipanti](#) .

- Tavolo di monitoraggio Piano non autosufficienza ([elenco partecipanti](#)).
- Tavolo di lavoro sulle Residenze Protette per anziani e carta dei servizi ([elenco partecipanti](#)).

Tab. n°7: tavoli di co-progettazione

Tavolo	Soggetti Coinvolti	N° incontri	Tot. presenze
Percorsi assistenziali per anziani fragili	Coordinatore ATS 15	3	16
	A.S. Comune di Mogliano		
	A.S. Comune di Macerata		
	A.S. Distretto Sanitario – Macerata		
	Istruttore direttivo Comune di Montecassiano		
	Dirigente ASUR – Zona 9		
	Direttore Distretto Sanitario ASUR – Zona 9		
Percorsi assistenziali per diversamente abili	A.S. Comune di Macerata	4	15
	A.S. Comune di Petriolo		
	A.S. Comune di Pollenza		
	Dirigente Servizi Sociali Comune di Treia		
	A.S. UMEE		
	Psicologa UMEA		
Criteri unitari di Ambito per i servizi a favore dell'infanzia e dell'adolescenza	Dirigente Servizio Scuola Comune di Macerata	4	14
	A.S. Comune di Urbisaglia		
	A.S. di Ambito		
	A.S. Comune di Macerata		
	Dirigente Servizi Scolastici Comune di Corridonia		
	Istruttore direttivo Comune di Appignano		
	A.S. Comune di Corridonia		
Servizi per malati di Alzheimer e altre forme di demenza	Coordinatore ATS 15	10	84
	Direttore Distretto Sanitario – ASUR Z.T. 9		
	A.S. Distretto Sanitario – ASUR Z.T. 9		
	rappresentante FNP – CISL		
	rappresentante FP – CGIL		
	rappresentante CGIL		
	rappresentante CISL		

	rappresentante UILP		
	Direttore servizi residenziali IRCR		
	rappresentante Comune di Macerata		
	psicologa Comune di Macerata		
	rappresentante Consiglio di Amministrazione IRCR		
	Sindaco di Macerata		
	Assessore Servizi Sociali Comune di Macerata		
	Geriatrici ASUR – Z.T. 9		
	rappresentante Confartigianato		
	rappresentante Fondazione Carima		
	rappresentante ANTEAS		
	rappresentante AFAM		
	rappresentante AMA		
Équipe integrata tutela dei minori	Coordinatore ATS 15	5	48
	Direttore Distretto Sanitario – ASUR Z.T. 9		
	Psicologa équipe affido		
	A.S. équipe affido		
	A.S. Consultorio ASUR – Z.T. 9		
	Psicologa Consultorio ASUR – Z.T. 9		
	operatore Associazione Mondo Minore		
	operatore Associazione Piombini Sensini		
	operatore Associazione La Goccia		
	operatore Associazione ACSIM		
	operatore Consultorio familiare “Il Portale”		
	operatore Scuola di discussione		
	A.S. Comune di Petriolo		
	A.S. Comune di Urbisaglia		
	A.S. Comune di Pollenza		
	A.S. Comune di Macerata		
	psicologa Comune di Macerata		
A.S. Comune di Mogliano			
Neuropsichiatra ASUR – Z.T. 9			
A.S. Comune di Corridonia			
Piano non	Coordinatore ATS 15	2	11

autosufficienza	Coordinatore ATS 16		
	Coordinatore ATS 14		
	Coordinatore ATS 17 e 18		
	rappresentanti UIL – UILP		
	rappresentanti SPI – CGIL		
	rappresentanti FNP – CISL		
	rappresentanti CISL		
	rappresentanti CGIL		
	operatori Ufficio ATS 15		
Residenze Protette e Carta dei Servizi	Coordinatore ATS 15	1	8
	operatore Ufficio di Ambito		
	rappresentante R.P. di Urbisaglia		
	rappresentante di Pollenza		
	rappresentante di Corridonia		
	rappresentante IRCR di Macerata		
	rappresentante R.P. di Montecassiano		
TOT.		29	204

Nel triennio di riferimento di questo Piano dovrà continuare e ulteriormente svilupparsi il processo partecipativo in atto, attraverso la prosecuzione dei tavoli di lavoro di “co-progettazione”, ma anche l’avvio e lo sviluppo di tavoli di lavoro di “co-gestione”. Al fine di creare “rete” fra i diversi soggetti pubblici e privati che operano nel settore dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, è necessario passare dalla consultazione-concertazione alla co-progettazione e da questa alla co-gestione. E’ necessario cioè riunire intorno a un tavolo tutti i soggetti del territorio che operano in un determinato settore, individuare finalità e obiettivi condivisi, stabilire modalità, risorse e compiti di ciascuno per il raggiungimento di tali obiettivi. Effettuare insieme monitoraggio e verifica per ulteriore riprogettazione. Il tutto in una ottica di “sussidiarietà orizzontale” intesa come riconoscimento al privato di pubbliche responsabilità senza la dismissione da parte del pubblico di proprie funzioni e compiti.

3.1.3 La gestione associata dei servizi

Il Comitato dei Sindaci con Deliberazione n°8 del 24/03/2010 ha individuato quale forma immediata per la gestione associata dei servizi sociali la Convenzione intercomunale con l'istituzione dell'Ufficio Comune, nell'ottica di giungere nel triennio alla costituzione dell'Unione dei Comuni.

Con deliberazione n° 10 del 30/6/2010 ha approvato poi lo schema di convenzione ([convenzione](#)) fra i Comuni dell'Ambito per l'esercizio associato della funzione sociale e la gestione associata dei servizi sociali.

Tab. n°8: Servizi a programmazione e gestione associata

Area/Settore	Servizio/Progetto	Attività	Tipologia gestione
Programmazione	Ufficio di Ambito in collaborazione con l'Ufficio di Piano	Piano Sociale di Ambito triennale, Piano di azione annuale, piani di settore, progetti vari, tavoli di consultazione – concertazione con i soggetti pubblici e privati del territorio; predisposizione materiale per il Comitato dei Sindaci; coordinamento Ufficio di Piano; coordinamento UPS; coordinamento Commissione Tecnica ai sensi della L.R. 20/02 e della L.R. 9/03; gestione dei servizi associati; gestione Bilancio di Ambito.	
Informazione	Uffici di Promozione Sociale	Promozione sociale; Informazione sui servizi socio-sanitari del territorio dell'ATS; Prima accoglienza e segretariato sociale a favore dei cittadini; Azione di filtro circa i servizi sociali comunali	Diretta

Famiglia	Potenziamento sociale del Consultorio familiare	potenziamento équipe affido e minori fuori dalla famiglia; integrazione dell'équipe con il privato sociale; corso supervisione; Formazione e supervisione delle Assistenti domiciliari; Spazio neutro per incontri protetti di minori e famiglia e per mediazione familiare; Consulenza legale gratuita a famiglie indigenti sui temi della separazione, divorzio e tutela dei figli; Percorso nascita attraverso il potenziamento dei Corsi preparazione al parto	In parte diretta, in parte in collaborazione con il Distretto Sanitario di Macerata e con le Associazioni del privato sociale.
	Contributi a famiglie numerose	Contributi economici a favore di famiglie con numero di figli pari o superiori a 4	Diretta e in collaborazione con i Servizi Sociali comunali
	Interventi ex ONMI	Contributi a favore di figli riconosciuti dalla sola madre	Diretta
		Contributi a famiglie indigenti con minori	In collaborazione con i Servizi Sociali comunali
Minori	Servizio di Educativa Domiciliare	Affiancamento per qualche ora a settimana di un educatore a minori in situazione di rischio devianza	Esternalizzazione
	Progetto "Prevenzione a scuola"	Organizzazione, nelle scuole medie dell'ATS n° 15 di: sportello di ascolto per ragazzi, aperto anche a insegnanti e genitori; incontri con il gruppo classe; incontri per le famiglie; incontri operatori – insegnanti	Esternalizzazione
	Progetto "Ri-condividendo... percorsi di prevenzione"	Attività di prevenzione nelle classi V delle scuole elementari attraverso incontri operatori-insegnanti per supporto nella gestione di casi complessi; contributo di sostegno al Centro di Aggregazione "Icaro"	Esternalizzazione
Giovani	Progetto "Eurodesk: una rete per l'Europa"	Sportello di Mobilità Giovanile; per attività informative sulle opportunità europee per i giovani, realizzate attraverso il Punto Locale Decentrato e le Antenne Territoriali Eurodesk esistenti in 5 Comuni dell'Ambito più uno extra Ambito	Esternalizzazione

	Servizio Civile Nazionale	Impiego di Volontari del Servizio Civile Nazionale in progetti specifici da realizzare nei Comuni dell'Ambito	In collaborazione con il Comune di Macerata
Disagio adulto	Progetto "Solidarietà è progresso"	Attività di contrasto dell'esclusione sociale e della povertà estrema	In collaborazione con le Associazioni del privato sociale
Immigrazione	Piano L.R. 2/98	Contributi ad associazioni di immigrati per attività statutarie	Diretta
Salute mentale	Servizi di sollievo	Servizi di sollievo a favore delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie: Centro Diurno "Help"; Servizio trasporto al centro; Vacanza sociale; Borse lavoro; Servizio di Assistenza Domiciliare; Équipe psico-sociale itinerante; Gruppi Auto Mutuo Aiuto; Formazione e aggiornamento del personale	In parte diretta, in parte in collaborazione con il privato sociale
Disabilità	Assistenza alla comunicazione a studenti sordi	Servizio di interpretariato non udenti svolto nelle scuole organizzato in collaborazione con la Provincia di Macerata	Esternalizzazione
	Tutoraggio Borse Lavoro	Attività di sostegno e affiancamento a favore delle persone inserite in borsa lavoro, promozione degli inserimenti e delle trasformazioni in assunzioni	Diretta
Anziani	Piano per la non autosufficienza	Assegno di cura	Diretta
		Potenziamento Servizio di Assistenza Domiciliare SAD	In collaborazione con i Servizi Sociali comunali
	Progetto Anziani emergenza estate	Contributo ad Informanziani – Volontariato di prossimità	In collaborazione con associazioni del privato sociale
Associazionismo	L.R. 48/95	Contributo ad Associazioni di Volontariato per progetti relativi ad attività di sostegno extrascolastico a favore di minori	Diretta
	Progetti oratori	Erogazione di contributi a sostegno di progetti presentati dalle Diocesi dell'ATS	Diretta

Tab. n°9: Servizi a programmazione associata e gestione dei singoli Comuni

Piani	Interventi/Attività previste	Attività svolte dall'ATS
Piano Sociale di Ambito	Programmazione e pianificazione triennale dei servizi e interventi sociali e socio-sanitari dei Comuni dell'ATS n° 15	ricerca e studio dati di contesto; analisi dei bisogni e delle risorse esistenti; consultazione/concertazione con i soggetti pubblici e privati interessati; individuazione priorità; coprogettazione con i soggetti pubblici e privati; analisi dei costi e confronto con i singoli Bilanci Comunali per la stesura del Bilancio previsionale di Piano; stesura definitiva e approvazione del Piano.
Piano Infanzia, ai sensi della L.R. 9/03	Centri per l'infanzia; Spazi per bambini, bambine e per famiglie; Centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti; Servizi itineranti Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali	elaborazione piano; erogazione fondi ai Comuni; rendicontazione a Regione Marche
Piano immigrati, ai sensi della L.R. 2/98	Integrazione intercultura e scuola; Centri di Servizi e sportelli informativi; centri di I e II accoglienza; progetti delle Associazioni di immigrati iscritte all'Albo regionale	elaborazione progetto; erogazione fondi ai Comuni e alle Associazioni; rendicontazione a Regione Marche
Piano diversamente abili, ai sensi della L.R. 18/96	tirocini; borse lavoro; assistenza domiciliare assistenza educativa; assistenza scolastica; automatismi di guida; assistenza alla comunicazione interventi vari	elaborazione piano di Ambito formato dai singoli piani comunali; distribuzione fondi ai Comuni; rendicontazione a Regione Marche

Tab. n°10: ATS 15 – Organigramma

L'UFFICIO COMUNE, diretto dal Coordinatore d'Ambito, dott.ssa Brunetta Formica, è composto da:

	Attività	Personale	Sede
Ufficio di Ambito	Attività di programmazione del sistema integrato dei servizi ed interventi sociali. Promozione delle connessioni fra i vari soggetti pubblici e privati per lo sviluppo della rete dei servizi. Elaborazione Piano Sociale di Ambito e piani di settore. Promozione e sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria. Gestione dei progetti e servizi associati a livello di Comuni dell'Ambito.	Coordinatore/Dirigente dott.ssa Brunetta Formica Assistente Sociale Dott.ssa Marika Di Prodi (tempo pieno e determinato, scadenza 31.08.2011) Assistente Sociale Marika Marcolini (co.co.pro. per la durata del Piano non autosufficienza) Tutor borse lavoro (da assumere part-time)	c/o Comune di Macerata
Uffici di Promozione Sociali	Punto di accesso ai servizi: attività informativa sui servizi sociali e socio-sanitari. Orientamento nella rete dei servizi. Prevalutazione del bisogno e invio ai servizi competenti. Attività di filtro nei confronti dei Servizi Sociali dei Comuni dell'Ambito.	Assistente Sociale Angeletti Nicoletta (tempo pieno e determinato, scadenza 31.08.2011)	Macerata
		Assistente Sociale Giunchi Barbara (tempo determinato e part-time 18 ore, scadenza 31.08.2011)	Petriolo e Pollenza
		Assistente Sociale Perini Cristina (tempo determinato e part-time 18 ore, scadenza 31.08.2011)	Montecassiano e Urbisaglia
		Assistente Sociale Nadia Monachesi (tempo determinato e part-time 30 ore, scadenza 31.08.2011)	Corridonia e Treia
		N°1 A.S. da assumere anno 2011	
équipe affido e minori fuori dalla famiglia	Rafforzamento del servizio sociale consultoriale. Promozione affido familiare, Presa in carico sociale dei minori fuori dalla famiglia.	Assistente Sociale Laura Palmucci (tempo pieno e determinato, scadenza 31.12.2011)	c/o Consultorio familiare ASUR – Z.T. 9

Fanno parte, inoltre, dell'Ufficio Comune:

- Ufficio di Piano: composto dai responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni che operano presso l'Ufficio Comune almeno un giorno al mese e ogni qualvolta ve ne sia necessità, per la programmazione del sistema sociale integrato di Ambito, per la partecipazione alla gestione dei servizi associati, per garantire continuità e circolarità fra Ambito e territorio;
- Commissione Tecnico Consultiva, ai sensi delle leggi regionali 6 novembre 2002, n.20 e 13 maggio 2003, n.9: composta dalla Dott.ssa Brunetta Formica (Coordinatore AST 15, in qualità di Presidente), Geom. Domenico Procaccini (Comune di Mogliano), Arch. Flavio Torresi (Comune di Macerata), A.S. Orazio Coppe (Comune di Treia), Dott. Francesco Migliozi (ASUR – Z.T. 9), Dott. Gianluca Puliti (Comune di Macerata per i servizi di cui alla L.R. 9/03) per l'emissione dei pareri consultivi circa l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semi-residenziali ai sensi delle citate leggi regionali.

L'A.T.S. per lo svolgimento di alcune attività si avvale anche di personale proprio del Comune di Macerata, quale:

Ufficio Ragioneria, per la gestione e contabilizzazione finanziaria;

Ufficio Personale, per la gestione giuridica e finanziaria del personale;

Ufficio Servizi Sociali, per attività di coordinamento dei Servizi di Sollievo (Sociologa Dott.ssa Carla Scarponi), attività di programmazione associata del Piano ai sensi della L.R. 18/96 (A.S. Maria Paola Agasucci);

Uffici vari per attività di supporto al funzionamento dell'Ufficio.

3.2 ASSETTO OPERATIVO

3.2.1 Regolamenti e carte dei servizi

Poiché ogni Comune dell'ATS n° 15, prima dell'istituzione dell'Ambito, ha sempre programmato e gestito in forma singola i propri servizi sociali, ciascuno di essi è dotato di propri criteri e regolamenti, con conseguenti diversità circa gli interventi e i servizi offerti, i target di destinazione, le modalità e i criteri di accesso, le modalità di funzionamento, ecc.

Al fine di giungere ad una offerta di servizi omogenea in tutto il territorio, è stato indispensabile dare avvio ad un percorso di rivisitazione dei regolamenti dei servizi e degli interventi in chiave sovra comunale.

A tale scopo sono stati attivati da tempo tavoli di lavoro (già citati nel par. 3.1) relativi al settore minori, disabili e anziani.

Dopo aver analizzato i singoli regolamenti esistenti in ciascun Comune dell'ambito e le varie prassi consolidate, si è provveduto, per ciascun settore, ad individuare i servizi e gli interventi in essere e per ciascuno di essi a stabilire:

- definizione
- destinatari
- ricettività
- organizzazione orari
- criteri di accesso
- forme di partecipazione
- concorso alla spesa.

I lavori così prodotti dovranno essere portati al Comitato dei Sindaci per la dovuta approvazione.

Rispetto al settore anziani il lavoro è stato concluso con l'approvazione del documento "Percorsi assistenziali per l'anziano con particolare riferimento all'anziano fragile" da parte del Comitato dei Sindaci con Deliberazione n° 1 del 31/1/2007.

[\(Deliberazione !\[\]\(d3fb9f94af8b26d1c844efa9a98805b0_img.jpg\)](#)).

Il documento approvato contiene l'individuazione degli interventi e dei servizi informativi, di accesso, domiciliari, semiresidenziali e residenziali rivolti agli anziani. Per ognuno di essi si è provveduto a definire la tipologia, la descrizione, i destinatari, le modalità di accesso.

In particolar modo per gli anziani "fragili", il gruppo di lavoro, costituito da operatori dei Comuni e dell'ASUR-Zona 9, ha individuato le "modalità di accesso al setting assistenziale socio-sanitario e sanitario territoriale", definendo così un percorso integrato socio-sanitario per l'anziano non autosufficiente.

Il documento contiene anche:

- i "Criteri sperimentali di accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare per anziani "
- la Convenzione tra l'ATS n° 15- Macerata e l'ASUR – Zona 9, Distretto di Macerata per "L'istituzione dell'Unità Valutativa Distrettuale Integrata Ambito-Distretto"
- la Convenzione tra i Comuni dell'ATS 15 e l'ASUR – Zona 9, Distretto di Macerata per la "Gestione integrata dei servizi domiciliari socio-assistenziali e sanitari a tutela delle persone non autosufficienti"
- la "Scheda di valutazione sociale per servizi anziani".

Nell'anno in corso, in occasione dell'approvazione del "Piano esecutivo per l'utilizzo del contributo integrativo erogato dalla Regione Marche ai sensi della L.R. 18/96", sono state approvate modalità di accesso unitarie ai seguenti interventi a favore dei diversamente abili:

- assistenza all'autonomia scolastica

- assistenza educativa
- assistenza domiciliare (SAD).

Di più facile costruzione sono state le linee guida per l'accesso ai nuovi servizi gestiti a livello di Ambito, poiché non condizionati da diversi indirizzi e prassi consolidate nel tempo.

Sono stati approvati pertanto i criteri di accesso relativi a:

- interventi L.R. 30/98
- servizi sollievo per famiglie con malati psichici
- servizio di educativa domiciliare a favore di minori a "rischio"
- contributi a favore di minori illegittimi e interventi ex OMNI
- Contributi a famiglie con 4 o più figli
- Assegno di cura e SAD anziani non autosufficienti.

Il percorso avviato dovrà proseguire nel corso del triennio ed estendersi ad altre tipologie di servizi e interventi, al fine di garantire ai cittadini dei Comuni dell'Ambito uguali diritti, garanzie di accesso e qualità delle prestazioni erogate.

E' stato avviato anche il percorso di costruzione delle "Carte dei servizi".

La carta dei servizi è lo strumento che garantisce al cittadino trasparenza e imparzialità circa l'operatività di un determinato servizio e conseguentemente la possibilità di esigere le prestazioni con la qualità dichiarata.

Essa deve contenere la mission dell'Ente, le caratteristiche e le finalità del servizio, le modalità di erogazione e di accesso, le modalità di partecipazione e di valutazione da parte dell'utenza.

Tutte le strutture socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali autorizzate ai sensi della L.R. 20/02 e i servizi socio-educativi per l'infanzia autorizzati e accreditati ai sensi della L.R. 9/03, si sono dotati della carta dei servizi, elemento previsto fra i requisiti organizzativi e indispensabile per ottenere l'autorizzazione.

La carta dei servizi è stata predisposta secondo lo schema suggerito dai regolamenti relativi alle leggi di cui sopra e le caratteristiche di ciascun servizio-struttura. Ogni organismo ha provveduto a pubblicarla sul proprio sito.

L'obiettivo del triennio è di proseguire nel percorso avviato, aggiornando le carte esistenti e costituendo un sistema informativo on-line unico di Ambito attraverso l'adesione al programma informatico provinciale o regionale che da anni si attende.

3.2.2 ISEE e criteri di compartecipazione

Il Piano sociale regionale 2008-2010 indica lo strumento dell'ISEE quale metodo di calcolo da utilizzare per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie a richiesta individuale.

Nel nostro territorio l'introduzione dell'ISEE è avvenuta per molti servizi, ma spesso il valore massimo ISEE stabilito per poter accedere ad essi è diverso da Comune a Comune.

E' stato possibile introdurre un ISEE unico di Ambito per i servizi gestiti in forma associata, mentre per quelli gestiti in forma singola si incontra una certa difficoltà, perché si tratta di modificare decisioni già prese e consolidate e comunque rispondenti alle singole situazioni organizzative.

Si evidenziano inoltre alcune criticità che lo strumento presenta:

- non sempre è indice del vero reddito della famiglia a causa della evasione fiscale fortemente presente in Italia;
- non fotografa la condizione reddituale attuale, ma quella dell'anno precedente, per cui, in una situazione di forte crisi economica e occupazionale come l'attuale in cui una famiglia può passare velocemente da una condizione economica media ad un livello di povertà estremo, esso non rappresenta oggettivamente la situazione del "qui ed ora".

Per quest'ultima motivazione si ritiene non applicabile agli interventi di pronto intervento, quali: l'ammissione provvisoria in strutture di pronta accoglienza, i contributi straordinari per specifiche necessità (pagamento fatture ENEL, Estigas, affitto, ecc.).

Per molti altri servizi, quali l'Educativa Domiciliare, il SAD, l'ADI, ecc, la condizione economica non è la sola variabile da prendere in considerazione, poiché molto significative per valutare lo stato di bisogno sono anche le condizioni familiari, sociali e fisiche.

Considerato comunque che l'ISEE, pur con le sue criticità, è l'unico strumento esistente per l'individuazione della situazione economica di una persona, durante il triennio di riferimento di questo Piano, si dovrà cercare di:

- estenderlo a tutti i servizi per i quali la condizione economica del richiedente è variabile prioritaria;
- individuare livelli di accesso ISEE unitari a livello di Ambito, facendo precedere ciò da uno studio di fattibilità circa l'incidenza sui servizi in atto;
- portare dei correttivi tendenti a fotografare meglio la situazione economica effettiva al momento della richiesta attraverso l'ISEE rimodulato;
- continuare ad affiancare all'ISEE altri strumenti di valutazione che tengono conto delle variabili sociali, familiari, abitative, ecc.

3.2.3 Autorizzazione e accreditamento

La L.R. 6 novembre 2002 n° 20 “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture a ciclo residenziale e semi residenziale” e la L.R. 13 maggio 2003 n° 9 “Disciplina per la realizzazione e gestione di servizi per l’infanzia e l’adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie”, attraverso gli strumenti dell’autorizzazione e dell’accreditamento, hanno posto le basi per un profondo processo di trasformazione e riqualificazione delle strutture residenziali e semiresidenziali a carattere socio-assistenziale e socio-sanitario rivolte a minori, disabili, anziani e persone con problematiche psico-sociali e dei servizi socio-educativi per l’infanzia.

Oltre a definirne la tipologia e a descriverne le caratteristiche, eliminando così l’utilizzo di terminologie diverse per servizi identici, hanno individuato le procedure da seguire per l’ottenimento delle autorizzazioni e dell’accreditamento.

In attuazione della L.R. 20/02 la Regione Marche ha emesso poi il R.R. 1/04 e il R.R. 3/06 con i quali ha stabilito i requisiti minimi strutturali e organizzativi che le strutture residenziali e semi residenziali di cui sopra devono possedere per ottenere l’autorizzazione.

In tal modo si è assistito ad un necessario adeguamento delle strutture ai requisiti richiesti con un notevole miglioramento qualitativo sia strutturale che organizzativo.

Il processo dovrà essere portato a compimento con l’emissione da parte della Regione Marche del regolamento relativo all’accreditamento, al fine di individuare quei requisiti necessari per essere strutture convenzionabili con gli Enti Pubblici.

In attuazione della L.R. 9/03 la Regione Marche, attraverso il R.R. 22 dicembre 2004 n° 13, ha stabilito i requisiti e le modalità per l’autorizzazione e l’accreditamento dei servizi per l’infanzia, per l’adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie.

Con l’applicazione dei predetti atti, oltre ad aumentare la qualità dei servizi si è raggiunto anche l’obiettivo di omogeneizzare la gran parte dei servizi esistenti sul territorio regionale.

Il compito di rilasciare l’autorizzazione o l’accreditamento è affidato al Comune in cui si trova la struttura o il servizio, previa valutazione di una Commissione tecnico consultiva istituita a livello di Ambito.

Tale parere prima richiesto solo per i servizi residenziali e semiresidenziali previsti dalla L.R. 20/02, con L.R. 28/7/2009, n° 18, art 4, è stato esteso anche ai servizi a favore dell’infanzia e dell’adolescenza previsti dalla L.R. 9/03.

La Commissione tecnico consultiva dell’ATS n° 15, istituita ai sensi della L.R. 20/02 è stata dunque integrata con un esperto in organizzazione e gestione dei servizi socio-educativi per l’infanzia e risulta così composta:

Brunetta Formica: Coordinatore d'Ambito – presidente

Francesco Migliozi: Dirigente Dipartimento igiene e sanità pubblica ASUR-Zona 9

Flavio Torresi: architetto Comune di Macerata

Domenico Procaccini: geometra Comune di Mogliano

Orazio Coppe: A.S.-Dirigente Servizi Sociali Comune di Treia

Gianluca Puliti: Dirigente servizi scolastici Comune di Macerata.

Svolge le funzioni di segretaria l'AS Federica Meschini, dell'Ufficio di Ambito.

Lo stato dell'arte dei processi autorizzativi ai sensi della L.R.20/02 è il seguente:

Tab. n°11: Strutture autorizzate ai sensi della L. R. 20/02 – Settore Minori

Tipologia	Denominazione	Soggetto titolare	Soggetto gestore	Comune	Indirizzo	Posti autorizzati
Comunità di Pronta Accoglienza	Il Girasole	Privato	Ass.ne Piombini Sensini	Macerata	c.da Alberotondo, 39	7
Comunità educativa per minori	Comunità educativa per minori n°1	Privato	Ass.ne Piombini Sensini	Macerata	via Morbiducci, 20	8
Comunità educativa per minori	Comunità educativa per minori n°2	Privato	Ass.ne Piombini Sensini	Macerata	via Morbiducci, 20	8
Comunità educativa per minori	Comunità educativa per minori n°3	Privato	Ass.ne Piombini Sensini	Macerata	via dei Velini, 219	5 + 1 P.A.
Comunità familiare per minori	La Goccia	Privato	Ass.ne La Goccia	Macerata	via Pirandello, 29/A	4
Comunità familiare per minori	La Stella	Privato	Ass.ne La Goccia	Macerata	via Pirandello, 29	3
Comunità familiare per minori	Due Fonti	Privato	Ass.ne ACSIM	Macerata	via Due Fonti, 92	4
Comunità alloggio per adolescenti	San Giuliano	Privato	Ass.ne Mondo Minore	Macerata	via Zara, 13	4/6
Comunità alloggio per gestanti e madri con figli	Casa Valentina	Privato	Cooperativa Sociale Rapadura	Macerata	v.le M. della Libertà, 53	10 (+ 4 posti culla)
Comunità alloggio per gestanti e madri con figli	Comunità alloggio per gestanti e madri con figli	Privato	Ass.ne Scuola di Discussione	Corridonia	via Lorenzo Lotto, 80	9
Comunità educativa per minori	Comunità educativa per minori	Privato	Ass.ne Scuola di Discussione	Corridonia	via S. Lucia	5
Comunità educativa per minori	Comunità educativa per minori	Privato	Ass.ne Scuola di Discussione	Corridonia	via S. Croce, 62	6
Comunità familiare per minori	Beato Giovanni della Verna	Privato	Ass.ne Mondo Minore	Corridonia	via San Claudio, 34	4
Casa Famiglia	S. Maria del Cammino	Privato	Ass.ne Comunità Papa Giovanni XXIII	Montecassiano	via Fontanelle, 28	6/8

Tab. n°12: Strutture autorizzate ai sensi della L. R. 20/02 – Settore Disabilità

Tipologia	Denominazione	Soggetto titolare	Soggetto gestore	Comune	Indirizzo	Posti autorizzati
Centro Socio Educativo Riabilitativo	ex San Lorenzo	Pubblico	Privato	Treia	c.da S. Maria in Selva, 70	18
Centro Socio	Il Ciclamino	Pubblico	Privato	Corridonia	c.da Massaccio	16

Educativo Riabilitativo						
Comunità Socio Educativa Riabilitativa	COSEK 1 ANFFAS	Privato	Privato	Macerata	via Vanvitelli, 34	8
Comunità Socio Educativa Riabilitativa	COSEK 2 ANFFAS	Privato	Privato	Macerata	via Vanvitelli, 34	10

Tab. n° 13: Strutture autorizzate ai sensi della L. R. 20/02 – Settore Salute mentale

Tipologia	Denominazione	Soggetto titolare	Soggetto gestore	Comune	Indirizzo	Posti autorizzati
Comunità alloggio	Casa Famiglia 1	Pubblico	Pubblico	Macerata	via Carrareccia 5/e	4
Comunità alloggio	Casa Famiglia 2	Pubblico	Pubblico	Macerata	via Volturmo, 20	4
Comunità alloggio	Casa Famiglia 3	Pubblico	Pubblico	Macerata	via Pace, lotto b, 8	2

Tab. n° 14: Strutture autorizzate ai sensi della L. R. 20/02 – Settore Disagio psico-sociale

Tipologia	Denominazione	Soggetto titolare	Soggetto gestore	Comune	Indirizzo	Posti autorizzati
Comunità familiare	Casa Famiglia Rossini 1	Privato	Privato	Macerata	via Rossini, 1	6
Comunità familiare	Casa Famiglia Rossini 2	Privato	Privato	Macerata	via Rossini, 1	6
Comunità familiare	Casa Famiglia Marchetti	Privato	Privato	Macerata	via Marchetti, 21	6
Centro di Pronta Accoglienza per adulti	Centro di Ascolto e Prima Accoglienza	Privato	Privato	Macerata	via Rampa Zara 13/15	5
Alloggio Sociale per adulti in difficoltà	Alloggio Sociale per adulti in difficoltà	Pubblico	Pubblico	Macerata	via Micozzi Ferri, 17	6

Tab. n° 15: Strutture autorizzate ai sensi della L. R. 20/02 – Settore anziani

Tipologia	Denominazione	Soggetto titolare	Soggetto gestore	Comune	Indirizzo	Posti autorizzati	Posti convenz. ASUR
Casa di Riposo	F.lli Falconi	Pubblico	Pubblico	Appignano	via IV Novembre, 110	15	-
Casa di Riposo	Casa di Riposo	Pubblico	Pubblico	Corridonia	p.le Diaz, 1	5	-
Residenza Protetta	Residenza Protetta	Pubblico	Pubblico	Corridonia	p.le Diaz, 1	20	15
Casa di Riposo	Betania	Privato	Privato	Macerata	via Peranzoni, 116/c	22	-
Comunità alloggio	Villa Cozza	Pubblico	Pubblico	Macerata	via B. Gigli, 2	6	-
Casa di Riposo	Villa Cozza	Pubblico	Pubblico	Macerata	via B. Gigli, 2	10	-
Residenza Protetta	Villa Cozza	Pubblico	Pubblico	Macerata	via B. Gigli, 2	100	60
Centro Diurno	Villa Cozza	Pubblico	Pubblico	Macerata	via B. Gigli, 2	30	-
Casa di Riposo	Romolo Murri	Pubblico	Pubblico	Montecassiano	via R. Murri, 2	6	-
Residenza Protetta	Romolo Murri	Pubblico	Pubblico	Montecassiano	via R. Murri, 2	13	12
Casa di Riposo	Santa Colomba	Pubblico	Pubblico	Mogliano	via S. Colomba, 2	8	-
Residenza Protetta	Santa Colomba	Pubblico	Pubblico	Mogliano	via S. Colomba, 2	30	25
Casa di Riposo	Casa di Riposo	Pubblico	Pubblico	Pollenza	p.zza della Libertà, 9/b	12	-
Residenza Protetta	Residenza Protetta	Pubblico	Pubblico	Pollenza	p.zza della Libertà, 9/b	26	18
Casa di Riposo	Casa di Riposo	Pubblico	Pubblico	Treia	via Dei Mille, 38	15	-
Residenza	Residenza	Pubblico	Pubblico	Treia	via Dei Mille,	23	22

Protetta	Protetta				38		
Casa di Riposo	Istituzione Buccolini Giannelli	Pubblico	Pubblico	Urbisaglia	p.zza Minerva, 2	2	-
Residenza Protetta	Istituzione Buccolini Giannelli	Pubblico	Pubblico	Urbisaglia	p.zza Minerva, 2	53	40

Totali p.l. Residenza Protetta autorizzati: n°265
 Totali p.l. R.P. convenzionati: n°192
 Totali p.l. Casa di Riposo: n°95
 Totali p.l. Comunità alloggio: n°6
 Totali p. Centro Diurno: n°30

Lo stato dell'arte dei processi autorizzativi e di accreditamento ai sensi della L.R.

9/03 è il seguente:

Tab. n°15: Strutture autorizzate ai sensi della L. R. 9/03

Tipologia	Denominazione	Soggetto titolare	Soggetto gestore	Comune	Indirizzo	Autoriz.	Accredit	Posti autoriz.
Centro di aggregazione per bambini e bambine (Ludoteca)	Ludoteca	Pubblico	Pubblico	Appignano	via S. Giovanni Battista	si	-	15
Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Educativa Territoriale	Pubblico	Privato	Appignano		si	-	7
Nido d'Infanzia	Dimensione Baby	Privato convenzionato	Privato	Appignano	Via Gramsci	si	si	14
Nido d'Infanzia	Gli Amici di Pollicino	Privato convenzionato	Privato	Appignano	Via S. Giacomo della Marca	si	si	27
Nido d'Infanzia	Girotondo	Pubblico	Pubblico	Corridonia	Via Rossini, 87	si	si	42
Nido d'Infanzia	L'asilo Che Non C'e'	Privato	Privato	Corridonia	Via Zegalara, 16	si	si	16
Nido d'Infanzia	Il Grillo Parlante	privato convenzionato	Privato	Corridonia	Via Bramante, 5	si	si	18
Nido d'Infanzia	Piccole Orme	Privato convenzionato	Privato	Corridonia	Via E. Mattei, 19	si	si	17
Spazio per Bambini, bambine e famiglie	L'officina Dei Piccoli	Privato	Privato	Corridonia	Via Bramante, 14	si	si	8
Centro di aggregazione per bambini e bambine		Pubblico	Privato	Corridonia	Via Cavour, 25	si	-	
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Centri Estivi Itineranti	Pubblico	Privato	Corridonia	Via S. Claudio	si	-	200
Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Assistenza Educativa Domiciliare	Pubblico	Privato	Corridonia	Via S. Anna, 6	si	-	

Nido d'Infanzia	Arcobaleno	Pubblico	Pubblico	Macerata	via Gasparri, 11	si	si	23
Nido d'Infanzia	Topolino	Pubblico	Pubblico	Macerata	via C. da Fabriano, 38	si	si	30
Nido d'Infanzia	Aquilone	Pubblico	Pubblico	Macerata	via Eustacchio, 1	si	si	34
Nido d'Infanzia	Gian Burrasca	Pubblico	Pubblico	Macerata	via L. Bertelli,snc	si	si	21
Nido d'Infanzia	Mi e Ma	Privato convenzionato	Privato	Macerata	via Tibaldi, 19	si	si	36
Nido d'Infanzia	Mary Poppins	Privato	Privato	Macerata	via S. Francesco d'Assisi, 6	si	si	22
Nido d'Infanzia	L'Ancora	Privato	Privato	Macerata	via dei Velini,221	si	si	21
Nido d'Infanzia	Winnie Pooh	Privato	Privato	Macerata	via Valerio, 22	si	-	24
Nido d'Infanzia	Girotondo	Privato	Privato	Macerata	via Pancalducci, 27/a	si	si	25
Nido d'Infanzia	Il Bosco dei Cento Acri	Privato	Privato	Macerata	via Volturmo, 67	si	si	9
Centro per l'infanzia	Bimbomania	Privato	Privato	Macerata	via Pannaggi, 7	si	si	23
Centro per l'infanzia	Figlie del S.S. Redentore e B.V. Addolorata	Privato	Privato	Macerata	via Pace, 139	si	si	18
Centro per l'infanzia	La Carica dei 101	Privato	Privato	Macerata	via B. Croce, 35	si	si	28
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Il Sestante	Pubblico	Privato	Macerata	v.lo Sferisterio, 26	si	si	15
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Hyperion	Privato convenzionato	Privato	Macerata	via Pallotta, 72	si	-	10
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Guizzo	Privato	Privato	Macerata	via Bartolini, 41	si	-	7
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Icaro	Privato convenzionato	Privato	Macerata	via Volturmo, 10	si	-	10
Centro di aggregazione per bambini e bambine	CAG Val di Chienti	Privato	Privato	Macerata	via Velluti, c/o Centro Commerciale "Val di Chienti"	si	-	20
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Centri estivi Hyperion	Privato convenzionato	Privato	Macerata	via Ventura, 8 via F.lli Cervi, 40	si	-	150
Centro di aggregazione per bambini e bambine	Centri estivi Media Project	Privato convenzionato	Privato	Macerata	via Adige, 5	si	-	50
Servizi Itineranti	Servizi diurni marini – UISP	Privato convenzionato	Privato	Macerata		si	-	200
Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Servizio di assistenza domiciliare per minori	Pubblico	Pubblico	Macerata		si	-	
Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Assistenza educativa domiciliare per minori	Pubblico	Pubblico	Macerata		si	-	

Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Asili nido domiciliare	Pubblico	Pubblico	Macerata		si	-	
Servizi Itineranti	Ludoteca itinerante	Privato convenzionato	Privato	Macerata		si	-	
Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali	La Goccia	Privato	Privato	Macerata	via Pirandello, 29/a	si	-	
Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali	Servizio di sostegno genitoriale	Pubblico	Privato	Mogliano	Via Roma n. 54	Si	-	35
Servizi Itineranti	Servizio itinerante	Pubblico	Privato	Mogliano	Via Roma n. 54	Si	-	365
Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Servizio domiciliare di sostegno alle funzioni educative familiari	Pubblico	Privato	Mogliano	Via Roma n. 54	Si	-	7 famiglie
Centro per l'Infanzia	Baby Club	Privato convenzionato	Privato	Mogliano	Via Adriani n. 2	SI	-	12
Centro di Aggregazione per bambini/e e ragazzi/e	Centro di aggregazione per bambini e adolescenti	Pubblico	Privato	Mogliano	Piazzale Diaz	Si	-	50
Centro per l'Infanzia	I Nanetti Birichini	Privato convenzionato	Privato	Montecassiano	Via Michelangelo 44	si	si	30
Centro per l'Infanzia	Giovanni Paolo II	Privato convenzionato	Privato	Montecassiano	Via Carducci snc	si	si	35
Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali	Educativa Territoriale	Pubblico	Privato	Montecassiano		si	-	5
Centro di Aggregazione per bambini/e e ragazzi/e	Ludoteca – Mediateca	Pubblico	Pubblico	Montecassiano	Via Rossini 2	si	-	60
Servizi Itineranti	Centro Estivo per minori	Pubblico	Pubblico	Porto Potenza Picena		si	-	350
Nido d'infanzia	Buffi Puffi Soc. coop. arl	Privato convenzionato	Privato	Pollenza	Via S. Spirito, 10	Si	Si	30
Nido d'infanzia	Nido dei Bimbi di Dezi Turmo Beatriz snc	Privato convenzionato	Privato	Pollenza	Via Lazzarini, n. 13	Si	Si	20
Centro aggregazione bambini, bambine, adolescenti	Mondo Disney di Braschini Martina	Privato	Privato	Pollenza	Largo G. Verga, 7/8	Si	-	30
Servizi Itineranti	Colonie estive pendolari per scuola dell'obbligo	Pubblico	Pubblico	Pollenza	Piazza Libertà 16 con destinazione Civitanova Marche	Si	-	Circa 250 partec
Centro di Aggregazione per bambini/e e ragazzi/e	Centro diurno per bambini di età pari o superiore a tre anni	Pubblico	Pubblico	Pollenza	V. Fammilume	Si	-	Circa 50 partec
Centro per l'Infanzia	Strapazzami di coccole	Privato convenzionato	Privato	Petriolo	via Regiona Margherita, 45	Si	Si	11

Nido per l'Infanzia	Millecolori	Privato convenzionato	Privato	Treia	Via Beato Pietro, 15/A	Si	Si	36
Centro per l'infanzia	Pinocchio "Baby Park"	Privato convenzionato	Privato	Treia	Via San Marco Vecchio,	Si	Si	12
Centro per l'Infanzia	Babylandia Il Paese dei Bimbi	Privato convenzionato	Privato	Treia	Via Zona Artigianale Capoluogo, 1/C	Si	Si	15
Centro di Aggregazione per bambini/e e ragazzi/e	E.P.I. Centro	Pubblico	Privato	Urbisaglia	p.zza Salvia, 2	Si	Si	39
Servizi Itineranti	GIROinTONDO	Pubblico	Privato	Urbisaglia	via Sacratio, 2	Si	Si	120
Nido per l'Infanzia	C.A.V. Giannelli Il piccolo Principe	Pubblico	Privato	Urbisaglia	c.da Convento, 84	Si	Si	28
Spazi per bambini, bambine e famiglie	L'isola che non c'è	Pubblico	Privato	Urbisaglia	via Sacratio, 2	Si	Si	30

L'attenzione di questo Ambito rimarrà elevata nel triennio sul sistema delle autorizzazioni e degli accreditamenti attraverso la prosecuzione di una attenta valutazione dei requisiti richiesti al momento della apertura di una nuova struttura e la verifica della permanenza dei requisiti o l'avvenuto adeguamento di essi nei tempi previsti per le strutture già autorizzate.

Continuerà il percorso di qualificazione e riqualificazione del personale OSS già avviato in accordo con la Provincia di Macerata e in convenzione con i soggetti accreditati nell'ambito della formazione, come da DGR n°666 de l 20/5/2008.

3.3 RETE SOCIALE E RETE SOCIO-SANITARIA

Una delle priorità principali individuate in sede di concertazione, è quella di promuovere e sviluppare "rete" fra pubblico e privato, al fine di costruire quel sistema integrato di interventi e servizi sociali voluto dalla L. 328/00.

Promuovere rete significa sviluppare "connessioni" tra soggetti diversi, significa coinvolgere tutti i soggetti pubblici e privati che operano in un certo settore, riunirli intorno ad un tavolo, ascoltare le idee e i pareri di tutti, individuare obiettivi comuni, stabilire come raggiungerli, individuare chi fa che cosa, in quali tempi, e con quali risorse.

Tutto ciò nella convinzione che in una situazione di crisi del Welfare state, solo mettendo insieme le idee e le risorse pubbliche e private esistenti in un determinato territorio e condividendo l'obiettivo da raggiungere si possono evitare "doppioni e sprechi", eliminare "buchi" e dare risposte coordinate ai singoli cittadini.

Come già descritto nel Profilo di Comunità, l'ATS n° 15 presenta soprattutto nei Comuni più grandi, un elevato numero di associazioni di volontariato e di promozione

sociale, mentre nei Comuni più piccoli ancora presente è il sostegno da parte del vicinato. Si tratta di non far disperdere tali risorse ed energie coordinandole e direzionandole verso un disegno complessivo condiviso e partecipato. Il ruolo di “guida” o anche definito di “regia” dovrà essere svolto dall’Ente pubblico titolare dei servizi sociali.

A tal fine proseguiranno i tavoli di lavoro composti da soggetti istituzionali e non, per la programmazione dei servizi, ma verranno potenziati anche i tavoli di lavoro finalizzati alla co-gestione.

Il modello “partecipativo” utilizzato a livello di Ambito sarà realizzato anche nei singoli Comuni al fine di sviluppare servizi integrati con le specifiche risorse del territorio, in applicazione delle linee programmatiche sviluppate in modo integrato a livello di Ambito e contenute in questo Piano.

Ogni Comune, attraverso il proprio rappresentante all’Ufficio di Piano, istituirà propri tavoli di co-gestione per sviluppare un sistema di servizi reticolare e capillare in ogni territorio in attuazione di quanto concertato e programmato a livello di Ambito.

In tale ottica di fondamentale importanza è consolidare la già avviata integrazione col mondo della scuola per quanto riguarda le funzioni socio-educative e col sistema sanitario per quanto riguarda i servizi socio-sanitari.

3.3.1 Programmazione integrata ATS e Distretto.

Nel riaffermare che il territorio dell’Ambito sociale deve corrispondere a quello del Distretto sanitario poiché solo attraverso tale dimensione territoriale è possibile effettuare una programmazione partecipata e costruire una rete di servizi pubblici integrata con le risorse del territorio, questo Ambito ritiene indispensabile mantenere in capo al Comitato dei Sindaci (quale organo rappresentativo dei Comuni titolari dei servizi sociali) le funzioni decisionali in materia sociale e socio-sanitaria e in capo al Coordinatore, nominato dal Comitato stesso, le funzioni di programmazione dei servizi e di coordinamento con le altre Istituzioni interessate e con le risorse sociali del territorio. Sarà il Coordinatore dunque che si relazionerà con il Direttore del Distretto o della Zona o dell’Area Vasta (a secondo della dimensione del fenomeno) per la programmazione dei servizi socio-sanitari, rafforzando e consolidando il percorso di integrazione già avviato.

Nella convinzione che l’integrazione socio-sanitaria per essere effettivamente tale, deve avvenire nei tre seguenti livelli:

1. programmatico,
2. istituzionale,
3. operativo,


sono state fino ad ora realizzate le seguenti azioni:

1. a livello programmatico, l'integrazione viene garantita attraverso:
 - la partecipazione del Coordinatore d'Ambito al Collegio di Direzione ASUR – Zona 9;
 - la partecipazione del Coordinatore d'Ambito all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD);
 - la partecipazione del Direttore di Distretto all'Ufficio di Piano;
 - la partecipazione del Direttore di Distretto e dei Dirigenti dei Dipartimenti sanitari ai diversi tavoli di lavoro.

I precedenti Piani di Zona e Piani delle Attività Distrettuali, concertati e predisposti insieme, avevano gli stessi contenuti per quanto riguarda il settore socio-sanitario.

Attualmente, alla programmazione di Ambito, non corrisponde una parallela programmazione distrettuale perché non prevista dagli atti regionali, tuttavia l'integrazione continua ad essere garantita: il Direttore del Distretto e i Dirigenti dei Dipartimenti ASUR sono stati sempre presenti ai tavoli di concertazione e di progettazione per la predisposizione di questo Piano, garantendo così l'integrazione programmatica necessaria.

2. a livello istituzionale, sono stati prodotti i seguenti accordi:
 - Protocollo di Intesa per i “Servizi di Sollievo” a favore delle famiglie con malati psichiatrici;
 - Protocollo di Intesa per l'istituzione, l'organizzazione e la gestione dell'équipe adozione nazionale e internazionale;
 - Protocollo di Intesa per l'istituzione, l'organizzazione e la gestione dell'équipe integrata per l'affidamento familiare;
 - Protocollo di Intesa per la realizzazione del progetto sperimentale innovativo per la riorganizzazione del Consultorio;
 - Protocollo di Intesa Prefettura – Questura, Carabinieri, Guardia di Finanza, Università di Macerata, ASUR Zone 8 – 9 – 10 sui minori stranieri non accompagnati;
 - Convenzione per l'istituzione dell'Unità Valutativa Distrettuale Integrata Ambito – Distretto;
 - Convenzione per la gestione integrata dei servizi domiciliari socio-assistenziali (SAD) e sanitari (ADI) a tutela delle persone non autosufficienti.
3. a livello operativo:
 - gestione integrata dei servizi di sollievo, attraverso il Comitato Tecnico a cui partecipano: componenti l'Ufficio di Piano, componenti l'équipe itinerante del progetto “Accurata-mente”, referente del progetto, A.S. del D.S.M.;
 - interventi integrati nell'area della disabilità con l'UMEE e l'UMEA;

- attività di prevenzione del disagio giovanile e interventi di contrasto delle dipendenze patologiche, in collaborazione col D.D.P.;
- valutazione integrata per l'ammissione in Residenze Protette attraverso l'istituzione dell'UVDI;
- équipe integrata d'Ambito per la tutela dei minori ([protocollo operativo](#) )

Questo Ambito si impegna a mantenere viva l'attenzione sulla integrazione socio-sanitaria nella convinzione che solo attraverso una stretta e fattiva collaborazione fra i servizi di competenza ASUR e i servizi di competenza dei Comuni sia possibile dare risposte adeguate ai bisogni dell'individuo quale entità psico-fisica e sociale.

Il lavoro sarà rivolto al mantenimento e consolidamento della rete già costruita e alla promozione e attuazione di sempre nuove integrazioni nell'ambito della prevenzione del disagio giovanile, della disabilità, della non autosufficienza, della tutela dei minori.

3.3.2. Dall'UPS al PUA

Gli Uffici di Promozione Sociale, previsti dalla L. 328/00, vengono definiti nel Piano Sociale Marche 2000-2003 come:

- canale di accesso alle diverse prestazioni sociali e socio-sanitarie
- erogazioni di alcune prestazioni di base (risposte informative, prestazioni emergenziali, ecc.)
- componente dell'osservatorio sociale (osservazione e lettura del territorio).

Le funzioni dell'UPS sono ancor più analiticamente descritte nella DGR n° 868/03 "Linee guida per la realizzazione degli UPS", come di seguito riportato:

- 1) informazione sui servizi sociali e socio-sanitari esistenti;
- 2) accoglienza e ascolto;
- 3) orientamento ed accompagnamento;
- 4) servizio di disbrigo pratiche
- 5) erogazione di alcune prestazioni di base;
- 6) spazio per l'autorganizzazione delle risorse della comunità.

E' evidente che molte delle predette funzioni erano già svolte dai servizi sociali comunali che avevano in organico la figura professionale di Assistente Sociale: "l'orientamento e l'accompagnamento" è attività tipica del servizio sociale professionale e corrisponde alla cosiddetta "presa in carico", consistente in ascolto e accoglienza dell'utente, analisi e individuazione del problema, raccolta dati, valutazione, elaborazione e realizzazione del piano di intervento o progetto individualizzato, verifica.

Anche l'attività di segretariato sociale, di pronto intervento sociale e di promozione sociale sono proprie del servizio sociale professionale. Il segretariato sociale ne costituisce la

primaria manifestazione sia in senso storico poiché il servizio sociale, nell'immediato dopoguerra, consisteva soprattutto in attività informativa e pratiche pensionistiche, sia in senso operativo, dato che la prima fase dell'intervento dell'AS è proprio quella di fornire le informazioni necessarie all'utente per orientarsi nella rete dei servizi.

Il pronto intervento sociale è proprio dell'AS tanto che la maggior parte del suo lavoro consiste proprio nel fronteggiare problemi emergenti/urgenti.

La promozione sociale, sviluppatasi soprattutto intorno agli anni '70 sotto il nome di "servizio sociale di comunità", attualmente deve avere una maggiore diffusione poiché nessun intervento di aiuto professionale è sufficiente se il cittadino non trova altrettanto sostegno nel suo contesto di vita quotidiana e attraverso lo sviluppo di adeguate politiche sociali.

Inoltre ci sono nel tessuto sociale molti altri soggetti che svolgono alcune delle predette funzioni: i patronati per le attività informative e di segretariato sociale, le associazioni di volontariato per attività di aiuto e sostegno, varie organizzazioni sociali per attività di promozione sociale.

Si trattava pertanto di istituire gli UPS cercando di integrarli con i servizi esistenti al fine di rafforzarli ed evitare doppioni o interventi inutili.

E' noto come i servizi sociali comunali, pur presenti in tutti i Comuni dell'Ambito, siano carenti delle figure professionali specifiche e dunque si è scelto di collocare gli UPS a fianco degli uffici di Servizio sociale comunale e di dotarli della figura professionale di Assistente Sociale.

Un approfondito studio è stato effettuato circa l'integrazione fra i due servizi, individuando modalità e strumenti di interazione.

Gli Uffici di Promozione Sociale nell'ATS n° 15 sono stati attivati nel luglio 2004 con la presenza di due A.S. presso il Distretto Sanitario di Macerata per far fronte in modo integrato socio-sanitario ai problemi emergenziali estivi degli anziani, sono stati poi, dal mese di settembre dello stesso anno, dislocati sul territorio dell'Ambito con sportelli presso gli Uffici dei Servizi Sociali Comunali con i quali sono funzionalmente collegati. Ad essi è stata affidata la funzione di informazione e di prima accoglienza e, nei Comuni sprovvisti di A.S., anche di presa in carico.

Obiettivi degli UPS:

- potenziamento dei servizi sociali sul territorio;
- garantire l'attività di servizio sociale professionale in tutti i Comuni dell'Ambito;
- incremento delle attività di promozione sociale;
- garantire il diritto di informazione del cittadino;
- sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria;
- promozione della partecipazione attiva del cittadino ad iniziative di reciprocità.

Azioni:

- attività informativa circa i servizi sociali e socio-sanitari esistenti nell'Ambito;
- attività di segretariato sociale, di primo intervento e di accompagnamento delle persone in stato di bisogno, in interazione/integrazione con i servizi sociali comunali;
- analisi, ricerca e presa di contatto con le risorse formali e informali presenti sul territorio, al fine di contribuire alla costruzione di una rete integrata di servizi ;
- attività di promozione sociale sul territorio, ossia di servizio sociale di comunità, attraverso l'ascolto, la lettura delle esigenze, l'attivazione delle potenzialità informali, lo sviluppo della partecipazione dei cittadini e del mutuo aiuto;
- interazione con gli altri punti informativi e di segretariato sociale esistenti sul territorio;
- interazione con i Distretti Sanitari per l'integrazione socio-sanitaria.

Le predette attività sono coordinate dall'Ufficio di Ambito e sono svolte in interazione continua con gli Uffici dei Servizi Sociali Comunali.

Nel corso degli anni gli UPS sono stati potenziati (aumentandone il personale e ampliando gli orari di apertura) nei limiti consentiti dall'apposito finanziamento regionale e dei Comuni dell'Ambito.

Attualmente sono operativi nelle seguenti modalità:

	Appignano	Corridonia	Macerata	Mogliano	Montecassiano	Petriolo	Pollenza	Treia	Urbisaglia
Lun.		A.S. Nadia Monachesi dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Nicoletta Angeletti dalle ore 8 alle ore 14		A.S. Cristina Perini dalle ore 8 alle ore 14				
Mar.	A.S. Elena Bianchini dalle ore 8 alle ore 14		A.S. Nicoletta Angeletti dalle ore 8 alle ore 14				A.S. Barbara Giunchi dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Nadia Monachesi dalle ore 9,30 alle ore 13,30	
Mer.			A.S. Nicoletta Angeletti dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Ilenia Sabbatini dalle ore 9,30 alle ore 13,30			A.S. Barbara Giunchi dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Nadia Monachesi dalle ore 9,30 alle ore 13,30	
Gio.			A.S. Nicoletta Angeletti dalle ore 8 alle ore 14		A.S. Cristina Perini dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Barbara Giunchi dalle ore 8 alle ore 14		A.S. Nadia Monachesi dalle ore 9,30 alle ore 13,30	

Ven.		A.S. Nadia Monachesi dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Nicoletta Angeletti dalle ore 8 alle ore 14						
Sab.		A.S. Nadia Monachesi dalle ore 8 alle ore 14	A.S. Nicoletta Angeletti dalle ore 8 alle ore 14						A.S. Cristina Perini dalle ore 8 alle ore 14

Diverse sono state negli anni le azioni di monitoraggio e gli incontri di valutazione circa le attività svolte, tutte con esiti fortemente positivi, tanto da spingere i Comuni a richiederne l'ulteriore ampliamento nel corso del futuro triennio. Per far ciò occorre però che i finanziamenti regionali destinati allo scopo non subiscano riduzioni.

Nella proposta di legge della Giunta Regionale circa la riforma del sistema sanitario, si parla di riduzione dei fondi per "l'apparato amministrativo" degli ATS. Si precisa che solo una piccola parte dei finanziamenti in questione sono utilizzati per l'attività amministrativa, pure indispensabile per svolgere attività di programmazione, di coordinamento e di gestione associata, mentre la maggior parte di essi sono utilizzati per gli Uffici di Promozione Sociale e per altri servizi a favore dei cittadini, pertanto una riduzione di tali fondi comporterebbe enorme difficoltà nel proseguire servizi di base indispensabili per la collettività.

Gli UPS dovranno inoltre sempre più integrarsi con gli sportelli della salute previsti nei Distretti. In realtà tali sportelli non sono stati ancora strutturati, ma esiste la Segreteria delle cure domiciliari con funzioni organizzativo amministrative relative al sistema delle cure domiciliari e residenziali del Distretto Sanitario.

Il PUA non va pensato come un luogo fisico unico di accesso ai servizi socio-sanitari, bensì come punti dislocati nel territorio per l'accesso sia ai servizi socio-assistenziali che socio-sanitari, pur essendo le due tipologie di servizi gestiti da Enti diversi. Per far ciò è indispensabile ricorrere allo strumento della informatizzazione dei servizi.

Nei tavoli di concertazione è stato messo in evidenza che elemento indispensabile per la costituzione dei PUA, è l'utilizzo di un sistema informatico unico Ambito-Distretto. Finché ciò non verrà realizzato i PUA troveranno difficoltà a svilupparsi.

3.3.3 Dalle UVD all'UVI

La L. 328/00, all'art. 22 individua le seguenti prestazioni essenziali da garantire in tutti i territori:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali e centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Pur in assenza della definizione dei LIVEAS, dunque, il servizio sociale professionale è indicato quale prestazione essenziale da garantire in tutto il territorio.

Esso consiste in:

- analisi e studio della situazione problematica presentata dal cittadino utente,
- valutazione multidimensionale della situazione,
- piano di intervento o progetto personalizzato,
- verifica del percorso effettuato per eventuali modifiche o riprogettazione.

Esso dovrebbe rappresentare il fulcro centrale per l'erogazione dei servizi e interventi socio-assistenziali e socio-sanitari.

La figura professionale abilitata a svolgere il servizio sociale professionale è l'Assistente Sociale. Gli Assistenti Sociali impegnati nei Comuni dell'ATS 15 sono aumentati negli ultimi anni. All'istituzione dell'ATS solo quattro Comuni erano dotati di Assistente Sociale, mentre ora quasi tutti hanno in pianta organica tale figura, magari part-time e dove non c'è, è presente l'A.S. di Ambito.

L'A.S. è anche presente nei servizi socio-sanitari dell'ASUR – Zona 9.

Attualmente il territorio registra le seguenti presenze:

Tab. n°16: Presenza A.S. nei Comuni e nell'ATS n°15

Appignano	N°1 A.S. part-time
Corridonia	N°2 A.S.
Mogliano	N°1 A.S. part-time
Macerata	N°3 A.S.
	N°1 A.S. part-time
Petriolo	N°1 A.S. part-time
Pollenza	N°1 A.S.
Treia	N°1 A.S.
Urbisaglia	N°1 A.S.

ATS n° 15	N° 1 A.S. in sede centrale
	N° 4 A.S. negli UPS (di cui 2 a tempo pieno e 2 part-time)
	N° 1 A.S. équipe affido ATS - Distretto

Tab. n°17: Presenza A.S. nei servizi socio-sanitari dell'ASUR – Zona 9 – Distretto di Macerata

Dipartimento Salute Mentale	N°2 A.S. (territorio zonale)
D.D.P. Ser.T. – Macerata	N°2 A.S. (Sert Macerata)
Ospedale	N°2 A.S.
U.M.E.E.	N°1 A.S.
U.M.E.A.	N°1 A.S. (territorio zonale)
Cure domiciliari	N°1 A.S.
Consultorio familiare	N°1 A.S.

Essendo dunque il servizio sociale professionale presente sia nei Comuni che nell'ASUR (anche se in numero insufficiente), indispensabile è l'interazione e il collegamento fra i due.

La prassi operativa ha sempre registrato tale integrazione, che però necessita di essere potenziata sia a livello istituzionale che operativo.

La valutazione e la presa in carico dei casi complessi richiede anche l'intervento di diverse figure professionali sociali e sanitarie, al fine di garantire risposte complete a situazioni complesse e interventi rispondenti all'unitarietà della persona umana composta di sistema fisico, psichico e sociale.

A tal fine le Unità Valutative Distrettuali devono integrarsi con le Unità Valutative dei Comuni. Già in tal senso si è proceduto con:

- la costituzione dell'Unità Valutativa Distrettuale Integrata per il settore degli anziani così composta:
 - un medico responsabile delle cure domiciliari (Coordinatore – responsabile dell'UVD),
 - il medico di medicina generale curante l'assistito (responsabile clinico del paziente),
 - un infermiere (responsabile delle cure infermieristiche),
 - un assistente sociale del Distretto Sanitario con funzioni di raccordo tra il Distretto e i Comuni dell'ATS n° 15,
 - un assistente sociale per ciascun Comune dell'ATS n° 15, operante nei servizi sociali comunali o nell'UPS, deputato alla valutazione sociale e alla presa in carico delle problematiche socio-assistenziale dell'anziano residente nel proprio Comune.

L'Unità Valutativa è integrata di volta in volta da altre figure professionali sanitarie e sociali, specialiste nel settore: medici specialisti, tecnici della riabilitazione, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore professionale. Per i pazienti ultrasessantacinquenni lo specialista di riferimento è il geriatra.

Funzioni:

Spettano all'Unità Valutativa Distrettuale Integrata i seguenti compiti:

- valutazione dell'autosufficienza dei richiedenti l'ammissione in RP o nuclei di assistenza protetta ;
- valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali del richiedente e della sua famiglia, tenendo conto della volontà degli stessi e parere di idoneità/non idoneità all'ammissione nelle strutture residenziali di cui sopra;
- definizione del progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, la tipologia degli interventi, la durata dell'ospitalità, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollevio"), lo scadenzario delle verifiche.

Sulla base delle suddette indicazioni, la struttura ospitante elaborerà il PAI (Piano di Assistenza Individualizzato);

- verifica dell'efficacia del Piano di Assistenza Individualizzato e riformulazione in collaborazione con la struttura ospitante;
 - dimissione dalle strutture di cui sopra;
 - valutazione multidimensionale e Piano di intervento dei richiedenti Assistenza Domiciliare Integrata (ASUR) più Servizio Assistenza Domiciliare (Comune).
- La costituzione dell'équipe integrata Ambito-Distretto per la tutela dei minori composta da tre sotto équipe:
- équipe adozione nazionale e internazionale: n° 1 A.S. e n° 1 psicologo dell'ASUR – Zona 9 – Distretto di Macerata, n° 1 Neuro Psichiatra Infantile (in caso di necessità).
 - équipe affidamento e minori fuori della famiglia: gli operatori di cui sopra, integrati dall'A.S. di Ambito a tempo pieno e dallo Psicologo part-time a carico del progetto in questione, un rappresentante per ciascuna delle seguenti Associazioni: La Goccia, Piombini-Sensini, Mondo Minore, Acsim, Scuola di discussione, Consultorio familiare "Il Portale".
 - équipe territoriale: gli psicologi di cui sopra e gli Assistenti Sociali dei Comuni dell'Ambito.

Nel prossimo triennio tale processo dovrà estendersi anche al settore della disabilità psico-fisica e della salute mentale.

Si dovrà costituire l'UVI per tutti i settori di intervento poiché solo con la valutazione multidimensionale dei problemi delle persone e delle famiglie, con la "presa in carico" integrata socio-sanitaria si potrà garantire l'appropriatezza dei servizi e degli interventi e dunque anche un uso razionale e responsabile delle risorse disponibili.

3.3.4 L'integrazione con la scuola e con il CIOF.

I Servizi Sociali operano non solo nell'ambito dell'assistenza, ma anche in quello della prevenzione del disagio e della promozione dell'inclusione sociale.

Si occupano dei problemi di vita quotidiana dei cittadini e dunque importante è l'integrazione non solo col sistema sanitario, ma anche con quello educativo, formativo, occupazionale abitativo, ecc.

L'interazione fra i servizi sociali e i servizi scolastici è indispensabile per promuovere l'educazione e la formazione dei giovani. In tal senso numerosi incontri sono stati fatti fra i Comuni dell'ATS e le scuole al fine di programmare e realizzare interventi di prevenzione del disagio giovanile, di integrazione del disabile e dell'alunno immigrato.

La co-progettazione congiunta Ambito-Distretto sanitario, scuole, ha portato alla realizzazione delle seguenti iniziative socio-educative integrate:

- assistenza all'autonomia di alunni disabili,
- assistenza all'autonomia alla comunicazione di alunni sordi,
- progetto di prevenzione a scuola realizzato nelle scuole secondarie di primo grado,
- progetto: "Tuttintorno" realizzato nelle classi V delle scuole primarie,
- assistenza educativa domiciliare,
- sostegno linguistico post-scolastico per alunni immigrati,
- progetti di prevenzione del DDP.

Il percorso di interazione/integrazione fra servizi socio-educativi e quelli scolastici dovrà proseguire e consolidarsi ulteriormente nel prossimo triennio.

Scarsa è stata invece, fino ad ora, l'integrazione fra i Comuni e il Centro per l'Impiego, l'Orientamento e la Formazione (CIOF).

Nel prossimo triennio tale interazione dovrà essere sviluppata al fine di garantire percorsi integrati per favorire l'inserimento lavorativo delle persone disabili e delle persone in situazione di disagio sociale.

3.4 IL SISTEMA INFORMATIVO

L'attivazione di un sistema informatizzato di Ambito è la condizione necessaria per sviluppare e migliorare la messa in rete dei servizi esistenti, sia pubblici che privati, sia

sociali che educativi che sanitari ecc. e costruire realmente un sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali così come richiesto dalla L. 328/00.

La Provincia di Macerata ha sperimentato il sistema informatizzato d'Ambito Sociale e la carta dei servizi on-line con gli ATS 17 e 18 nella promessa di estendere anche agli altri Ambiti il programma sperimentato. In attesa di ciò l'ATS 15 non si è dotato di un programma proprio per aderire ad un programma più ampio a dimensione provinciale, che però non ha avuto effettiva realizzazione.

Nel 2007 questo Ambito ha aderito all'Accordo di Programma tra Regione Marche, Provincie e gli altri Ambiti Sociali regionali, finalizzato alla realizzazione del Sistema Informativo Sociale Regionale (SISR). In attuazione di ciò si provvede annualmente al censimento dei servizi e degli interventi socio-assistenziali erogati dai Comuni in forma singola o associata.

Nel 2008 ha partecipato alla fase di test del questionario utilizzato dal Sistema Informativo Statistico Regionale per l'indagine sui servizi semiresidenziali a ciclo diurno, di cui alla L.R. 9/03.

Nel 2009 ha partecipato alla ricerca relativa all'"Analisi della struttura e dell'occupazione del settore dei servizi sociali" nella Regione Marche, commissionata alla Regione dal Ministero del lavoro, salute e politiche sociali e realizzata in collaborazione con le Università Marchigiane.

Nell'anno in corso ha avuto avvio la rilevazione sulla non autosufficienza, attraverso la sperimentazione del SINA (Sistema Informativo sulla Non Autosufficienza) che coinvolge in modo uniforme l'intero territorio della Regione Marche.

Nel riaffermare l'obiettivo di implementazione nel triennio del SISR, si resta in attesa del software integrato regionale che consenta un'informazione in tempo reale sui servizi esistenti e permetta una migliore gestione integrata dei servizi stessi.

4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE: AZIONI DI SETTORE

4.1 POLITICHE DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AI COMPITI DI SVILUPPO DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

4.1.a Introduzione

Come già detto nel capitolo relativo al “Profilo socio-economico demografico”, la famiglia si sta assottigliando sempre più nel numero dei componenti, quest’ultimi sono passati, nel territorio dell’ATS 15, da un numero medio di 2,82 del 2003 a 2,55 del 2009. In costante crescita è anche il fenomeno delle separazioni e dei divorzi con conseguente aumento delle famiglie monogenitoriali.

La crisi economica in atto fa sì che numerose famiglie prima appartenenti al ceto medio, ora a causa della diminuzione del potere di acquisto dei salari e degli stipendi e della crescente disoccupazione, cadano in povertà con conseguente maggiore difficoltà ad acquistare i servizi nel libero mercato.


La crisi valoriale in atto da tempo con la conseguente mancanza di punti precisi di riferimento, la formazione di “famiglie miste” derivanti dal fenomeno dell’immigrazione con conseguenti diversità di modelli culturali a cui riferirsi, comportano un aumento della difficoltà nell’assunzione del ruolo genitoriale.

A tutto ciò si aggiunge l’aumento della conflittualità extra ed intra familiare, come i fatti di cronaca purtroppo giornalmente ci testimoniano.

Il sistema di Welfare familistico tipico della nostra realtà italiana è dunque in crisi, poiché la famiglia non riesce più come un tempo a farsi carico autonomamente dei propri componenti più deboli: bambini, disabili, anziani, ecc. Anche nella nostra realtà territoriale la famiglia mostra segni di cedimento. Sostiene di volersi fare carico dei compiti di cura e assistenza a favore dei propri figli e dei propri genitori anziani, non vuole delegare totalmente tale compito alle istituzioni, ma chiede a quest’ultime aiuto e sostegno.

In considerazione di ciò il Comitato dei Sindaci ha individuato la famiglia come soggetto centrale da sostenere con interventi e servizi pubblici e privati rivolti alle fasce più deboli della popolazione.

4.1.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

In base alla rilevazione ISTAT dell’1.01.09, nell’ATS n° 15, su un numero complessivo di abitanti di 95.550 unità, n° 14.951 sono quelli appartenenti alla fascia di età 0-17 anni, rappresentando il 15,65% della popolazione totale. Dalle tabelle e grafici allegati ([allegato statistico](#) ) si può constatare che la percentuale più elevata di bambini è quella compresa nella fascia di età scolare, 6-10 anni (il 27.55% della popolazione minorile), mentre la percentuale più bassa è quella compresa nella fascia di età della scuola materna, 3-5 anni (il 16.26% della popolazione minorile).

Tutti i Comuni dell’ATS sono in possesso di almeno un Nido o un Centro per l’infanzia pubblico o privato convenzionato, come da seguente tabella:

Tab. n°18: Nidi e Centri per l'infanzia autorizzati ai sensi della L.R. 9/03 nei Comuni dell'ATS 15

Comuni	Nidi per l'infanzia			Centri per l'infanzia		
	pubblico	privato convenzionato	privato non convenzionato	pubblico	privato convenzionato	privato non convenzionato
Appignano	-	2 (p. 41)	-	-	-	-
Corridonia	1 (p. 42)	2 (p. 35)	1 (p. 16)			
Macerata	4 (p. 108)	1 (p. 36)	5 (p. 101)			3 (p. 69)
Mogliano					1 (p. 12)	
Montecassiano					2 (p. 65)	
Petriolo					1 (p. 11)	
Pollenza		2 (p. 50)				
Treia		1 (p. 36)			2 (p.27)	
Urbisaglia	1 (p.28)					

Totale posti disponibili: n°677 di cui:

n°491 pubblici e privato convenzionato (178 pubblici e 313 privato convenzionato)

n°186 privato non convenzionato

La percentuale dei posti nei Nidi d'infanzia e nei Centri per l'infanzia pubblici e convenzionati è del 19,55% bambini.

Tale percentuale raggiunge il 26,96% se si considerano anche i posti disponibili nei Nidi e Centri privati non convenzionati. La percentuale indicata negli obiettivi del trattato di Lisbona è del 33% posti bambino. La nostra percentuale è inferiore, ma in realtà solo il Comune di Macerata è in possesso di una lista di attesa per l'ingresso ai nidi, lista che nell'anno in corso si è ridotta rispetto agli anni passati.

Si tratta comunque di promuovere nuove iniziative quali ad esempio quelle dei "nidi domiciliari" o "mamme di giorno", già sperimentati in forma embrionale a Macerata e rispondenti al principio di partecipazione e di mutuo aiuto delle famiglie stesse, quella di "spazi per bambini e famiglie" (ne esiste solo uno a Urbisaglia), ecc.

Altri servizi pubblici presenti nell'ATS per l'infanzia e l'adolescenza sono quelli evidenziati nella successiva tabella:

Tab. n°19: Servizi pubblici ai sensi della L.R. 9/03

Servizi	Appignano	Corridonia	Macerata	Mogliano	Montecassiano	Petriolo	Pollenza	Treia	Urbisaglia
CAG	X	X	X	X	X				X
spazi per bambini, bambine e famiglie									X
ludoteca itinerante			X						
Centri Diurni Estivi e vacanze marine	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Servizio Educativa Domiciliare	X	X	X	X	X	X	X	X	X
asili nido domiciliari			X						
SAD			X						
servizi di sostegno alle funzioni genitoriali		X	X	X				X	

Tutti i Comuni dell'ATS organizzano i Centri Diurni e le vacanze itineranti al mare durante il periodo estivo.

Tutto il territorio dell'ATS usufruisce del servizio di educativa domiciliare, gestito in forma associata a livello di Ambito, a favore dei minori in situazione "di rischio" e dei minori immigrati bisognosi di sostegno educativo.

L'elevata presenza di alunni stranieri nella scuola dell'obbligo pone il forte problema dell'integrazione e del sostegno post-scolastico per l'apprendimento della lingua italiana.

Le attività fino ad ora attivate in tal senso ad opera dei Comuni e delle Associazioni del privato sociale non danno risposte esaustive al problema in questione.

Le famiglie multiproblematiche e con carenze educative sono in costante aumento. A loro si cerca di dare risposte oltre che con i servizi già descritti, anche attraverso una maggiore integrazione fra i servizi sociali comunali e i servizi socio-sanitari del Consultorio familiare.

A tale scopo è stata istituita l'équipe integrata d'Ambito "tutela dei minori" (già descritta nel par. 3.3.3), potenziandola di 1 unità di Assistente Sociale e di 1 unità di Psicologa part-time attraverso appositi fondi della R.M. che però consentono il mantenimento del loro rapporto di lavoro solo per l'anno 2011, dopo di che, se non si reperiranno ulteriori fondi, l'équipe resterà priva del numero di personale minimo necessario per lo svolgimento delle funzioni di competenza.

Obiettivi specifici del triennio

- Sostegno e aiuto alle famiglie con particolare attenzione a quelle in difficoltà nella cura ed educazione dei propri figli.
- Prevenzione del disagio minorile.
- Promozione della cultura dell'affido, della solidarietà e del mutuo aiuto.
- Promozione della genitorialità responsabile.

4.1.c Piano di lavoro triennale

Gli obiettivi di cui sopra verranno raggiunti attraverso:

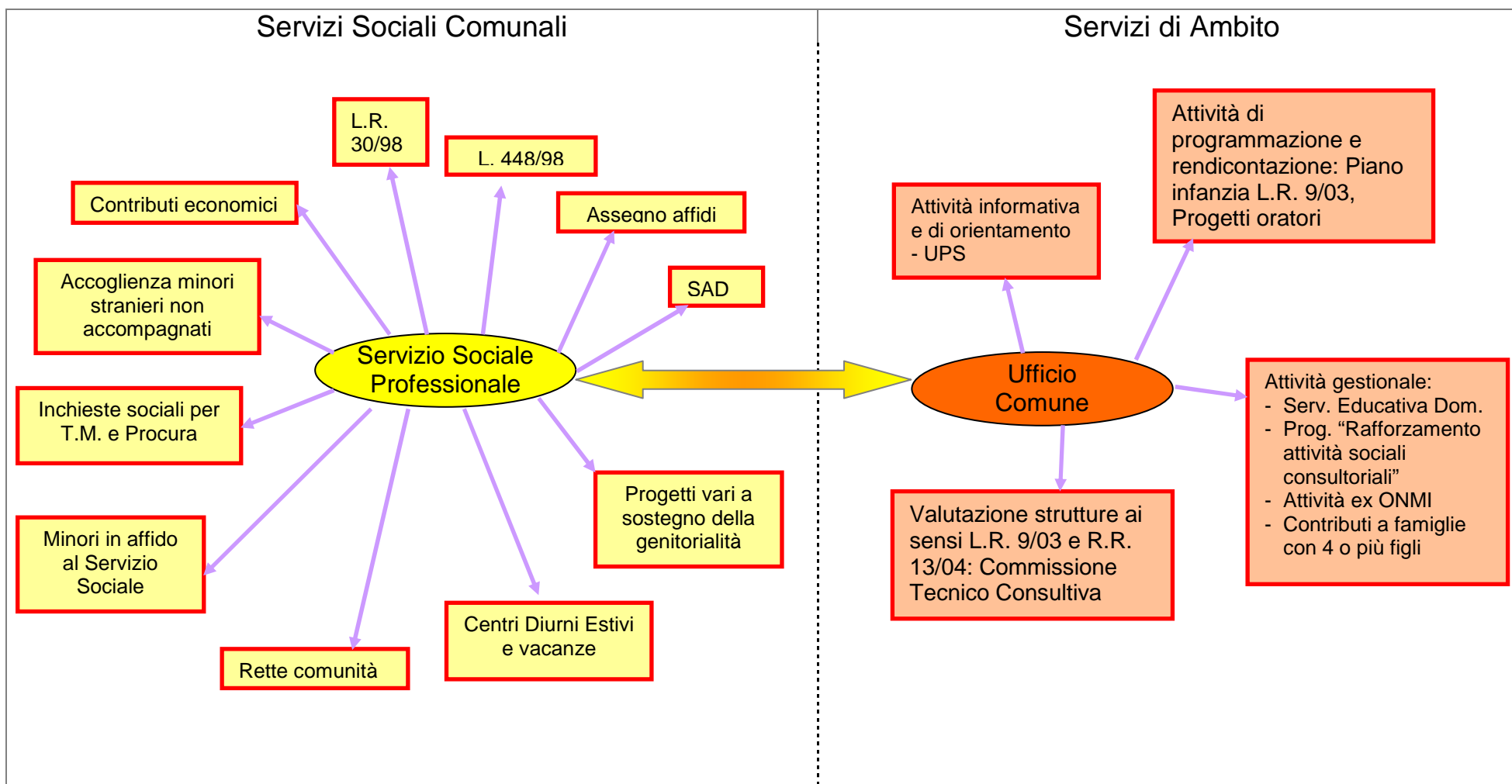
- la prosecuzione e il miglioramento qualitativo dei servizi e degli interventi previsti dalla L.R. 9/03:
 - Nidi e Centri per l'infanzia;
 - Centri di Aggregazione Giovanile;
 - Centri Diurni Estivi e vacanze marine;
 - Iniziative di formazione per una genitorialità responsabile;
 - Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni genitoriali (servizi di assistenza domiciliare, servizio di educativa domiciliare a gestione associata);
 - Sperimentazione degli asili nido domiciliari.
- Particolare attenzione verrà rivolta alla promozione della cultura dell'affido e dell'adozione al fine di ridurre il più possibile la collocazione dei bambini e ragazzi in comunità.
- A tale scopo verrà promossa la cultura dell'affido "omoculturale" per quanto riguarda i minori stranieri non accompagnati, al fine di provvedere alla loro accoglienza presso famiglie e persone disponibili della stessa etnia, dopo una prima fase di ospitalità in strutture di Pronta accoglienza.
- L'équipe affido e minori fuori dalla famiglia, composta da personale dell'ATS e del Consultorio e integrata dai rappresentanti delle Associazioni del privato sociale del territorio che operano nel settore dei minori, effettueranno una serie di incontri e iniziative presso ciascun Comune dell'ATS, finalizzate a promuovere la cultura dell'affido, della solidarietà e del mutuo aiuto.
- Verrà costituito un Albo delle persone e delle famiglie disponibili a prendersi cura per alcune ore del giorno di un bambino o ragazzo bisognoso di cura ed attenzione per il sostegno nei compiti e lo svolgimento di altre attività di vita quotidiana e verrà attivato il progetto "Famiglie di appoggio".
- Verrà potenziato il sostegno post-scolastico per i minori stranieri non accompagnati attraverso una maggiore interazione con le Associazioni del privato sociale.

- Verrà valutata la possibilità di aprire un Centro Diurno per ragazzi in difficoltà presso l'Associazione Piombini Sensini.
- Proseguiranno gli interventi previsti dalla L.R. 30/98, le attività previste in collaborazione con l'INPS per l'erogazione di assegni di maternità e a nuclei familiari con tre figli minori ai sensi della L. 448/98, i contributi a favore delle famiglie con quattro o più figli (se rifinanziati dalla Regione Marche), gli interventi ex ONMI e a favore dei figli illegittimi (se rifinanziati dalla Provincia).
- Proseguirà l'attività integrata per la tutela dei minori attraverso l'équipe integrata Comuni – ATS – Consultorio familiare al fine di dare risposte socio-sanitarie alle famiglie e ai minori in difficoltà. In tale settore particolare attenzione verrà rivolta anche alla formazione e supervisione degli operatori.
- Proseguirà il corso di supervisione rivolto agli operatori dell'équipe integrata, il corso di formazione –supervisione per le assistenti domiciliari che operano nel SAD, il corso di informazione – formazione sulla genitorialità responsabile a cura del Consultorio familiare.
- Verrà aperto presso il Dipartimento Materno Infantile uno sportello per incentivare l'allattamento al seno dei neonati.
- Si ricercherà una maggiore interazione/integrazione con gli oratori.
- Si lavorerà per la “messa in rete” delle iniziative pubbliche e private relative alla famiglia, all'infanzia e all'adolescenza esistenti sul territorio dell'ATS.

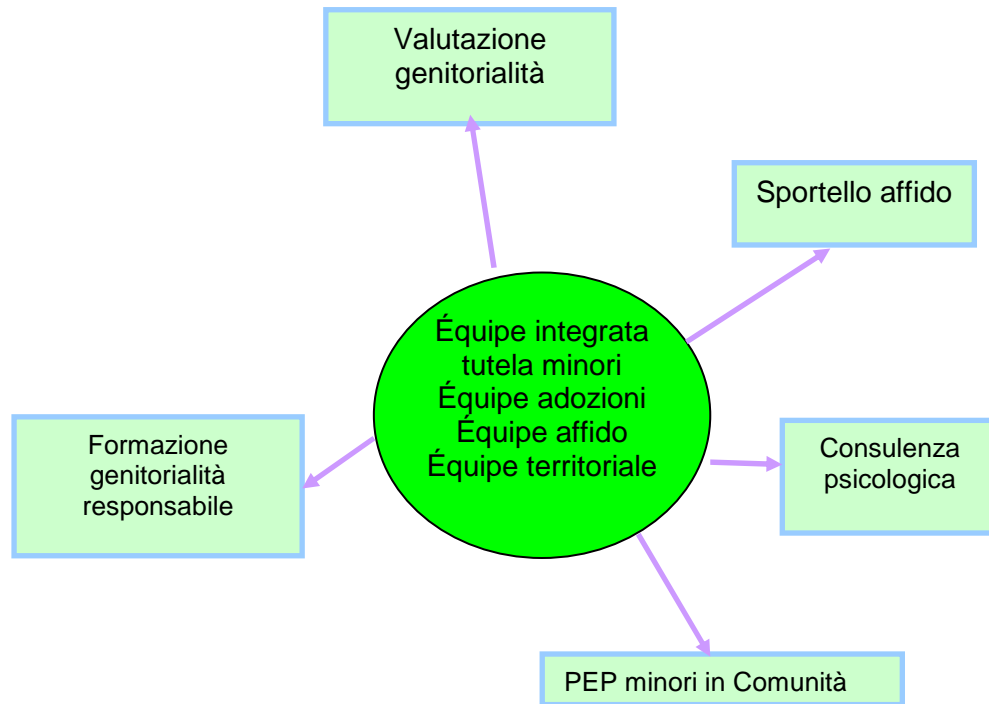
4.1.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio.

Processi	Strumenti
1. Tavolo di monitoraggio e valutazione servizi Piano Infanzia	Riunioni periodiche Verbali riunioni Relazioni periodiche Questionari di soddisfazione
2. Tavolo di monitoraggio e valutazione équipe “tutela dei minori”	
3. gruppi di monitoraggio e valutazione singoli progetti	

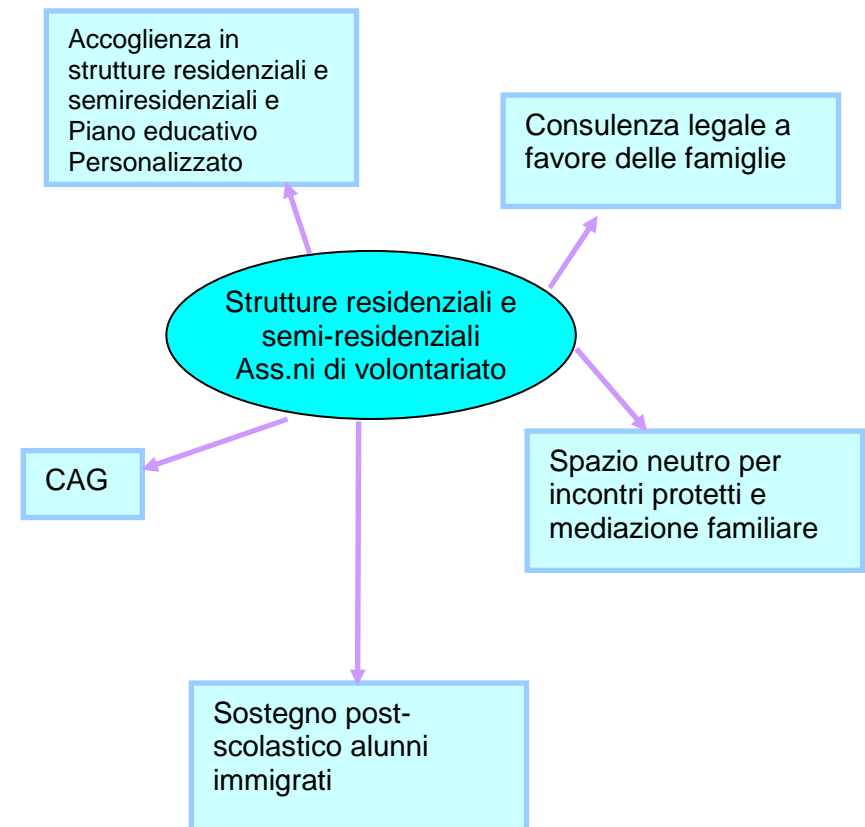
POLITICHE DI SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E AI COMPITI DI SVILUPPO DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA



Servizi integrati Comuni – Ambito – Distretto



Servizi integrati col privato sociale



*4.2 POLITICHE GIOVANILI
E PREVENZIONE DIPENDENZE PATOLOGICHE*

4.2.a Introduzione

Anagraficamente la fascia di età che comprende i “giovani” è di difficile individuazione poiché in continuo allungamento: la giovinezza, infatti, è quel periodo che va dall’adolescenza all’essere adulto (e cioè quando la persona inizia ad assumere un ruolo autonomo lavorativo e familiare).

Il dilagare della crisi economica, descritta al capitolo 2, rende estremamente complesso, per i giovani che hanno terminato gli studi, l’inserimento nel mondo del lavoro.

L’attuale normativa vigente in materia di occupazione, inoltre, ha introdotto o modificato numerosi contratti di lavoro (somministrazione, apprendistato, contratto di lavoro ripartito, contratto di lavoro intermittente, lavoro accessorio, lavoro occasionale, ecc.) e anziché facilitare l’inserimento lavorativo dei ragazzi, ha “legittimato” il loro stato di precarietà. In questa situazione di incertezza, istituti come la Scuola, l’Università o il Servizio Civile, vengono scelti dai ragazzi non per motivazioni coerenti, ma, piuttosto, come “aree parcheggio” in attesa di una opportunità più stabile.

La precarietà, l’insicurezza del lavoro, lo stato diffuso di crisi, scoraggiano i ragazzi al punto di non consentire loro una programmazione per il proprio futuro, come potevano fare i loro genitori alla stessa età. Pertanto, il raggiungimento della propria autonomia e l’uscita dalla famiglia avviene sempre più tardi, non tanto per una mancanza di volontà da parte dei ragazzi, quanto per una carenza oggettiva di possibilità di auto-sostentamento.

4.2.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Nel tavolo di concertazione relativo a questa area di intervento, è stata affermata la convinzione che per fare prevenzione del disagio è necessario operare nel settore dell’agio e, dunque, nell’area delle politiche a favore dei giovani.

Si è voluto dar voce ad un piccolo campione di giovani, non rappresentativo ma comunque significativo su come i ragazzi percepiscono la realtà in cui vivono.

Si è deciso quindi di coinvolgere la Consulta Provinciale degli Studenti di Macerata (formata dai rappresentanti di Istituto delle scuole secondarie di secondo grado della Provincia presso l’Ufficio Scolastico Provinciale) e l’Informagiovani del Comune di Macerata, attraverso la somministrazione di un questionario a risposte multiple.

Dalla rielaborazione del questionario è emerso che:

- l’Istituzione sentita più vicina dal cittadino è il Comune che è anche quello che, secondo i giovani, è l’Ente che maggiormente si occupa di loro;
- i servizi per i giovani maggiormente conosciuti sono: l’Informagiovani, il servizio di Eurodesk ed il Servizio Civile; quasi sconosciuti sono i Centri di Aggregazione Giovanile, forse perché frequentati dai ragazzi più piccoli;

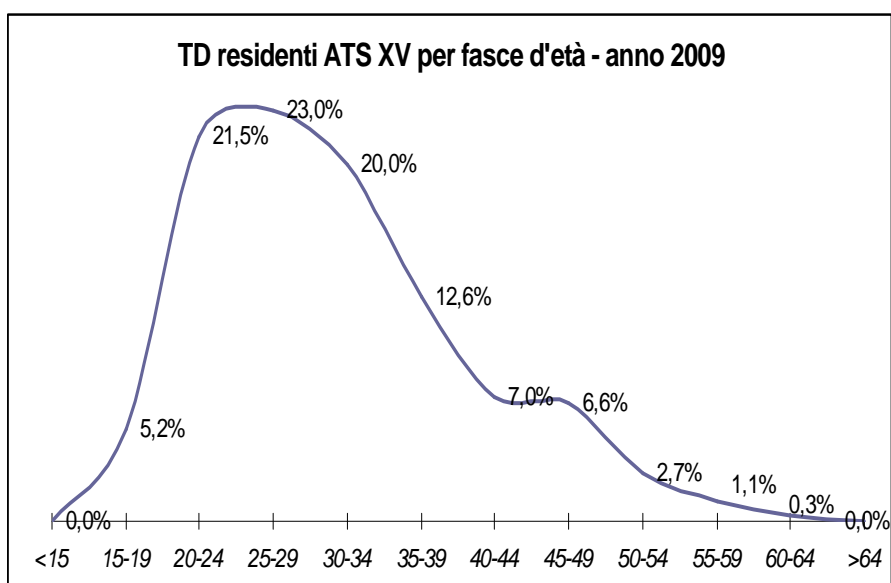
- sono considerate molto importanti le politiche a sostegno dei giovani in condizione di disabilità e il sostegno alle seconde generazioni degli immigrati, seguite dalla prevenzione del disagio sociale;
- i giovani auspicano che la propria comunità offra spazi culturali per loro, che organizzi eventi “d’impatto” e che sostenga le associazioni culturali e ricreative;
- è sentita come indispensabile la partecipazione alla vita politica dei cittadini, nonostante tre ragazzi su 37 abbiano affermato che questa sia inutile, se non addirittura dannosa;
- la partecipazione debba avvenire attraverso l’adesione ad incontri e dibattiti pubblici, ma anche attraverso l’associazionismo e le manifestazioni di protesta, esprimendo, inoltre, la propria disillusione nei confronti dei partiti politici;
- pur avendo la percezione che il loro futuro sarà peggiore rispetto a quello che si prospettava ai loro genitori alla stessa età, i ragazzi non perdono la capacità di guardare al futuro in maniera positiva.

Rispetto alle situazione di disagio conclamato si riportano di seguito i dati riferiti ai soggetti affetti da dipendenze patologiche e in carico al Dipartimento Dipendenze Patologiche - S.T.D.P. di Macerata, nell’anno 2009 e trasmessi da quest’ultimo.

Nello scorso anno, l’S.T.D.P. dell’ASUR-Z.T. 9 ha avuto in carico un totale di 459 soggetti tossicodipendenti. Il 58,6% di essi risiede in uno dei Comuni dell’ATS n° 15. La presenza maschile risulta essere preponderante, attestandosi all’81%.

La percentuale di appartenenza alle diverse fasce d’età, viene sintetizzata nella tabella e grafici seguenti :

<15	0,0%
15-19	5,2%
20-24	21,5%
25-29	23,0%
30-34	20,0%
35-39	12,6%
40-44	7,0%
45-49	6,6%
50-54	2,7%
55-59	1,1%
60-64	0,3%
>64	0,0%



L’età media dei soggetti in trattamento è di 30 anni.

Il 93% di essi risiede nella sua dimora abituale mentre i restanti vivono presso altre istituzioni (comunità terapeutiche o carcere).

Il 51% di essi è occupato stabilmente, il 10% studia, il 9% fa lavori saltuari mentre il 24% è disoccupato, il 3% in condizione non professionale e per l'altro 3% il dato non è noto.

Relativamente al livello d'istruzione, il 54% ha un diploma di media inferiore, il 32% di media superiore, l'1% è laureato, mentre il 4% ha frequentato solo le scuole elementari (dato non noto per il 9%).

In merito al canale d'invio, il 77% è arrivato spontaneamente al Servizio, il 7% inviato da altri servizi sanitari, il 6,4% accompagnato da familiari/amici, il 5,2% segnalato dalle forze dell'ordine o dal tribunale, il 2,7% inviato dal Medico di Medicina Generale ed i rimanenti da altri servizi per le dipendenze.

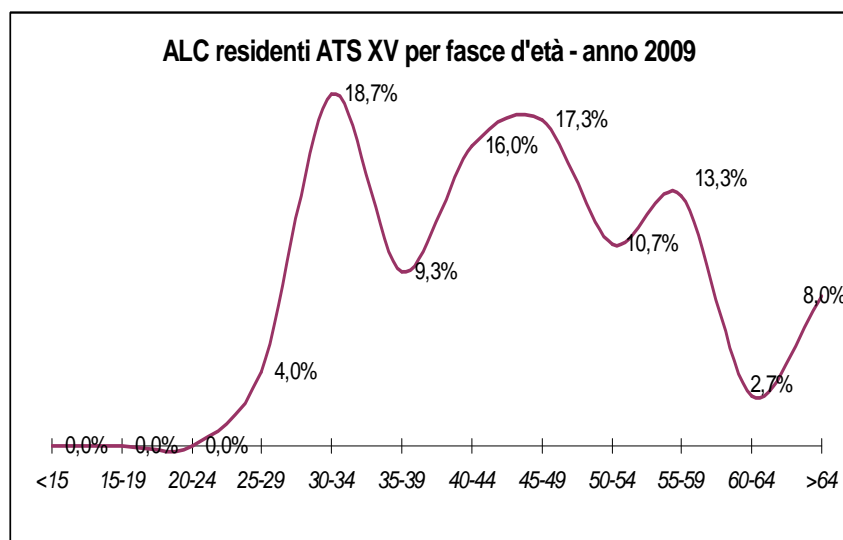
Per quanto riguarda le sostanze/comportamenti di addiction per i quali il soggetto ha fatto domanda di trattamento, il 90,5% fa uso di eroina, il 6% di cocaina, il 2,1% di cannabinoidi. Rilevante è il dato relativo ai soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico, che si attesta all'1,4% degli utenti in trattamento.

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche, inoltre, ha fornito anche i dati relativi agli alcolisti, residenti nei Comuni dell'ATS n°15, in carico al S.T.D.P..

Su un totale di 99 alcolisti presi in carico nell'anno 2009, il 70,7% risulta residente in uno dei Comuni dell'ATS 15. Di essi il 70% è maschio.

L'età media è di 45 anni e la distribuzione in fasce d'età è la seguente:

<15	0,0%
15-19	0,0%
20-24	0,0%
25-29	4,0%
30-34	18,7%
35-39	9,3%
40-44	16,0%
45-49	17,3%
50-54	10,7%
55-59	13,3%
60-64	2,7%
>64	8,0%




Il 36% di essi è occupato stabilmente, il 28% è disoccupato ed il 25% in condizione non professionale (pensionati, casalinghe). Per gli altri il dato non è noto.

In merito al livello d'istruzione, il 40% ha un diploma di media inferiore, il 14% di media superiore, il 4% è laureato e la stessa percentuale ha frequentato solo le scuole elementari. Anche in questo caso il dato non è noto per gli altri soggetti.

Infine, per quanto riguarda il canale di invio al Servizio, il 45% è arrivato spontaneamente, il 29% da ospedali/altri centri medici, il 13% dai Medici di Medicina Generale, il 9% accompagnato da familiari/amici ed il rimanente in seguito a procedimenti di tribunali/forze dell'ordine.

Servizi esistenti

Secondo la rilevazione effettuata dall'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e dal Sistema Informativo Statistico della Regione Marche, nel territorio dell'ATS n° 15 sono presenti, al 31.12.2008, n° 2 Centri Diurni per tossicodipendenti per un totale di n° 22 posti e n° 2 Comunità terapeutiche per un totale di 28 posti ([tabelle allegare](#) )

Oltre all'attività di prevenzione svolta dal DDP attraverso i CIC nelle scuole medie superiori, il progetto "Stammibene", il progetto "Sicura-mente", il progetto "Family Life", attività di prevenzione viene svolta anche dall'ATS n° 15 attraverso il progetto "Prevenzione a scuola" elaborato in collaborazione con il DDP e le scuole del territorio. Esso viene realizzato nelle scuole primarie di secondo grado da personale di cooperative o di associazione e prevede lo sportello di ascolto, gli incontri col gruppo classe e gli incontri con i genitori.

Attraverso i fondi del DDP è stato possibile estendere attività di prevenzione anche alle classi V delle scuole primarie di primo grado, attraverso il progetto "Tuttintorno".

Nel settore dell'agio sono operativi, nel territorio dell'ATS n° 15, n° 2 servizi Informagiovani, n° 1 servizio Eurodesk per attività di informazione e promozione sulle opportunità europee per i giovani con sportelli informativi a Macerata, Corridonia, Mogliano, Treia, Urbisaglia e Tolentino. È funzionante anche un sito web "Indipendenti.net": portale internet fatto "dai giovani per i giovani" con tante opportunità per informarsi, comunicare, vivere al meglio il territorio ed essere protagonisti.

Il tavolo di consultazione/concertazione ha individuato le seguenti criticità:

- ▶ difficoltà dei giovani ad inserirsi nel mondo del lavoro, con la conseguenza che la scuola, il lavoro occasionale e precario, il servizio civile, ecc. sono diventati possibili "aree parcheggio" in attesa di occasioni più stabili;
- ▶ difficoltà dei giovani a raggiungere la propria autonomia e ad uscire dalla famiglia;
- ▶ distacco dei giovani dalle istituzioni e dalla partecipazione alla vita politica;
- ▶ disagio sociale, psicologico ed emotivo;

- ▶ aumento dell'uso di sostanze stupefacenti e abbassamento dell'età di avvicinamento alle sostanze dopanti;
- ▶ nuove dipendenze: da gioco d'azzardo e da internet.

Obiettivi per il triennio

- promozione dell'agio dei giovani;
- promozione della partecipazione e del protagonismo giovanile;
- prevenzione del disagio giovanile.

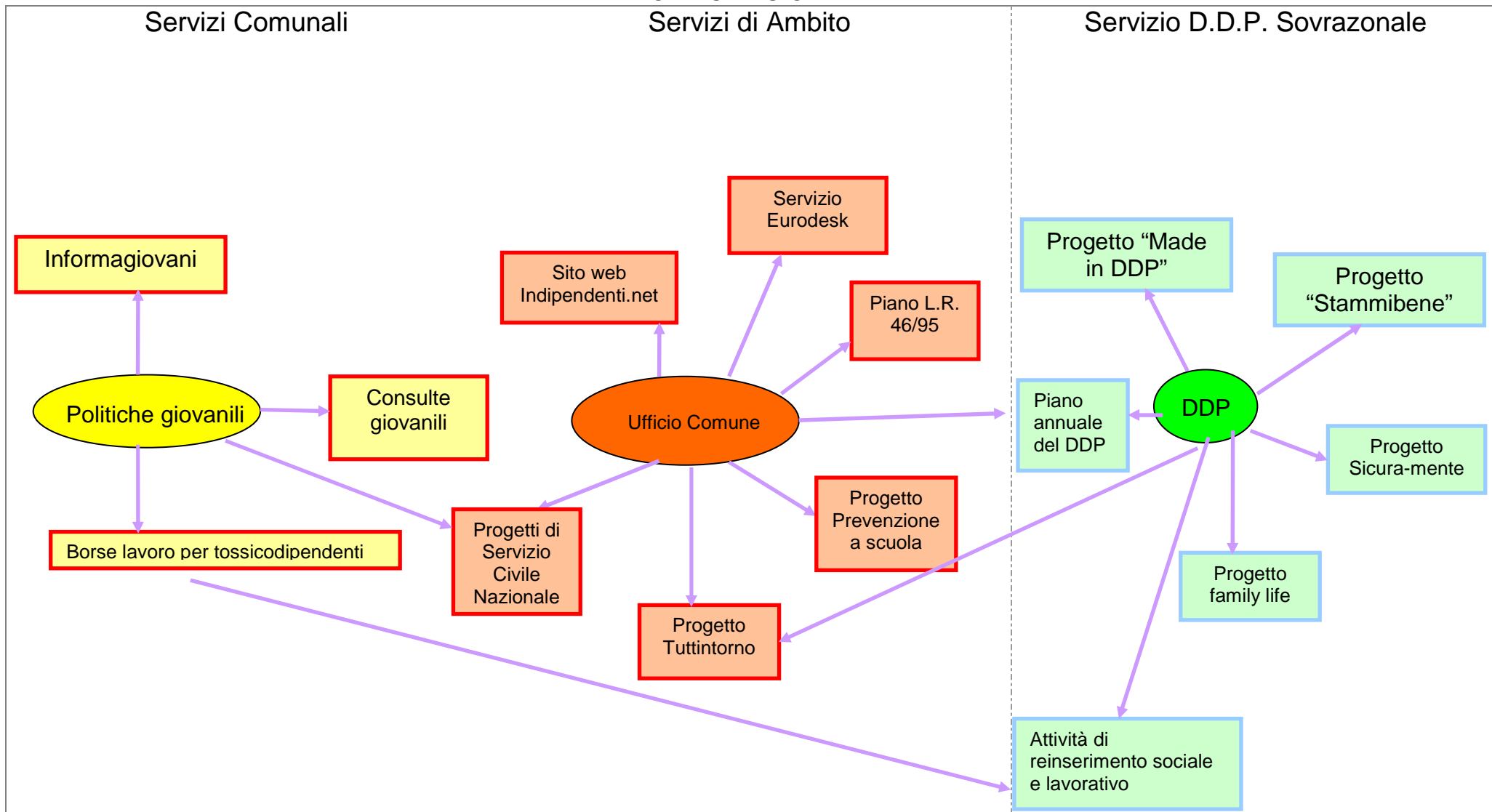
4.2.c Piano di lavoro triennale

- Prosecuzione del servizio Informagiovani nei due Comuni dell'ATS.
- Prosecuzione del servizio Eurodesk a livello di Ambito.
- Promozione della partecipazione dei giovani alla vita politica e sociale attraverso la diffusione delle Consulte giovanili presso i Comuni dell'ATS.
- Prosecuzione e sviluppo del sito web "Indipendenti.net" quale strumento di promozione della partecipazione giovanile e opportunità per informarsi, comunicare, vivere al meglio il territorio ed essere protagonisti.
- Progettazione e gestione da parte del Comune capofila di Ambito del servizio civile nazionale, quale strumento di formazione e di avvicinamento all'ambiente lavorativo da parte dei giovani.
- Promozione dell'Osservatorio sulle Dipendenze Patologiche al fine di mantenere alto il livello di attenzione delle Istituzioni sulla problematica in questione.
- Prosecuzione del progetto di "Prevenzione a scuola" da parte dell'ATS.
- Prosecuzione dei progetti di prevenzione realizzati dal DDP o in collaborazione con esso.
- Prosecuzione e sviluppo delle attività di inserimento sociale e lavorativo (borse lavoro, aiuti vari, ecc.) in collaborazione col DDP.
- Prosecuzione della collaborazione con la Provincia di Macerata per le attività di programmazione e pianificazione ai sensi della L.R. 46/95.

4.2.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio

Processi	Strumenti
1. Tavoli di monitoraggio sui servizi	Riunioni periodiche
2. Gruppi di monitoraggio sui progetti	Verbali di riunioni
3. Monitoraggio sullo stato di attuazione dei progetti di Servizio Civile Nazionale	Relazioni semestrali e annuali Colloqui con i volontari Servizio Civile Nazionale

POLITICHE GIOVANILI




4.3 POLITICHE DI SOSTEGNO AL CITTADINO DISABILE

4.3.a Introduzione

L'équipe UMEA dell'ASUR Zona 9 di Macerata, ha effettuato una rilevazione circa il numero delle persone riconosciute in condizione di disabilità nel periodo 2006-2009, adottando quale fonte informativa la certificazione dello stato di handicap rilasciata dalla competente Commissione sanitaria ai sensi della L. 104/92.

Dalla rilevazione è emerso che, nel periodo considerato, i nuovi casi di soggetti di età 0-65 anni residenti nel territorio del Distretto Sanitario di Macerata, riconosciuti in condizione di disabilità sono n° 1.222, di cui n° 124 sono in età evolutiva (0-18 anni).

Dai dati forniti dall'INPS si rileva quanto segue:

- le pensioni di invalidità erogate ai residenti nel territorio dell'ATS 15, nel periodo di cui sopra, sono aumentate passando da n° 944 del 2006 a n° 1.077 del 2009;
- gli assegni di accompagnamento erogati hanno avuto un incremento ancora maggiore passando da n° 2.322 del 2006 a n° 2.788 del 2009 ([allegato statistico](#) ).

Il problema della disabilità e della non autosufficienza è dunque molto forte nel nostro territorio e merita attenzione da parte delle Istituzioni.

Servizi esistenti

L'applicazione della L.R. 18/96 ha favorito la presenza della stessa tipologia di interventi e di servizi in tutto il territorio regionale.

Servizi presenti ai sensi della L.R. 18/96:

- Assistenza domiciliare (SAD)
- Assistenza educativa
- Servizi trasporto
- Integrazione scolastica
- Borse lavoro socio-assistenziali
- Borse lavoro pre-lavorative
- Servizio interpretariato non udenti
- Servizio accompagnamento non vedenti
- Contributi per automatismi di guida, mezzi di trasporto e ausili tecnici
- Contributi per assistenza domiciliare indiretta.
- Centri socio-educativi riabilitativi diurni

Sono inoltre attivi:

- Progetto autismo
- Progetto Vita indipendente
- Contributi per l'eliminazione delle barriere architettoniche in strutture private, ai sensi della L.R. 13/89

Presso il Distretto sanitario di Macerata sono funzionanti:

- n°1 équipe per l'età evolutiva (UMEE)
- n° 1 équipe per l'età adulta (UMEA, che ricopre anche il territorio del Distretto di Tolentino).

Sono attive inoltre l'UMEA e l'UMEE presso i Centri convenzionati ANFFAS e S. Stefano.

Le strutture funzionanti sul territorio dell'ATS 15 sono come di seguito indicato:

Tab. n°20: strutture per disabili funzionanti nel territorio ATS 15

Tipologia	Denominazione	Località	Posti autorizzati
Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo CSER	CSER ex San Lorenzo	Treia	N°18
Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo CSER	Il Ciclamino	Corridonia	N°16
Centro Diurno per disabili psico fisico sensoriali (convenzionato ASUR)	ANFFAS onlus Macerata	Macerata	N°52
Comunità Socio Educativa Riabilitativa	COSER 1 – ANFFAS	Macerata	N°8
Comunità Socio Educativa Riabilitativa	COSER 2 – ANFFAS	Macerata	N°10

Un gruppo di lavoro costituito da operatori dei Comuni interessati e dell'UMEA si occupa di monitorare il percorso riabilitativo degli ospiti dei Centri Diurni al fine di valutarne l'efficacia.

4.3.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Nel tavolo di consultazione/concertazione relativo alle politiche di sostegno al cittadino disabile è stata posta l'attenzione sulla centralità del concetto di "diritto" nei servizi alla persona, evidenziandone la scarsa consapevolezza e diffusione. Permane nella nostra società lo stigma della diversità.

È stato rilevato come non si comprenda che "un po' più di risorse per il sociale avrebbe come conseguenza la riduzione delle spese sanitarie" poiché un potenziamento dei servizi sociali a favore delle persone disabili ridurrebbe di molto il ricorso ai ricoveri ospedalieri o in strutture residenziali con conseguente diminuzione delle spese.

È stata messa in evidenza l'assenza dei livelli assistenziali delle prestazioni sociali, previsti dalla L. 328/00, ma non ancora individuati dallo Stato, la disomogeneità dei criteri di accesso ai servizi, la difficoltà a comprendere l'importanza del lavoro di rete fra servizi sociali e servizi sanitari, fra servizi pubblici e servizi privati. Si è constatato che negli ultimi

anni l'attenzione ai problemi dei disabili sembra essere scemata e occorre lavorare per l'affermazione dei principi umani di uguaglianza e di dignità della persona e per la promozione di una cultura della solidarietà.

È emersa la necessità di lavorare ulteriormente e in modo integrato sull'appropriatezza degli interventi attraverso l'elaborazione e la realizzazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), di garantire la continuità fra il percorso formativo scolastico e il successivo inserimento sociale e lavorativo, di potenziare i servizi domiciliari a sostegno delle famiglie, sensibilizzare il privato verso l'accoglienza di borse lavoro e potenziare l'attività di tutoraggio.

Nell'ambito della disabilità mentale è stata messa in evidenza la necessità di attivare un Centro Diurno per giovani.

Obiettivi:

- promozione dei diritti dei disabili
- potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria per la valutazione e la "presa in carico"
- ricerca di sinergie col CIOF per l'inserimento lavorativo del disabile
- omogeneizzazione dei criteri di accesso ai servizi.

4.3.c Piano di lavoro triennale

Nel triennio di riferimento del Piano saranno svolte le seguenti attività:

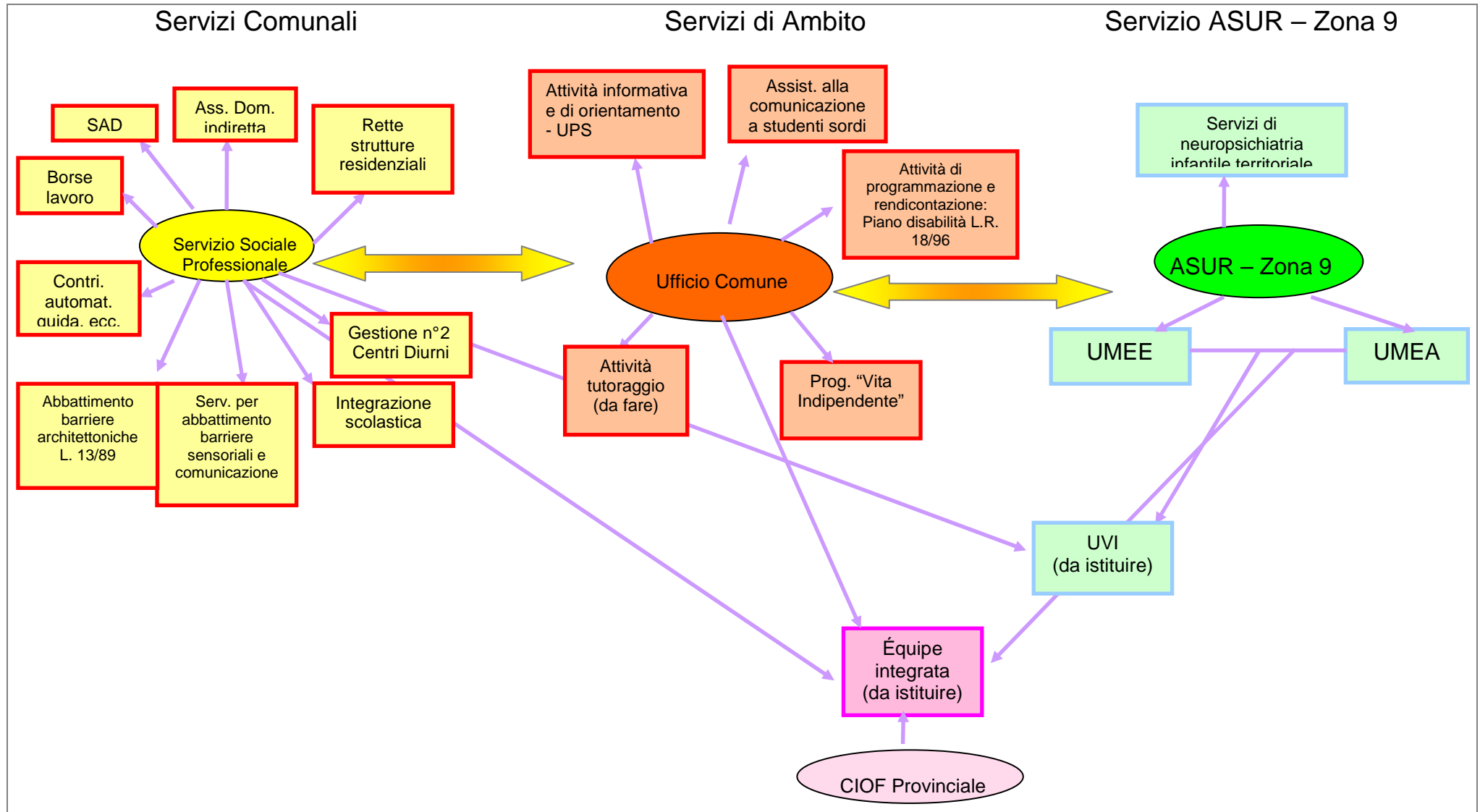
- individuazione di criteri omogenei di accesso ai servizi. Il gruppo di lavoro composto da personale dei Comuni e dell'ASUR sarà integrato con rappresentanti del privato sociale per la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- costituzione dell'Unità Valutativa Integrata Ambito/Distretto per la valutazione multidisciplinare delle situazioni problematiche, la elaborazione dei Piani Assistenziali Individualizzati, la "presa in carico" socio-sanitaria della persona in difficoltà e dunque il potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria già in atto;
- elaborazione e sottoscrizione del Protocollo di Intesa col CIOF e con la Zona ASUR 9, finalizzato alla definizione di percorsi integrati per favorire l'inserimento lavorativo delle persone disabili, in attuazione della DGR n° 1256/08 e conseguente istituzione dell'équipe integrata;
- attivazione del Servizio "tutoraggio" borse lavoro a livello di Ambito;
- sostegno alle Cooperative Sociali di tipo B al fine di ampliare la possibilità di inserimento dei disabili;
- prosecuzione degli interventi e dei servizi previsti dalla L.R. 18/96;

- particolare attenzione verrà rivolta anche ai servizi semiresidenziali e residenziali, attraverso la costante verifica del possesso dei requisiti strutturali e organizzativi e la ricerca di fonti di finanziamento per la costruzione, ristrutturazione, ampliamento delle strutture.

4.3.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio

Processi	Strumenti
1. Gruppo di valutazione e di monitoraggio Centri Diurni	Incontri periodici Verbale degli incontri
2. Tavoli di monitoraggio e valutazione su specifici servizi	Relazioni periodiche Schede di monitoraggio

SERVIZI PER DISABILI



*4.4 POLITICHE DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE
– I SERVIZI DI SOLLIEVO*

4.4.a Introduzione

I fatti di cronaca, i dati relativi al ricorso alle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, ci dimostrano che il disagio psichico è in continuo aumento e si abbassa sempre più l'età dell'insorgenza.

Una indagine condotta dal DSM nel 2002 sui bisogni delle famiglie e dei propri pazienti ha messo in evidenza che a prendersi cura del malato psichiatrico è soprattutto il genitore anziano, con bassa scolarità e pensionato. Il ruolo di caregiver è prevalentemente svolto dalla figura femminile e si tratta, nella maggior parte di madri.

L'anziano genitore, dunque, in genere bisognoso esso stesso di sostegno, risulta essere nella maggior parte dei casi, l'unico riferimento per il figlio disabile. Emerge inoltre che i pazienti del DSM hanno una età media compresa tra i trenta e i quaranta anni e che per il 76,1% dei casi essi vivono in famiglia, mettendo dunque in evidenza che la patologia psichiatrica ha, tra le altre conseguenze, anche un basso grado di autonomia. Un dato da non sottovalutare è che quasi il 98,6% degli intervistati non ha quasi mai ricevuto aiuto dalle Associazioni di volontariato, né tantomeno dai vicini; si tratta pertanto di una famiglia esclusa dalle reti sociali e amicali, costretta a farsi carico quasi totalmente del componente più debole e dunque bisognosa di aiuti e sostegno.

Servizi esistenti

Tab. n°21: Strutture residenziali

Area	Tipologia servizio	Denominazione	Comune	Posti autor.
sociale	Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali	Casa Famiglia 1	Macerata	4
sociale	Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali	Casa Famiglia 2	Macerata	4
sociale	Comunità Alloggio per persone con disturbi mentali	Casa Famiglia 3	Macerata	2
sanitaria	Struttura Riabilitativa Residenziale (SRR)	SRR Pubblica	Macerata	12
socio-sanitaria	Comunità Protetta (CP)	Comunità Protetta Modulo A (Azzurro)	Corridonia	20
socio-sanitaria	Comunità Protetta (CP)	Comunità Protetta Modulo B (Rosa)	Corridonia	20

Tab. n°22: Strutture semiresidenziali:

Area	Tipologia servizio	Denominazione	Comune	Posti autor.
Sociale	Centro Diurno psichiatrico	Help	Macerata	
Sanitaria	Centro Diurno psichiatrico	Centro Diurno del DSM	Macerata Tolentino	15 10

Tab. n°23: Strutture residenziali e semi residenziali per malati con doppia diagnosi:

Area	Tipologia servizio	Denominazione	Comune	Posti autor.
sanitaria	Comunità Protetta (CP)	Struttura Psichiatrica Coop. Soc. P.A.R.S. "Pio Carosi"	Corridonia	10
sanitaria	Centro Diurno psichiatrico	Struttura Psichiatrica Coop. Soc. P.A.R.S. "Pio Carosi"	Corridonia	10

Servizi di sollievo

I servizi di sollievo sono nati nel 2002. sono gestiti in forma associata a livello di Ambito e coinvolgono oltre i Comuni dell'ATS anche il DSM e la Provincia di Macerata che è il soggetto coordinatore a livello sovra-ambito (Progetto Accurata-mente).

Nel territorio dell'ATS 15 essi consistono nei seguenti interventi:

- équipe itinerante composta da un Sociologo e una Assistente Sociale per attività di segretariato sociale e di presa in carico sociale dei malati psichiatrici, soprattutto di coloro che poco si rivolgono ai servizi sanitari. Effettuano colloqui di sostegno e visite domiciliari per promuovere l'autonomia dei malati, arginare le loro ansie e paure, aiutare i familiari nelle relazioni col proprio congiunto psichiatrico, svolgere attività di orientamento rispetto a problematiche di tipo lavorativo, finanziario, sanitario, ecc., effettuare attività di verifica "sul campo" del Servizio di Assistenza Domiciliare;
- Centro Diurno "Help" sito a Macerata in v.le Don Bosco n° 36. È aperto il sabato pomeriggio, la domenica e gli altri giorni festivi, quando il Centro Diurno sanitario è chiuso. È un punto di riferimento per far fronte alla solitudine e al senso di mancata inclusione sociale. Nel Centro si organizzano feste e cene, visite a mostre e musei del territorio, partecipazione a concerti, uscite a teatro, gite al mare e in montagna. Tali attività sono realizzate con un pulmino messo a disposizione dal Comune di Macerata e in via eccezionale dai mezzi delle associazioni del territorio: ANMIC, Cooperativa la Talea. Nel Centro sono organizzati inoltre, laboratori di pittura, di arti plastiche, di

musica, di lettura, di yoga, gestiti dall'Associazione Provinciale Familiari degli Handicappati Psicici e da professionisti del territorio;

- SAD: attività di aiuto domestico e di assistenza alla persona svolta presso la famiglia del malato psichiatrico, dall'assistente domiciliare per alcune ore la settimana. Data la complessità dell'utenza, tale figura viene formata costantemente dagli operatori del DSM e supervisionata dagli operatori dell'équipe itinerante;
- Borse lavoro: inserimenti in ambiente lavorativo del malato psichiatrico. L'attività di tutoraggio viene svolta da personale del DSM;
- Vacanze sociali: gite e vacanze al mare;
- Corso di formazione e supervisione delle assistenti domiciliari svolto dal DSM;
- Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto organizzati dall'Associazione AMA di Macerata.

4.4.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Nel tavolo di consultazione/concertazione relativo al settore in questione è stata messa in evidenza l'importanza della prevenzione e dell'integrazione socio-sanitaria proprio per la tipologia della malattia che, coinvolgendo la sfera fisica e psichica, trova terapia non solo nel farmaco, ma anche e soprattutto in adeguate risposte relazionali e sociali.

Si è ribadita la necessità di potenziare e stabilizzare i servizi di sollievo, quali interventi di aiuto e di sostegno alle famiglie con malati psichiatrici.

È stata inoltre messa in evidenza la necessità di una struttura residenziale socio-sanitaria, a maggiore protezione assistenziale e terapeutica rispetto alle comunità alloggio già esistenti.

È stata rilevata la presenza di alcuni ragazzi dai 16 ai 19 anni con disturbi psichiatrici e di comportamento, per i quali i servizi domiciliari attivati sono insufficienti e che potrebbero trovare risposte più adeguate in un centro diurno socio-sanitario a forte valenza terapeutica riabilitativa che però è inesistente nell'ATS n° 15 e nella stessa Regione Marche.


Si è inoltre evidenziata la difficoltà di curare adeguatamente "oltre il farmaco" gli immigrati con disturbi psichici a causa degli ostacoli linguistici e culturali per il cui superamento sarebbe necessaria la presenza nei servizi della figura del mediatore culturale.

Obiettivi

- Sostegno della famiglia con malati psichiatrici
- Reinserimento sociale del malato psichiatrico

- Prevenzione delle situazione di disagio psichico

4.4.c Piano di lavoro triennale

- Realizzazione del progetto “Accurata-mente: prosecuzione triennale dei servizi di sollievo in favore delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie aprile 2009 – marzo 2012”, approvato dal Comitato dei Sindaci in data 16.03.2009.
([progetto](#) )
- Potenziamento del percorso di integrazione sanitaria già avviato con i servizi di sollievo, attraverso incontri periodici fra l'équipe del Centro di Salute Mentale e l'équipe del progetto Accurata-mente, la programmazione coordinata DSM – Comuni delle attività di prevenzione, la “presa in carico” sempre più integrata dei “casi complessi”.
- Realizzazione dal parte del DSM del progetto “Benessere: educazione alla alimentazione” per la promozione della salute psico-fisica a favore dei pazienti del Dipartimento e del progetto “Tra ragione ed emozioni: un viaggio nel labirinto della mente”, per la promozione della salute mentale della popolazione, da realizzarsi nei Comuni dell'Ambito.
- Potenziamento delle strutture socio-sanitarie per malati psichiatrici attraverso la valutazione di fattibilità di un Centro Diurno per adolescenti a “rischio psichiatrico” e di una Comunità Alloggio per soggetti psichiatrici.

4.4.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio

Per i servizi di sollievo:

- riunioni mensili dell'équipe del progetto;
- riunioni periodiche del Comitato Tecnico;
- riunioni periodiche fra équipe progetto e operatori del DSM;
- relazioni di verifica annuali;
- incontri di verifica annuali con l'Amministrazione Provinciale.

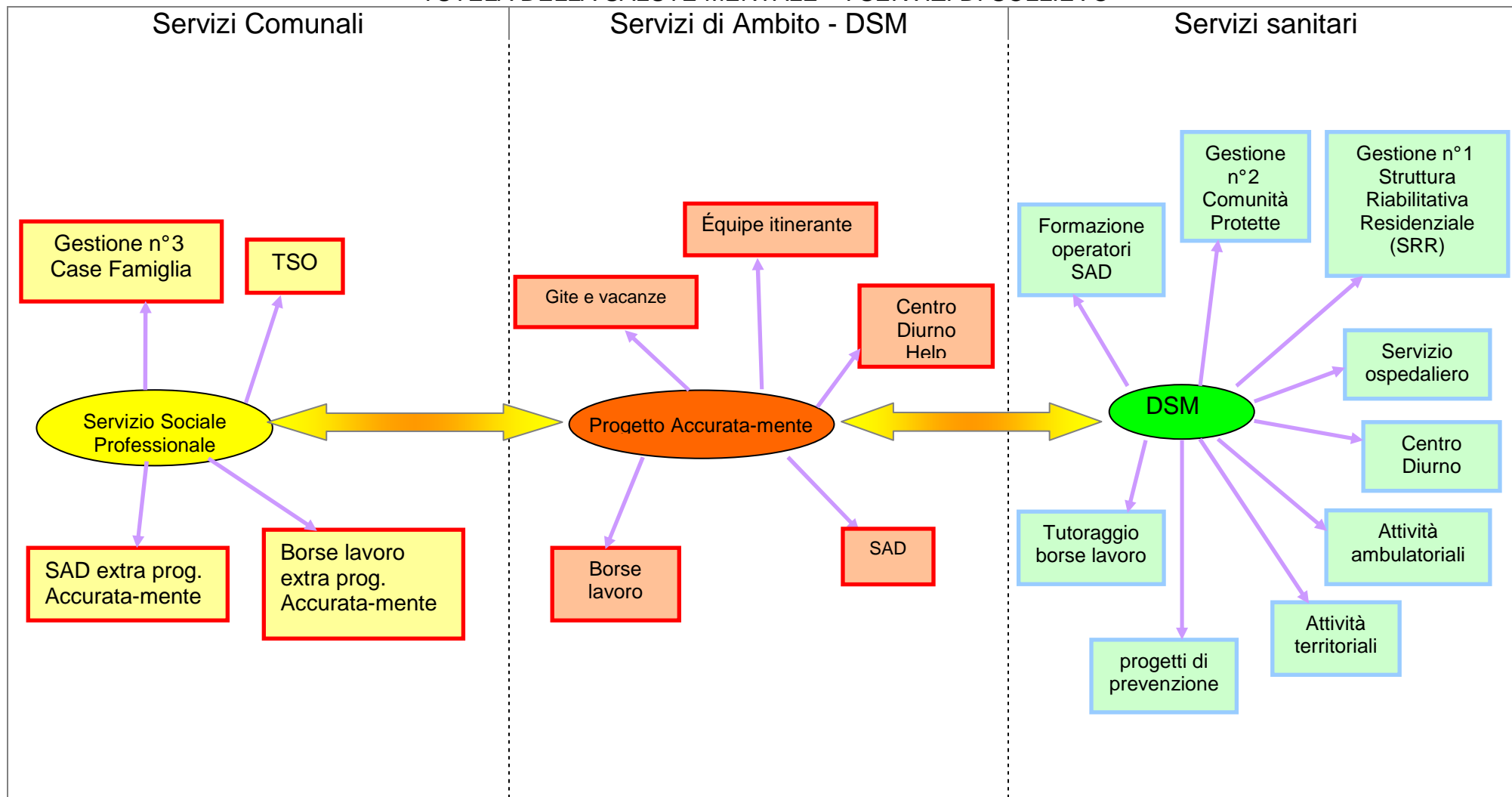
Per le altre attività di prevenzione:

- incontri di progettazione integrata fra Direttore DSM, Coordinatore e Ufficio di Piano.

Per la presa in carico integrata:

- incontri fra operatori del DSM, dell'équipe sollievo, dei Comuni dell'ATS.

TUTELA DELLA SALUTE MENTALE – I SERVIZI DI SOLLIEVO



*4.5 POLITICHE DI CONTRASTO DEL DISAGIO ADULTO
(povertà estrema, adulti in difficoltà
e provenienti dal carcere, violenza sulle donne, ecc.)*

4.5.a Introduzione


Come già descritto nel Profilo socio economico, la crisi economica ed occupazionale in corso a livello nazionale e internazionale ha colpito anche il nostro territorio.

È aumentato il numero dei disoccupati e delle persone in cerca di lavoro non solo fra i giovani e le donne, ma anche fra gli adulti capofamiglia. È aumentato il numero delle persone che si recano presso i servizi sociali comunali e presso le varie associazioni di volontariato perché prive del minimo necessario per vivere (cibo, vestiario, luce, acqua, casa).

Il ceto medio si sta impoverendo sempre più e la fascia della povertà estrema si sta sempre più ampliando. Quella che alcuni anni fa, in periodo di crescita economica, era chiamata “vecchia povertà” per indicare la povertà del dopoguerra, ora sta ridiventando “nuova povertà”, ossia povertà emergente.

Nell’ambito del sistema penale, il sovraffollamento delle carceri spinge ad un maggior utilizzo della detenzione domiciliare con conseguente crescita di soggetti che, pur essendo nel percorso penale, vivono nella società civile e sono nell’impossibilità di rispondere alle proprie necessità primarie.

Anche la violenza intra-familiare è in aumento e spesso, a farne le spese, sono le donne e i bambini.

Nel nostro territorio regionale emerge una maggiore percentuale di violenza sulle donne rispetto a quella nazionale (il 34,4% contro il 31,9%) ed in particolare essa è agita da persone conosciute dalle vittime (34,3%) ([allegato statistico](#) )

La Regione Marche, con l’approvazione della L.R. n. 32 del 11/11/2008, ha promosso e finanziato la costituzione di nuovi centri antiviolenza, uno per ogni Provincia, avvalendosi delle competenze delle associazioni di volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale (Onlus) e delle cooperative sociali che hanno come scopo la lotta, la prevenzione e l’assistenza delle donne vittime di violenze.

Tali servizi sono a disposizione di tutte le donne vittime di violenza e maltrattamenti fisici e psicologici, stupri e abusi sessuali extra o intra familiari.

Nei centri antiviolenza gli esperti forniscono gratuitamente consulenza ed informazioni sui servizi alle vittime e anche alle persone che, nella loro sfera privata o di lavoro, sono in contatto con donne che hanno subito violenza; con loro valutano come poter sostenere la donna in difficoltà, come informarla ed incoraggiarla a cercare aiuto.

I centri offrono il sostegno psicologico, le consulenze legali, l’attivazione di interventi di rete e degli interventi nell’emergenza e l’accompagnamento in strutture sanitarie, tribunali, polizia, ecc.

Servizi esistenti

Nella Provincia di Macerata è attivo il Centro Antiviolenza S.O.S. donna con sede nel capoluogo.

Nel Comune di Macerata è funzionante anche il servizio Informadonna con funzioni di informazioni e orientamento su lavoro, imprenditoria femminile, servizi, associazioni, politica, tempo libero, iniziative sociali, culturali e di formazione. Facilita l'accesso alla conoscenza della legislazione in tema di pari opportunità e di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, dei servizi resi alle donne e in supporto alla famiglia. Offre consulenza legale e psicologica gratuita grazie alla collaborazione con il Comitato Pari Opportunità dell' Ordine Forense di Macerata e con l' Anmil (Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi sul lavoro).

Il fondo di solidarietà istituito nel 2009 dalla Regione Marche ha avuto nello stesso anno n° 4.475 domande, di cui n° 193 relative a res identi nel territorio dell'ATS n° 15 (il 17,72%). Di esse le domande ammesse a finanziamento sono state n° 1.820 (il 40,67%), di cui n° 102 (il 5,6% delle domande ammesse) hanno riguardato persone residenti nel nostro Ambito.

L'Amministrazione Provinciale ha elaborato il progetto "Micro-credito", così pure la Caritas diocesana, ma pochi sembrano essere stati i beneficiari.

Il CIOF provinciale effettua attività formativa rivolta a categorie svantaggiate finalizzata all'inserimento lavorativo. Ha istituito borse lavoro per diplomati e per ex detenuti.

Nel Comune di Macerata è attivo da anni il servizio mensa presso il Centro di Ascolto e Prima Accoglienza e, nell'anno in corso, è stato istituito il "fondo anticrisi" per contributi economici e riduzione spesa mensa scolastica a favore di disoccupati, cassaintegrati e iscritti alle liste di mobilità.

Presso tutti i Comuni è attivo il Servizio Sociale Professionale e gli Uffici di Promozione Sociale per attività informativa, di orientamento e di "presa in carico" delle persone in situazione di difficoltà.

Il Centro di Ascolto e Prima Accoglienza, sito presso il Comune di Macerata, ha una struttura di n° 5 posti letto destinata all'accoglienza di poveri di passaggio italiani e stranieri.

Altre strutture residenziali sono:

- n° 2 comunità alloggio per gestanti e madri con figli, una sita a Corridonia di n° 9 posti letto, l'altra sita a Macerata con n° 10 posti letto;
- n° 1 alloggio sociale per adulti in difficoltà, sito a Macerata, con n° 6 posti letto;
- n° 1 casa famiglia con sede a Montecassiano e n° 3 comunità familiari con sede a Macerata, che accolgono, però, soprattutto minorenni.

Numerose sono poi le associazioni del privato sociale che si occupano della povertà estrema offrendo pacchi viveri, indumenti, mobili di riuso, ecc.


4.5.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Il tavolo di consultazione/concertazione sul settore in questione, oltre a individuare le criticità già espresse nella introduzione, ha stabilito i seguenti obiettivi:

- promozione e sviluppo di politiche e strategie di intervento a favore delle persone in situazione di povertà estrema;
- promozione di politiche di prevenzione, contrasto e sostegno delle famiglie che vivono in condizione di povertà relativa;
- passaggio da politiche basate sui trasferimenti economici a politiche imperniate sulla presa in carico;
- lavoro di rete pubblico/privato.

4.5.c Piano di lavoro triennale

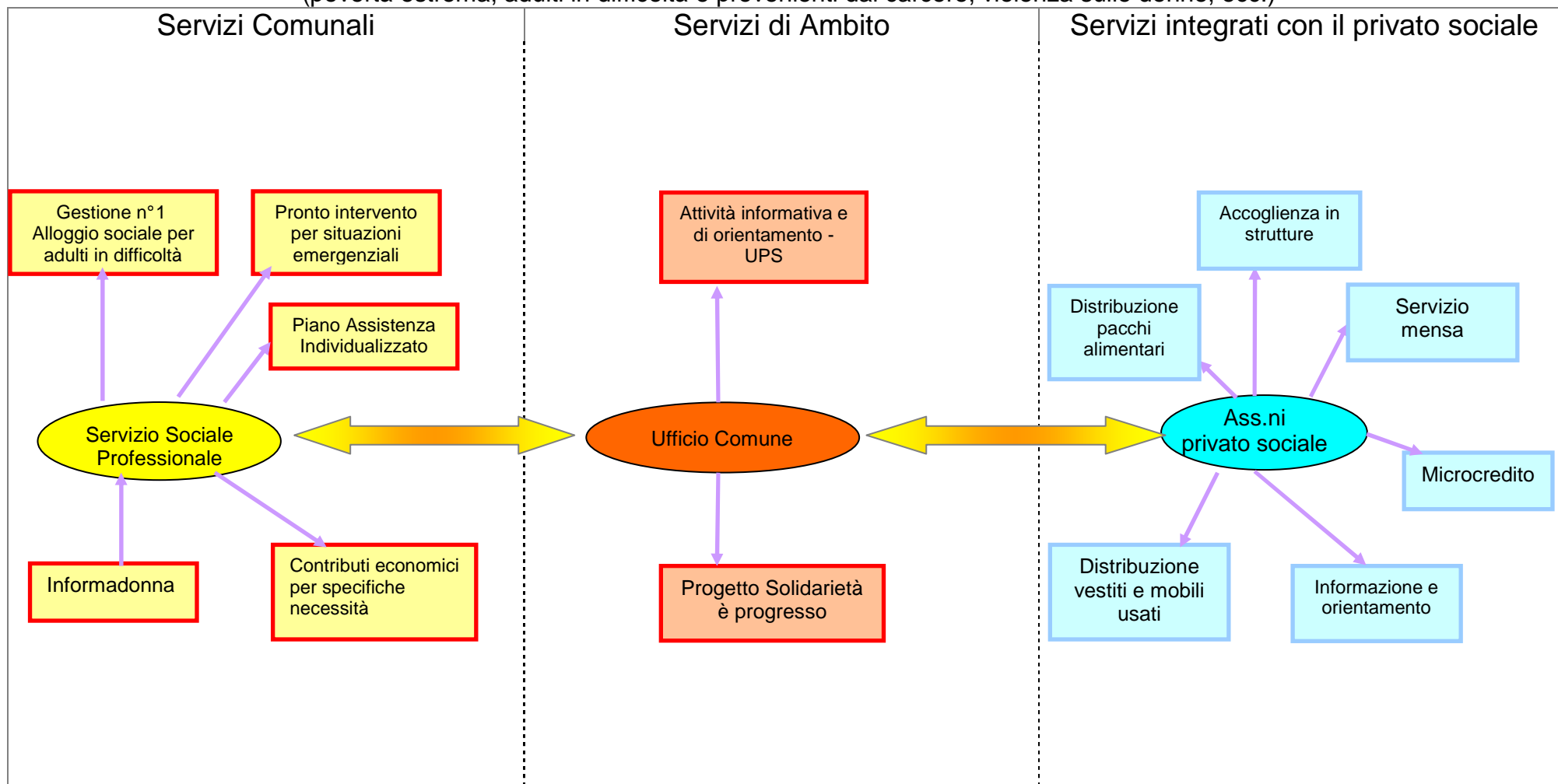
Nel triennio di riferimento del Piano saranno sviluppate le seguenti strategie e interventi:

- potenziamento del lavoro di rete fra Provincia, Comuni e Associazioni del privato sociale che si occupano della povertà estrema e del disagio adulto;
- prosecuzione dell'attività del gruppo di coordinamento provinciale composto dai soggetti che si occupano di povertà;
- promozione e sviluppo dell'interazione col CIOF;
- promozione e sviluppo dell'interazione con l'UEPE per la collaborazione circa le misure alternative in seguito a progetto condiviso UEPE e Servizi Sociali comunali;
- promozione della "presa in carico" con conseguente PAI, evitando il più possibile interventi generalizzati;
- ricerca di soluzioni atte a rispondere alle situazioni di violenza familiare, soprattutto nei confronti delle donne;
- impegno dei Comuni ad affidare alcuni servizi alle Cooperative di tipo B, così come previsto dall'art. 20 della L. 52/96 di modifica dell'art. 5 della L. 381/91 e della Direttiva 2004/18/CE, art. 19;
- realizzazione del progetto interambito "Solidarietà è progresso" ([progetto](#) 
- concessione di contributi straordinari per specifiche necessità rispondenti ai bisogni primari delle persone;
- prosecuzione del servizio mensa.

4.5.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio

Processi	Strumenti
1. tavolo di monitoraggio e valutazione progetto interambito "Solidarietà è progresso"	Riunioni periodiche Verbali delle riunioni
2. gruppo di coordinamento provinciale sulle povertà estreme	Relazioni intermedie e finali sui progetti e servizi
3. gruppi di valutazione e monitoraggio pubblici-privati	Schede di monitoraggio


POLITICHE DI CONTRASTO DEL DISAGIO ADULTO
(povertà estrema, adulti in difficoltà e provenienti dal carcere, violenza sulle donne, ecc.)



*4.6 POLITICHE DI SOSTEGNO
ALL'INTEGRAZIONE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI*

4.6.a Introduzione

Come ampiamente descritto nel profilo socio-economico demografico, il numero di immigrati presenti nel nostro territorio è in costante aumento.

Dal 2003 al 2009 si è passati da n° 3.385 unità a n° 8.758, rappresentando nel 2009 il 9,17% del totale della popolazione ([allegato statistico](#) )

Ancora più elevata è l'incidenza dei minori immigrati, nel 2009 sono 2.085 unità, pari al 13,94% dei minorenni residenti nel nostro territorio.

Fondamentale è dunque promuovere sempre più una politica di integrazione sociale e lavorativa al fine di evitare fenomeni di disagio e di xenofobia.

4.6.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Gli immigrati regolari e residenti nei Comuni dell'ATS n° 15 hanno potuto accedere, alla pari del cittadino italiano, ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari esistenti.

In più, in base alla L.R. 2/98 ora sostituita dalla L.R. 13/09, hanno potuto usufruire dei seguenti servizi/interventi attivati per lo più in collaborazione con Associazioni del privato sociale:

- attività di integrazione e intercultura
- attività di sostegno post-scolastico
- centri servizi e sportelli informativi
- attività di prima e seconda accoglienza.

Nel tavolo di consultazione/concertazione sono state messe in evidenza le seguenti criticità:

- ▶ l'aumento considerevole delle persone immigrate pone con forza la necessità di promuovere iniziative per la loro integrazione sociale e lavorativa;
- ▶ la presenza considerevole di "sedicenti" minori stranieri non accompagnati pone la questione della loro corretta identificazione e la necessità di individuare forme alternative al collocamento in Comunità;
- ▶ la non conoscenza della lingua italiana da parte delle donne e dei bambini crea numerosi ostacoli all'integrazione sociale e all'integrazione scolastica di questi ultimi. Le scuole si trovano in enorme difficoltà nella gestione degli alunni stranieri e chiedono interventi di sostegno;
- ▶ la barriera comunicativa dovuta alla non conoscenza della lingua crea difficoltà alle varie istituzioni (sanitarie, sociali, scolastiche) nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni di cui l'immigrato necessita;

- ▶ lo sradicamento culturale e familiare comporta sempre più l'emersione del disagio psicologico;
- ▶ le mamme lavoratrici straniere sono spesso prive di reti familiari di sostegno e pertanto presentano maggiore difficoltà delle lavoratrici italiane a seguire i propri figli;
- ▶ il problema del reperimento di una abitazione adeguata e ad un canone di affitto accessibile proprio di una fascia sempre più ampia di cittadini è più forte per l'immigrato spesso con una famiglia numerosa, un lavoro precario e un reddito basso.

Si è ritenuto necessario, pur in presenza di una forte contrazione della spesa pubblica, dover proseguire i servizi in atto a favore degli immigrati, rafforzando gli interventi di sostegno post-scolastico per gli alunni immigrati, promuovendo un albo di mediatori culturali a cui le Istituzioni possano attingere in caso di necessità e proseguendo gli interventi relativi al sostegno economico in caso di povertà estrema.

Obiettivi

- promozione dell'integrazione sociale e lavorativa dell'immigrato
- promozione dell'integrazione scolastica dell'alunno immigrato
- sostegno in caso di povertà estrema
- prevenzione di fenomeni di xenofobia e di razzismo.

4.6.c Piano di lavoro triennale

La maggior parte dei servizi per immigrati sono e continueranno ad essere svolti in collaborazione con le associazioni di immigrati e con le altre associazioni del privato sociale che si occupano del settore.

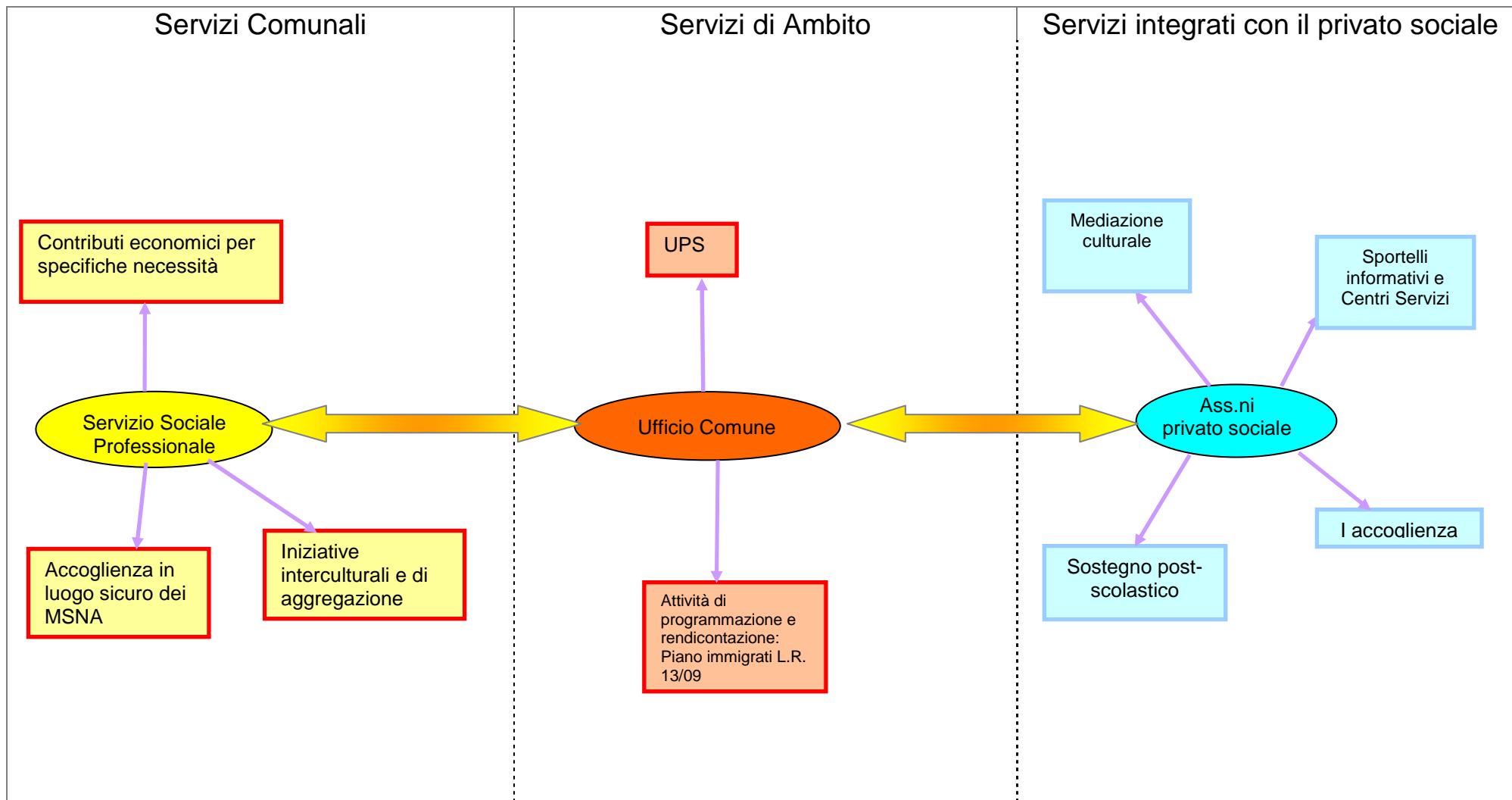
Saranno svolte le seguenti attività:

- mantenimento degli sportelli informativi e dei centri servizi in collaborazione con le Associazioni del privato sociale;
- prosecuzione delle attività del centro di prima accoglienza con sede a Macerata;
- potenziamento delle iniziative di sostegno post-scolastico per alunni immigrati;
- accoglienza in luogo sicuro dei minori stranieri non accompagnati e promozione dell'affido "omoculturale";
- promozione della mediazione culturale attraverso il ricorso alle Associazioni o l'istituzione di un Albo di mediatori culturali;
- iniziative interculturali e di aggregazione multi-etnica per la prevenzione dell'esclusione sociale, di fenomeni di xenofobia e di razzismo;
- aiuti vari in caso di povertà estrema anche in collaborazione con le associazioni di volontariato.

4.6.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio

Processi	Strumenti
1. tavolo di monitoraggio e di valutazione dei progetti delle Associazioni di immigrati 2. gruppi di lavoro per verifiche periodiche, accordi e convenzioni	Riunioni di valutazione e monitoraggio Verbali di riunioni Schede di monitoraggio Relazioni in itinere e finale

POLITICHE DI SOSTEGNO ALL'INTEGRAZIONE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI



*4.7. POLITICHE DI PREVENZIONE, CONTRASTO, RIDUZIONE E
ACCOMPAGNAMENTO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA*

4.7.a Introduzione

La popolazione anziana rappresenta un'ampia fascia della nostra popolazione. All'01.01.2009 ([allegato statistico](#)) su 95.550 abitanti, n° 22.151 sono di età superiore ai 65 anni, rappresentando il 23,18% della popolazione, percentuale più alta di quella provinciale che è del 22,98% e di quella regionale che è del 22,44%.

Fra i Comuni dell'Ambito, Mogliano è quello che ha la percentuale più elevata di anziani (il 25,02%), mentre Corridonia è quello che ha la percentuale più bassa (il 19,46%).

Gli anziani con più di 75 anni di età rappresentano il 50,65% della popolazione anziana. I 75 anni sono considerati dagli studiosi della problematica anziani la porta di ingresso alla vecchiaia vera e propria, quella costituita da "fragilità" psico-fisica e sociale, ossia da incapacità di reagire in modo adeguato agli avversi stimoli ambientali, progressivo declino dell'autosufficienza.

All'anziano "fragile" ha sempre provveduto e tutt'ora provvede soprattutto la famiglia. Quest'ultima però, a causa della sua profonda trasformazione strutturale (da patriarcale a nucleare, a monoparentale, a ricostituita, a mista, ecc.) e organizzativa (lavoro extradomiciliare dei soggetti adulti, "sovraccarico" lavorativo della donna) non riesce più a farsi carico totalmente dei soggetti più deboli. Necessita di essere sostenuta, ha bisogno di interventi di aiuto e di supporto.

Servizi esistenti

Nell'ATS n° 15 sono presenti i seguenti servizi:

Tab. n°24: Servizi ricreativi e di socializzazione

Servizi	Appignano	Corridonia	Macerata	Mogliano	Montecassiano	Petriolo	Pollenza	Treia	Urbisaglia
Vacanze estive	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cure Termali		X	X	X	X	X	X	X	X
Attività socio-ricreative e di aggregazione (visite guidate, feste, cene sociali, ecc.)	X	X	X			X		X	X
Trasporti agevolati	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Inserimento in servizi di pubblica utilità	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orti			X	X					
Corsi di ginnastica dolce		X				X			X

Tutti i Comuni organizzano le vacanze estive per anziani e coinvolgono gli anziani in servizi di pubblica utilità (vigilanza scolastica, verde pubblico, ecc.).

Tab. n°25: Servizi domiciliari

Servizi	Appignano	Corridonia	Macerata	Mogliano	Montecassiano	Petriolo	Pollenza	Treia	Urbisaglia
Contributi mensili		X	X						
Contributi straordinari per specifiche necessità	X	X	X	X	X	X	X	X	
Telesoccorso		X	X	X					
Affido di supporto			X						
Affido in convivenza			X						
Servizio Assistenza Domiciliare	X	X	X	X	X		X	X	X
ADI + SAD			X		X		X	X	

Il servizio di assistenza domiciliare sarà presente nel triennio in tutti i Comuni dell'Ambito; anche Petriolo, il Comune più piccolo, sta provvedendo ad istituirlo grazie ai fondi regionali per la non autosufficienza.

I criteri di accesso al servizio sono stati unificati in tutto il territorio, le modalità organizzative sono identiche in tutti i Comuni, pertanto il servizio sta raggiungendo una sua omogeneità in tutto il territorio pur mantenendo la gestione in capo ad ogni singolo Comune.

Attraverso il fondo per le non autosufficienze ([Piano triennale sulle non autosufficienze](#)) è stato anche istituito l'assegno di cura, usufruito nell'anno in corso da n° 100 famiglie.

Tab. n°26: Servizi residenziali e semi-residenziali per anziani nell'ATS 15

Tipologia struttura	Denominazione struttura	Comune	N° posti autoriz.
n. 1 Centro Diurno	Villa Cozza	Macerata	30
n. 1 Comunità alloggio per anziani	Villa Cozza	Macerata	6
n. 9 Case di Riposo per anziani	Casa di Riposo "F.lli Falconi"	Appignano	15
	Casa di Riposo per anziani – Casa di riposo	Corridonia	5
	Casa di riposo per anziani	Macerata	22

	“Casa di riposo Betania”		
	Casa di Riposo per anziani “Villa Cozza”	Macerata	10
	Casa di Riposo per anziani “S. Colomba”	Mogliano	8
	Struttura residenziale per anziani – Casa di Riposo	Montecassiano	6
	Casa di riposo per anziani	Pollenza	12
	Casa di riposo per anziani	Treia	15
	Casa di riposo per anziani “A. Buccolini”	Urbisaglia	2
n. 7 Residenze Protette	Casa di Riposo per anziani – Residenza protetta anziani	Corridonia	20
	Villa Cozza	Macerata	100
	Residenza Protetta per anziani S. Colomba	Mogliano	30
	Struttura residenziale per anziani – Residenza Protetta	Montecassiano	13
	Residenza Protetta per anziani	Pollenza	26
	Residenza protetta per anziani	Treia	23
	Residenza protetta per anziani “A. Buccolini”	Urbisaglia	53
n. 1 RSA		Corridonia	20

Tab. n°27: Residenze protette: p.l. autorizzati e p.l. convenzionati con ASUR Z.T. 9

Comune	Denominazione Residenza Protetta	p.l. autorizzati	p.l. conv. ASUR
Corridonia	Casa di Riposo per anziani – Residenza protetta anziani	20	15
Macerata	Villa Cozza	100	60
Mogliano	Residenza Protetta per anziani S. Colomba	30	25
Montecassiano	Struttura residenziale per anziani – Residenza Protetta	13	12
Pollenza	Residenza Protetta	26	18
Treia	Residenza protetta per anziani	23	22
Urbisaglia	Residenza protetta per anziani “A. Buccolini”	53	40
TOT.		265	192

Nell'ATS esiste un solo Centro Diurno e una sola Comunità Alloggio, mentre non è presente la Casa Albergo.

Le Case di Riposo sono 9 e le Residenze Protette sono 7. Quest'ultime hanno un totale di n°265 p.l. autorizzati, di cui solo n°192 convenzionati con l'ASUR.

Da una ricognizione effettuata dall'Ufficio di Piano all'inizio dell'anno in corso, n° 251 sono i cittadini in lista di attesa per le Case di Riposo - Residenze Protette dell'ATS n° 15.

La valutazione della non autosufficienza del richiedente viene fatta dall'Unità Valutativa Integrata Ambito-Distretto.

Sono stati anche individuati percorsi assistenziali socio-sanitari per l'anziano "fragile" approvati dal Comitato dei Sindaci e resi operativi in modo integrato attraverso una Convenzione ATS 15 – ASUR Zona 9.

SERVIZI per malati di Alzheimer

Scarsi sono i servizi specifici per i malati di Alzheimer o di altre forme di demenza. Questi sono per la maggior parte seguiti dalle loro famiglie e possono usufruire dei servizi destinati alla genericità degli anziani.

I servizi specifici organizzati tenendo conto delle loro caratteristiche ed esigenze sono:

- l'Unità Valutativa Alzheimer, istituita col progetto Kronos presso il Distretto Sanitario e presso l'U.O. di neurologia dell'ospedale, con funzione valutativa, terapeutica e di monitoraggio delle demenze;
- il Centro Sollievo "La farfalla" sito presso il Comune di Macerata, a carattere socio-assistenziale.

4.7.b Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Come già evidenziato, è la famiglia che si fa carico della maggior parte degli anziani non autosufficienti, ma i sostegni previsti a favore di essa non raggiungono tutte le necessità.

L'assegno di cura viene erogato a 100 famiglie su 451 richieste. L'assistenza domiciliare raggiunge per lo più gli anziani soli e indigenti. Le altre famiglie sono costrette a ricorrere ad assistenti private, spesso badanti straniere che a volte non conoscono né la lingua né le abitudini dei nostri anziani.

Esistono liste di attesa per l'ingresso nelle residenze protette.

Criticità emergono anche sul settore della continuità assistenziale fra ospedale e territorio.

Il tavolo di lavoro sull'assistenza ai malati di Alzheimer, costituito da operatori del Comune capofila di Ambito, della Sanità, delle IRCR, da rappresentanti sindacali e da rappresentanti di alcune Associazioni di volontariato, ha prodotto uno studio ([documento Alzheimer](#)) dal quale emergono i gravi disagi e le difficoltà in cui si trovano le famiglie che assistono congiunti affetti da demenze ed ha individuato la necessità di organizzare servizi specifici per rispondere in modo adeguato alle esigenze di tali malati, dal potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata Ambito - Distretto, all'apertura di un apposito Centro Diurno e di una Residenza Protetta. Gli spazi sono stati individuati presso le IRCR di Macerata, istituzione che ha già ricevuto finanziamenti per l'adeguamento strutturale di una parte di essa e che ha già costruito un "percorso Alzheimer" presso il parco adiacente. Inoltre, poiché gli anziani sofferenti di demenza sono presenti in tutte le Residenze Protette dell'Ambito, si ritiene doveroso istituire in ciascuna di essa un modulo specifico per i malati in questione offrendo loro l'assistenza sociale e sanitaria di cui necessitano.

Nel tavolo di consultazione/concertazione per il Piano Sociale, oltre ad essere ribadita l'opportunità di considerare l'anziano una "risorsa", promuovendo la sua partecipazione alla vita sociale e solidale, si è ritenuto necessario porre l'attenzione soprattutto sui bisogni dell'anziano non autosufficiente e della sua famiglia.

Obiettivi:

- mantenere il più possibile l'anziano nel proprio contesto di vita;
- sostenere la famiglia che si occupa di anziani non autosufficienti al fine di evitare il più possibile la loro istituzionalizzazione;
- aumentare l'appropriatezza degli interventi attraverso una maggiore integrazione socio-sanitaria e lo sviluppo di servizi specifici per malati di Alzheimer o altre forme di demenza.

4.7.c Piano di lavoro triennale

Lo sviluppo e il consolidamento di una politica a favore dell'anziano non autosufficiente è la prima priorità indicata dal Comitato dei Sindaci.

Nel triennio si prevede:

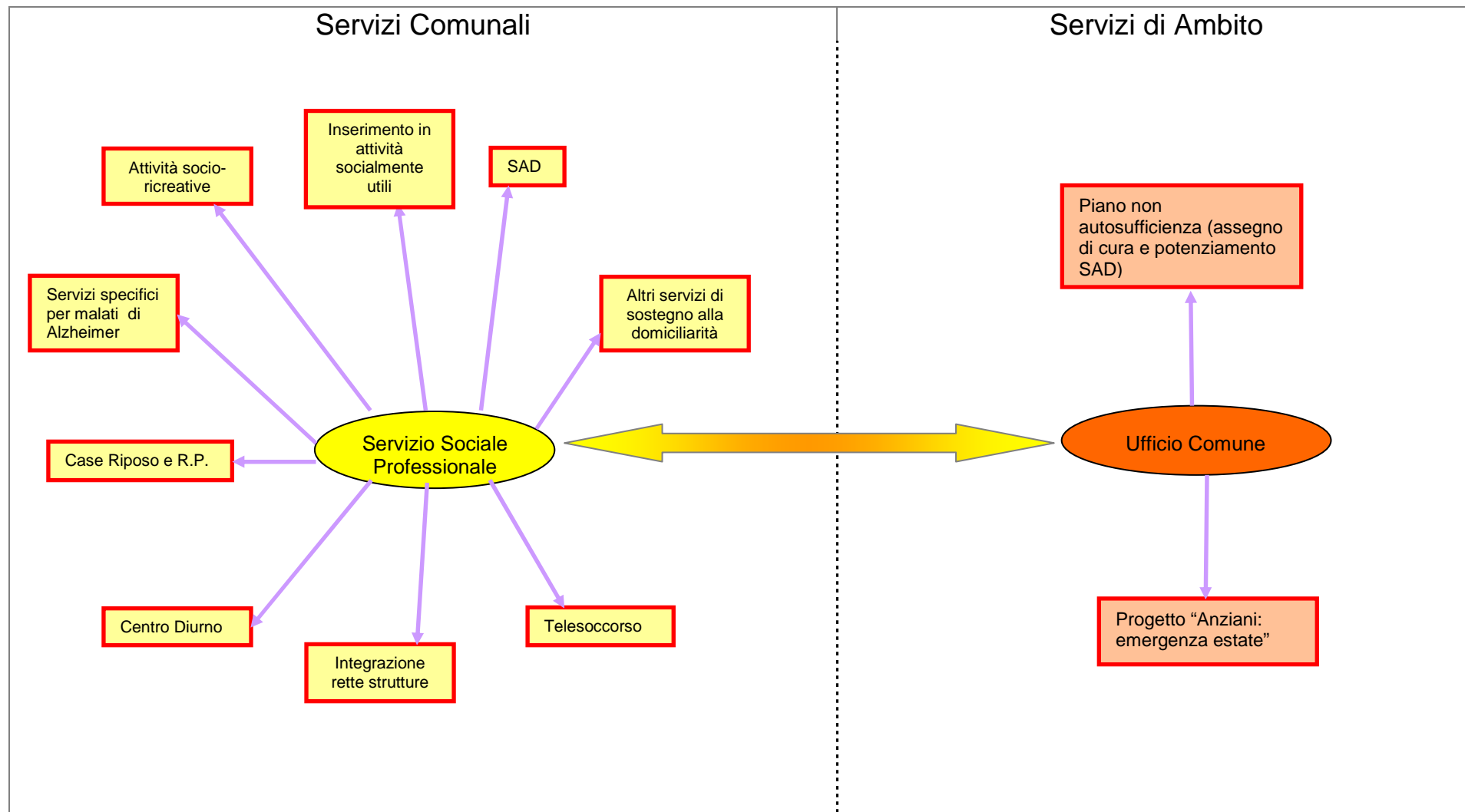
- il potenziamento del sostegno alla famiglia che si fa carico dell'anziano non autosufficiente attraverso l'assegno di cura e l'assistenza domiciliare previsti nel Piano sulle non autosufficienze;
- il potenziamento dei servizi a favore dei malati di Alzheimer o altre forme di demenza;

- il potenziamento e il miglioramento strutturale e organizzativo dei servizi residenziali e semiresidenziali per anziani autosufficienti e non;
- l'orientamento nel triennio ad uniformare le rette delle Residenze Protette tra residenti e non, attraverso la costituzione di un tavolo permanente (composto dai responsabili delle strutture) per lo studio dei costi sanitari e alberghieri di ogni R.P. e delle Carte dei Servizi;
- il consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria per la valutazione e la presa in carico: prosecuzione dell'attività dell'Unità Valutativa Integrata Ambito-Distretto, estensione dell'Assistenza Domiciliare Integrata a tutti i Comuni dell'ATS, potenziamento dell'assistenza sanitaria nelle R.P.;
- lo sviluppo di una maggiore integrazione con le risorse sociali del territorio attraverso tavoli di co-progettazione e di co-gestione pubblici – privati.

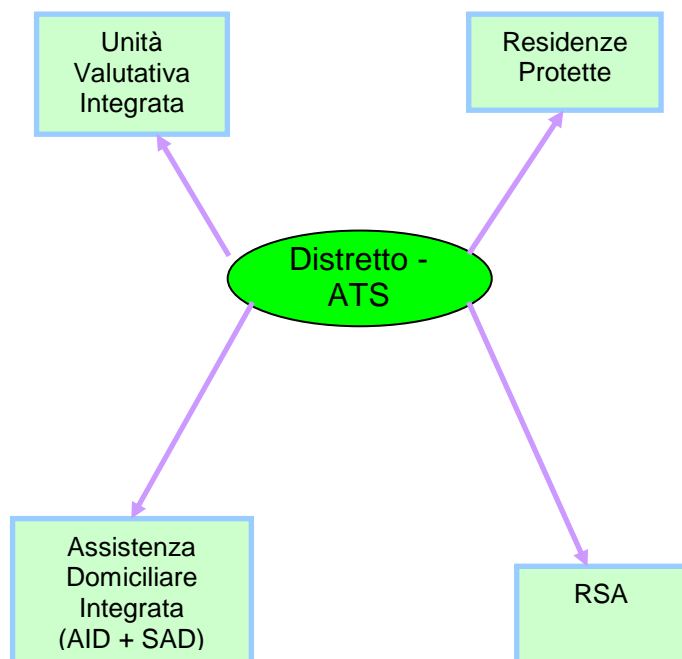
4.7.d Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio

Processi	Strumenti
1. tavolo di monitoraggio e valutazione Piano sulle non autosufficienze	Riunioni periodiche Verbali riunioni
2. tavolo di monitoraggio e valutazione servizi per malati di Alzheimer	Schede di monitoraggio Relazioni periodiche
3. tavolo di monitoraggio e valutazione R.P.	Visite domiciliari Sopralluoghi presso le strutture
4. gruppi di lavoro per monitoraggio e valutazione di servizi e interventi vari	Focus group Questionari di valutazione

POLITICHE DI PREVENZIONE, CONTRASTO, RIDUZIONE E ACCOMPAGNAMENTO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA



Servizi socio-sanitari



Servizi integrati con il privato sociale



5. L'ASSETTO ECONOMICO

La spesa di seguito indicata è riferita all'anno 2010. Le incertezze circa i finanziamenti relativi alle Politiche sociali (Fondo Unico) e alle Politiche di settore da parte dello Stato e della Regione, la normativa finanziaria che impone sempre maggiore rigore alle Amministrazioni Locali, rendono impossibile fare una previsione per il successivo biennio.

Nella migliore delle ipotesi si prevede, comunque, un Bilancio simile a quello attuale. Esso verrà, in ogni caso, allegato ad ogni Piano annuale applicativo del presente Piano triennale.

5.1 SPESA SOCIALE NETTA PRO CAPITE E INCIDENZA SUL TOTALE DELLA SPESA COMUNALE PER TUTTI I COMUNI DELL'ATS

Schema 1								
Comune	Popolazione residente 01.01.2009	Totale spesa corrente Ente	Spesa sociale netta (a)	Trasferimenti ad altri Comuni singoli o associati (b)	Trasferimenti da altri Comuni singoli o associati (c)	Spesa sociale netta attribuibile all'Ente		
						Valore assoluto (a+b+c)	Valore % su tot. spesa corrente Ente	Spesa procapite (per residente)
Appignano	4.307	2.871.194,16	313.146,92	6.767,24		319.914,16	11,56	77,05
Corridonia	15.197	10.410.028,00	1.704.500,00	28.000,00		1.732.500,00	16,64	114,00
Macerata	43.016	42.470.840,00	7.137.181,09	85.898,91	120.733,00	7.343.813,00	17,29	170,72
Mogliano	4.940	3.468.403,05	294.957,83	7.924,85		302.882,68	8,73	61,31
Montecassiano	7.046	4.831.416,00	784.240,00	15.000,00		799.240,00	16,54	113,43
Petriolo	2.070	1.359.892,14	57.400,00	3.500,00		60.900,00	4,48	29,42
Pollenza	6.449	4.468.020,00	446.865,00	17.703,00		464.568,00	10,40	72,04
Treia	9.745	7.059.410,04	1.233.104,20	22.000,00		1.255.104,20	17,77	128,79
Urbisaglia	2.780	1.873.682,65	140.618,17	5.000,00		145.618,17	7,77	52,38
TOTALE ATS	95.550	78.812.886,04	12.112.013,21	191.794,00	120.733,00	12.424.540,21	15,76	130,03

Totale spesa corrente Ente:	totale di tutta la spesa corrente del Comune singolo o associato non solo per il settore sociale ma anche per tutti gli altri settori.
Spesa sociale netta:	Spesa effettuata dal Comune comprensiva dei trasferimenti da Regione e Stato e al netto di trasferimenti da ASUR e dal compartecipazione utenti
Trasferimenti ad altri Comuni singoli o associati:	Fondi trasferiti ad altro Comune singolo o associato e da questo spesi per servizi erogati
Trasferimenti da altri Comuni singoli o associati:	Fondi trasferiti da altro Comune singolo o associato e spesi dall'Ente per servizi erogati

Come dimostra il precedente Schema 1, la media della percentuale della spesa sociale sul totale della spesa corrente dei Comuni dell'ATS n° 15, è del 15,76%, con la percentuale più bassa a Petriolo (4,48%) e la più alta a Treia (17,77%).

In merito alla spesa sociale pro-capite, la media dell'Ambito è di € 130,03, con cifre che variano da € 29,42 di Petriolo, a € 170,72 di Macerata che risulta essere, quindi, il Comune dell'Ambito con la più alta spesa sociale pro-capite.

5.2 FONTI DI ENTRATA DELLA SPESA SOCIALE LORDA PER TUTTI I COMUNI DELL'ATS

Schema 2

Comune	Compartecipazione utenti	Compartecipazione SSR	Finanziamenti da Regione			Finanziamenti da altri Enti pubblici	Finanziamenti da privati	Altri finanziamenti	finanziamenti dei Comuni singoli e associati		Totale
			Totale	Fondo Unico	Leggi di settore				risorse proprie dell'Ente	trasferimenti da altri Comuni singoli o associati	
Appignano	29.836,76		99.906,00	37.000,00	62.906,00				220.035,16		349.777,92
Corridonia	482.000,00	94.000,00	328.500,00	100.000,00	228.500,00				1.404.000,00		2.308.500,00
Macerata	230.000,00		1.023.076,00	250.000,00	773.076,00	858.000,00			4.142.513,77		6.253.589,77
ATS 15		17.544,00	1.060.946,00	324.580,00	736.366,00	67.483,00				191.794,00	1.337.767,00
Mogliano	526.047,00	106.159,61	103.347,99	45.729,55	57.618,44	44.405,42			155.129,27		935.089,29
Montecassiano	316.990,00	60.000,00	177.600,00	45.000,00	132.600,00	3.700,00			617.940,00		1.176.230,00
Petriolo	2.000,00		17.000,00	5.000,00	12.000,00	3.000,00			40.900,00		62.900,00
Pollenza	391.500,00	99.760,00	171.935,00	67.000,00	104.935,00	24.125,00			268.508,00		955.828,00
Treia	649.000,00	90.000,00	302.382,81	50.467,85	251.914,96	11.000,00	3.000,00		938.721,39		1.994.104,20

Urbisaglia	11.470,00		43.400,00	20.000,00	23.400,00				102.218,17		157.088,17
TOTALE ATS	2.638.843,76	467.463,61	3.328.093,80	944.777,40	2.383.316,40	1.011.713,42	3.000,00		7.889.965,76	191.794,00	15.530.874,35

La maggior parte delle risorse a disposizione delle Amministrazioni del nostro ATS, sono costituite dalle risorse proprie degli Enti: € 7.889.965,76 che rappresentano il 50,80% del totale delle entrate. I trasferimenti dalla Regione Marche (Fondo Unico e Leggi di settore), ammontano ad € 3.328.093,80 e costituiscono il 21,42% delle entrate; importante risulta anche essere la compartecipazione degli utenti, pari ad € 2.638.843,76 che rappresenta il 16,99%.

5.3 TOTALE ATS 15 - SPESA NETTA PER AREE DI UTENZA E PER AREE ORGANIZZATIVE DEI SERVIZI

Schema 3	Aree di utenza							
	Famiglia minori	Disabili	Anziani	Dipendenze	Povertà disagio adulti	Immigrati	Utenza indifferenziata	Totale
	INTERVENTI							
Organizzazione generale e Azioni di Sistema	268.909,97	75.864,83	105.571,10	29.265,19	77.565,19	68.265,19	248.349,72	873.791,19
Informazione, Orientamento, sensibilizzazione, prevenzione	63.654,14	30.830,76	35.410,76	23.030,76	23.030,76	23.030,76	120.582,65	319.570,59
Servizio Sociale Professionale	89.047,06	61.706,68	46.608,62	12.120,70	36.352,20	29.352,20	65.954,44	341.141,90
Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	213.271,55	1.900,00	300,00	150,00	16.717,00	9.292,00	150,00	241.780,55
Integrazione sociale	343.951,00	709.524,65	123.863,00		20.000,00	473.947,00	1.720,00	1.673.005,65
Interventi educativi – assistenziali e inserimenti lavorativi	315.920,10	635.443,25	40.780,00		23.694,00	8.000,00	1.000,00	1.024.837,35
interventi per favorire la domiciliarità	89.474,00	336.816,00	1.131.591,43	1.200,00	14.800,00		8.450,00	1.582.331,43
Interventi di supporto e Pronto Intervento sociale	11.612,00	155.754,57	46.552,00		25.888,00	39.145,00	1.500,00	280.451,57
STRUTTURE								
Strutture semiresidenziali e socio-ricreative comprese le spese	72.411,15		104.700,00					177.111,15
Strutture semiresidenziali educativo-assistenziali								
Nido e Centro per l'Infanzia	1.289.266,00							1.289.266,00
Centro Diurno		457.000,00						457.000,00
Strutture residenziali		29.000,00	586.378,28		3.500,00			618.878,28

TRASFERIMENTI IN DENARO								
Trasferimenti per rette								
Retta per nido o centro per l'infanzia	42.000,00							42.000,00
Retta per centri diurni		51.380,00						51.380,00
Retta per servizi residenziali	1.551.657,54	199.500,00	458.770,00					2.209.927,54
Trasferimenti per attivazione servizi								
per affido familiare di minori	57.200,00	6.000,00						63.200,00
per l'integrazione lavorativa		12.740,00						12.740,00
per altro	97.701,63	193.781,49			62.180,00	40.000,00	30.801,00	424.464,12
Integrazione al reddito	200.876,66	233.553,00	95.233,00	12.000,00	165.000,00	35.000,00		741.662,66
TOTALE GENERALE	4.706.952,80	3.190.795,23	2.775.758,19	77.766,65	468.727,15	726.032,15	478.507,81	12.424.539,98

Dallo schema n° 3 emerge che il settore con più alta percentuale di spesa è quello relativo alla famiglia e minori, seguito da quello riguardante i disabili e poi da quello inerente gli anziani. Il settore su cui i Comuni spendono di meno è quello delle dipendenze patologiche. In merito agli anziani, si sottolinea che la spesa sia sottostimata in quanto priva dei bilanci delle IPAB e delle spese per il personale, inserite solo parzialmente poichè alcuni Comuni che gestiscono direttamente le Case di Riposo e le Residenze Protette non hanno provveduto a quantificarle.

5.4 TOTALE ATS 15 - COMPONENTI DELLA SPESA LORDA PER AREE DI UTENZA

Schema 4

Valori di spesa (€)	Titolare della spesa			
	Spesa netta	Compartecipazione Utente	Compartecipazione SSR	Spesa lorda
Famiglia e minori	4.706.952,80	623.355,00		5.330.307,90
Disabili	3.190.795,23	38.600,00		3.229.395,23
Anziani	2.775.758,19	1.976.915,76	449.919,61	5.202.593,56
Dipendenze	77.766,65		17.544,00	95.310,65
Povertà – disagio adulti	468.727,15			468.727,15
Immigrati	726.032,15			726.032,15
Utenza indifferenziata	478.507,81			478.507,81
Totale	12.424.539,98	2.638.870,76	467.463,61	15.530.874,35

I dati relativi alla spesa lorda mettono in evidenza un maggiore impegno nel settore “famiglia e minori” e “anziani”, seguiti da quello dei “disabili”.

Riguardo alla compartecipazione degli utenti, la maggior parte è concentrata nell’area di utenza relativa agli anziani e proviene dalle rette per le Case di Riposo e le Residenze Protette.

5.5 TOTALE ATS 15 - TITOLARITÀ DELLA SPESA LORDA PER AREE ORGANIZZATIVE DEI SERVIZI

Schema 5					
Valori di spesa (€)	titolarità della spesa				
	Comune singolo	Comuni associati			TOTALE
		Tipologia accordi	Enti	Totale	
INTERVENTI					
Organizzazione generale e Azioni di Sistema	747.691,89	convenzione	Appignano, Corridonia, Macerata, Mogliano, Montecassiano, Petriolo, Pollenza, Treia, Urbisaglia	98.469,23	846.161,12
Informazione, Orientamento, sensibilizzazione, prevenzione	124.946,08	" " " " " "	" " " " " "	200.918,65	325.864,73
Servizio Sociale Professionale	341.141,90				341.141,90
Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	154.576,97	" " " " " "	" " " " " "	105.944,73	260.521,70
Integrazione sociale	1.506.020,68	" " " " " "	" " " " " "	233.694,73	1.739.715,41
Interventi educativi – assistenziali e inserimenti Lavorativi	1.160.742,62	" " " " " "	" " " " " "	16.694,73	1.177.437,35
interventi per favorire la domiciliarità	1.149.072,13	" " " " " "	" " " " " "	436.194,73	1.585.266,86
Interventi di supporto e Pronto Intervento sociale	149.736,10	" " " " " "	" " " " " "	115.694,73	265.430,83
STRUTTURE					
Strutture semiresidenziali e socio-ricreative	177.111,15				177.111,15
Strutture semiresidenziali educativo-assistenziali					
Nido e Centro per l’Infanzia	1.704.066,00				1.704.066,00
Centro Diurno	497.000,00				497.000,00
Strutture residenziali	3.065.800,97				3.065.800,97
TRASFERIMENTI IN DENARO					
Trasferimenti per rette					
Retta per nido o centro per l’infanzia	42.000,00				42.000,00

Retta per centri diurni	53.980,00				53.980,00
Retta per servizi residenziali	2.210.927,54				2.210.927,54
Trasferimenti per attivazione servizi					
per affido familiare di minori	63.200,00				63.200,00
per l'integrazione lavorativa	12.740,00				12.740,00
per altro	391.236,39	" " " " " "	" " " " " "	28.227,74	419.464,13
Integrazione al reddito	641.116,93	" " " " " "	" " " " " "	101.927,73	743.044,66
TOTALE GENERALE	14.193.107,35			1.337.767,00	15.530.874,35

La spesa relativa alla gestione associata, riportata nello schema 5, è inferiore a quanto previsto nel Bilancio di Ambito inserito nel Piano Annuale, in quanto quest'ultimo comprende, oltre alla spesa per i servizi a gestione associata di cui sopra, anche i fondi di settore relativi al Piano immigrati L.R. 13/09 (ex L.R. 2/98), al Piano infanzia L.R. 9/03 e al Piano disabilità L.R. 18/96, che transitano nel Bilancio di Ambito ma sono poi distribuiti ai singoli Comuni che provvedono alla relativa gestione.

È evidente, comunque, che nel settore del sociale, in questo Ambito, molto viene ancora gestito a livello dei singoli Comuni anche se la gestione associata sta progressivamente aumentando nel corso degli anni.

6. PIANO ATTUATIVO – ANNO 2010

In attuazione del Piano Sociale 2010-2012, si formula il seguente Piano attuativo annuale, che nonostante la riduzione del Fondo Unico per le Politiche Sociali, prevede il mantenimento dei servizi e interventi socio-assistenziali e socio-sanitari in atto nell'anno precedente attraverso una maggiore razionalizzazione delle risorse e un impegno forte da parte dei Comuni dell'ATS n° 15.

6.1 OBIETTIVI SPECIFICI COMPLESSIVI – ANNO 2010

Degli obiettivi del Piano Triennale, quelli che si intendono raggiungere nell'anno in corso sono:

1. Rafforzamento della gestione associata di Ambito, della omogeneizzazione degli interventi e servizi e delle modalità di accesso ad essi;
2. Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria;
3. Potenziamento della rete dei servizi pubblici-privati;
4. Garantire servizi di qualità all'interno delle strutture così come previsto ai sensi della L.R. 20/02 e L.R. 9/03 e relativi regolamenti;
5. Mantenimento dei servizi e interventi socio-assistenziali e socio-sanitari in atto;
6. Potenziamento dei servizi per anziani non autosufficienti con particolare attenzione per i malati di Alzheimer e demenza in genere;
7. Promozione della cultura della solidarietà e dell'affido;
8. Sviluppo di interventi pubblici e privati a favore della povertà estrema.

6.2 SCELTE OPERATIVE COMPLESSIVE – ANNO 2010

Le azioni di seguito indicate sono contrassegnate con la stessa numerazione dell'obiettivo a cui si riferiscono.

6.3 AZIONI DI SISTEMA:

- 1a. Attuazione convenzione tra i Comuni dell'ATS n° 15 con la costituzione dell'Ufficio Comune per l'esercizio associato della funzione sociale e la gestione associata dei servizi sociali indicati nell'Allegato 1 della convenzione stessa che si allega.
- 1b. Applicazione dei "Percorsi assistenziali per l'anziano con particolare riferimento all'anziano fragile" costruiti in modo integrato Ambito-Distretto, già approvati con Delibera del Comitato dei Sindaci n°1 del 10.02.2007 e contenenti:
 - la tipologia dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari offerti (sia domiciliari che residenziali), la descrizione, le modalità di accesso ad essi, la convenzione fra l'ATS n° 15 e l'ASUR Zona 9 – Distretto sanitario di Macerata per l'istituzione dell'Unità Valutativa Distrettuale Integrata,
 - la convenzione fra i Comuni dell'ATS 15 e l'ASUR Zona 9 – Distretto sanitario di Macerata per l'integrazione SAD-ADI a favore delle persone non autosufficienti,
 - i criteri di accesso al SAD anziani,
 - la scheda di valutazione sociale per i servizi agli anziani (R.P.).
- 1c. Prosecuzione del tavolo di lavoro sulla disabilità per rendere uniformi su tutto il territorio dell'Ambito gli interventi e i servizi offerti, i criteri di accesso ad essi e l'individuazione dei percorsi assistenziali integrati Ambito-Distretto.
- 2a. Prosecuzione del percorso di integrazione socio-sanitaria attraverso il mantenimento dell'équipe integrata Ambito-Distretto per la tutela dei minori, dell'Unità Valutativa Integrata Ambito-Distretto per i servizi residenziali a favore degli anziani non autosufficienti, della interazione col Dipartimento Salute Mentale per il "Servizio Sollievo" e della coprogettazione e cogestione di azioni di prevenzione del Disagio giovanile col Dipartimento Dipendenze Patologiche.
- 3a. Costituzione di tavoli di lavoro pubblici-privati permanenti, a regia pubblica, quali laboratori per la promozione della rete dei servizi e degli interventi soprattutto nei settori della famiglia, infanzia e adolescenza, degli anziani non autosufficienti, della povertà estrema.
- 4a. Prosecuzione attività della Commissione Tecnica Consultiva per la valutazione del possesso dei requisiti strutturali e organizzativi previsti dalla L.R. 20/02 e dalla L.R. 9/03 e relativi regolamenti attuativi.



SERVIZI TRASVERSALI A TUTTI I SETTORI

Obiettivi:

- garantire a tutti i cittadini dell'Ambito le possibilità di accedere agli stessi servizi e con gli stessi criteri;
- potenziare l'informazione e la promozione sociale sul territorio;
- elevare la qualità dei servizi socio-sanitari;
- promuovere l'integrazione socio-sanitaria;
- rafforzare l'ATS, secondo le indicazioni del Piano Sociale Regionale.

Servizio/ progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/ strumenti	Indicatori	Costi
Uffici di Promozione Sociale	Prosecuzione nei Comuni dell'ATS delle attività di informazione, accoglienza, accompagnamento, orientamento e rafforzamento del Servizio Sociale Professionale svolto dagli Uffici di Promozione Sociale	ATS	ATS Comuni	Fondi regionali e comunali	N° medio settimanale di accessi all'UPS	€ 115.000,00
Commissione Tecnico Consultiva, istituita ai sensi della L.R. 20/02	Prosecuzione dell'attività della Commissione Tecnico Consultiva di analisi del possesso dei requisiti strutturali e organizzativi delle strutture socio assistenziali di tipo residenziale e semi-residenziale che chiedono l'autorizzazione al funzionamento	ATS	ATS Comuni ASUR – Z.T. 9	Nessun costo aggiuntivo	N° pareri emessi	nessun costo aggiuntivo

6.4 AZIONI DI SETTORE:

- 4a. Realizzazione dei servizi e interventi riferiti ai diversi settori e alle diverse aree organizzative, come da successive schede;
- 5a. Attuazione Piano non autosufficienza I annualità ([Piano non autosufficienza](#) 
- 5b. Contributi in contro capitale per l'acquisto di immobili nuovi o per la costruzione, ristrutturazione, adeguamento e riqualificazione delle strutture socio-educative e socio-assistenziali pubbliche e private;
- 6a. Attuazione Progetto Sperimentale innovativo finalizzato alla riorganizzazione del Consultorio per ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie;
- 7a. Realizzazione progetto interambito "Solidarietà è progresso" ([progetto](#) 
- 7b. Costituzione "fondo anticrisi" nel Comune Capofila.

6.4.1 Politiche di sostegno alla famiglia e ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza

Obiettivi:

- sostegno alla famiglia nella cura ed educazione dei propri figli;
- promozione della solidarietà sociale;
- promozione della socializzazione dei ragazzi;
- prevenzioni delle situazioni di disagio;
- garantire il più possibile la permanenza del minore nel proprio ambiente familiare.

Tab. n°28: Servizi e progetti gestiti in forma associata

Servizio/ progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse - strumenti	Indicatori	Costi
Potenziamento sociale del Consultorio familiare	<ul style="list-style-type: none"> - équipe integrata Ambito-Distretto; - Sportello Affidato; - Rete con il privato sociale; - Corso di formazione e supervisione équipe; - Formazione e supervisione Assistenti domiciliari; - Spazio neutro per incontri protetti dei minori e famiglia e per mediazione familiare; - Consulenza legale gratuita; - Percorso nascita. 	ATS	A.T.S.; Comuni; Distretto Sanitario; Associazioni: Piombini-Sensini; Consultori o privato "Il Portale; La Goccia; ACSIM; Scuola di discussioni; Mondo Minore.	Fondi regionali	N° minori e famiglie seguite, n° iniziative di promozione e sensibilizzazione all'affido realizzate.	€ 94.101,77
Contributi a famiglie numerose	Contributi economici a favore di famiglie con numero di figli pari o superiore a quattro	ATS	A.T.S.; Comuni	Fondi regionali	N° contributi regionali	€ 52.232,94
Interventi ex ONMI	Contributi a favore di figli riconosciuti dalla sola madre	ATS	ATS; Comuni	Fondi provinciali	N° contributi erogati Entità media del contributo concesso	€ 7.765,00
	Contributi a famiglie indigenti con minori	ATS, in collaborazione con i Servizi Sociali dei Comuni				€ 11.647,50
Servizio di Educativa Domiciliare	Affiancamento per qualche ora a settimana di un educatore a minori in situazione di rischio devianza	ATS	A.T.S.; Comuni; Ass. "Glatad"	Fondi ATS con cofinanziamento dei Comuni	N° minori seguiti	€ 92.882,02
Progetti elaborati dalle Associazioni di Volontariato, ai	Contributi ad Associazioni di Volontariato per progetti relativi ad	ATS	Associazioni del privato sociale	Fondi regionali	N° progetti realizzati N° minori raggiunti.	€ 6.533,74

sensi della L.R. 48/95	attività di sostegno extrascolastico a favore di minori in età scolare.		iscritte al registro regionale delle Associazioni A.T.S.			
Progetti Oratori	Erogazione di contributi a sostegno di progetti presentati dalle Diocesi dell'ATS: - progetto "FORMAti"; - progetto "Chi semina, raccoglie"; - progetto "Oratorio".	ATS	Oratori del territorio; A.T.S.	Fondi regionali	N° ragazzi raggiunti	€ 45.115,38

Tab. n°29: Servizi programmati in forma associata e gestiti in forma singola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse - strumenti	Indicatori	Costi
Piano Infanzia, elaborato ai sensi della L.R. 9/03	- Centri per l'infanzia; - Spazi per bambini, bambine e per famiglie; - Centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti; - Servizi itineranti - Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative e familiari genitoriali - Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali	Comunale	Comuni; A.T.S.	Fondi Comunali con cofinanziamento regionale	n° servizi erogati n° cittadini raggiunti	€ 334.783,96 di cui: € 56.250,38 da R.M. € 278.533,58 da Comuni

Tab. n°30: Servizi gestiti in forma singola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse - strumenti	Indicatori
Assegni di maternità e a nuclei familiari con tre figli minori, ai sensi della L. 488/98	Accoglimento delle domande e trasferimento all'INPS per l'erogazione dell'assegno	Comunale	Comuni; INPS	-	N° domande raccolte
Servizio Affidato Familiare	Erogazione di assegno mensile a famiglie affidatarie.	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° assegni erogati
Interventi a favore della famiglia, ai sensi della L.R. 30/98	Erogazione di contributi a sostegno delle famiglie per la nascita o l'adozione di figli, l'assistenza a malati oncologici, il superamento di situazioni di disagio sociale o	Comunale	Comuni	Fondi regionali con cofinanziamento dei Comuni	n° domande raccolte entità del contributo erogato

	economico.				
Servizio di Assistenza Domiciliare	Prosecuzione ed estensione in tutti i Comuni del SAD per minori con famiglie in difficoltà, al fine di prevenire situazioni di disagio ed evitare situazioni di allontanamento dei minori dalle proprie famiglie	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° famiglie seguite
Minori in struttura	Accoglienza in strutture residenziali di minori su disposizione del T.M.	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° minori seguiti
Contributi economici per specifiche necessità	Erogazione di contributi economici per specifiche necessità a favore di nuclei familiari multiproblematici con minori, per il superamento del disagio economico.	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° famiglie beneficiarie
Asili Nido e Centri per l'Infanzia con pasto e sonno	Prosecuzione dei servizi in atto	Comunale	Comuni	Fondi comunali con cofinanziamento regionale	N° bambini inseriti nei nidi N° bambini in lista di attesa

6.4.2 Politiche giovanili e prevenzione dipendenze patologiche

Obiettivi:

- promozione dei servizi per l'agio;
- promozione della socializzazione;
- promozione della partecipazione dei giovani alla vita politica e sociale anche attraverso l'individuazione di adeguate forme comunicative, la costituzione di forum per i giovani, le Consulte, ecc.;
- promozione dell'inclusione lavorativa e sociale;
- prevenzione del disagio.

Tab. n°31: Servizi e progetti gestiti in forma associata

Servizio/ progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/ strumenti	Indicatori	Costi
Servizio Eurodesk	Sportello di Mobilità Giovanile per attività informative sulle opportunità europee per i giovani, realizzate attraverso il Punto Locale Decentrato (PLD) e le Antenne Territoriali Eurodesk (ATE) esistenti in 5 Comuni dell'Ambito più uno extra Ambito; realizzazione del forum dei giovani; realizzazione di un laboratorio di promozione della cittadinanza europea da realizzare nelle scuole secondarie di secondo grado.	ATS	ATS; Comuni; Ass. Strade d'Europa	Fondi ATS con cofinanziamento dei Comuni e della Provincia di Macerata	N° ragazzi raggiunti dal PLD e dalle ATE N° incontri realizzati	€ 30.000,00 di cui € 10.000,00 da Provincia € 6.197,40 da Comuni € 13.802,60 da ATS 15
Laboratorio Musicale	Realizzazione, nei 9 Comuni dell'ATS, di un laboratorio musicale (di strumenti a percussione provenienti da tutto il mondo), rivolto ai ragazzi dei Centri di Aggregazione Giovanile o delle scuole primarie e secondarie di primo grado.	ATS	ATS; Comuni; Associazione ARCI	Fondi ATS	N° ragazzi coinvolti	€ 13.995,00 da fondi ATS
Servizio Civile Nazionale	Prosecuzione dell'attività di progettazione associata ed eventuale gestione dei Volontari del	ATS	ATS; Comuni	Fondi ATS con eventuale cofinanziamento dei Comuni che	N° progetti presentati all'Ufficio Regionale di S.C. N° progetti	€ 3.000,00 da fondi ATS

	Servizio Civile Nazionale			impiegano i volontari	approvati	
Servizio di prevenzione a scuola	Organizzazione, nelle scuole medie dell'ATS n° 15 di: sportello di ascolto per ragazzi, aperto anche a insegnanti e genitori; incontri con il gruppo classe; incontri per le famiglie; incontri operatori – insegnanti	ATS	ATS; Associazioni: Glatad; Praxis	Fondi ATS	N° ragazzi coinvolti N° insegnanti coinvolti N° genitori coinvolti	€ 36.497,04 da fondi ATS
Progetto "Tuttintorno"	Attività di prevenzione nelle classi V delle scuole elementari attraverso incontri operatori-insegnanti per supporto nella gestione di casi complessi; contributo di sostegno al Centro di Aggregazione "Icaro"	ATS	Dipartimento Dipendenze e Patologiche e ASUR-Z.T.9; ATS; Associazioni: Glatad; Parsifal	Fondi ASUR – Z.T.9	N° incontri realizzati N° ragazzi coinvolti	€ 17.544,00 da ASUR-Z.T.9

Tab. n°32: Servizi gestiti in forma singola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse - strumenti	Indicatori
Informagiovani	Prosecuzione delle attività di informazione e orientamento sul lavoro, la formazione, la cultura e il tempo libero	Comunale	Comuni di Macerata e Treia	Fondi comunali	N° accessi
Consulta dei giovani	Organo di confronto diretto tra l'Amministrazione comunale, i giovani e le aggregazioni giovanili, sulle politiche ed iniziative rivolte alle giovani generazioni.	Comunale	Comune di Treia	Fondi comunali	N° incontri
Potenziamento dei Centri di Aggregazione esistenti	Contributi PAR FAS per la realizzazione di interventi di riqualificazione dei CAG dal punto di vista delle dotazioni, degli arredi, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione	Comunale	Comuni; ATS	Fondi FAS	N° CAG beneficiari
Borse lavoro e tutoraggio per	Attività di inserimento	Comunale, in	Comuni; DDP	Fondi comunali	N° ragazzi in borsa lavoro

soggetti svantaggiati	lavorativo (borse lavoro) e attività di tutoraggio dello stesso, a favore di soggetti svantaggiati.	collaborazione con il D.D.P. ASUR-Z.T.9			
-----------------------	---	---	--	--	--

6.4.3 Politiche di sostegno al cittadino disabile

Obiettivi:

- centralità del concetto di *diritto* nei servizi alla persona;
- sostegno alle famiglie con membro disabile;
- promozione dell'inserimento sociale e lavorativo del disabile;
- costruzione di un sistema di servizi e interventi e di modalità di accesso ad essi omogeneo in tutto il territorio dell'ATS;
- maggiore attenzione all'appropriatezza degli interventi attraverso l'elaborazione, la realizzazione e il monitoraggio del Piano Assistenziale Individualizzato, evitando interventi "a pioggia";
- lotta allo stigma.

Tab. n°33: Servizi e progetti gestiti in forma associata

Servizio/ progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/ strumenti	Indicatori	Costi
Assistenza alla comunicazione di studenti sordi	Servizio di interpretariato non udenti svolto nelle scuole organizzato in collaborazione con la Provincia di Macerata	ATS	ATS; Provincia; ENS	Fondi Comunali con cofinanziamento provinciale e regionale	N° utenti	€ 43.848,00 di cui € 18.658,08 da Provincia € 25.189,92 da Comuni e R.M.
Tutoraggio borse lavoro	Attività di sostegno e affiancamento a favore delle persone inserite in borsa lavoro, promozione degli inserimenti e delle trasformazioni in assunzioni	ATS	ATS; Comuni	Fondi ATS	N° persone seguite	da definire
Definizione dei percorsi assistenziali e socio-sanitari integrati	Proseguimento del lavoro di individuazione dei percorsi assistenziali e socio-sanitari integrati, al fine di uniformare i servizi ai disabili e le modalità di accesso ad essi, su tutto il territorio dell'ATS	ATS	ATS; Comuni; UMEE; Distretto sanitario	-	regolamenti unitari elaborati	nessun costo aggiuntivo
Protocollo di Intesa per la definizione di percorsi integrati	Elaborazione e sottoscrizione del Protocollo di Intesa con il CIOF e l'ASUR – Z.T. 9, per la definizione di percorsi integrati finalizzati all'inserimento lavorativo delle persone disabili, in attuazione della DGR n°1256/08 e	ATS	ATS; Comuni; Distretto sanitario; CIOF	-	N° incontri realizzati per l'elaborazione e del Protocollo di Intesa	nessun costo aggiuntivo

	conseguente istituzione dell'equipe integrata					
--	---	--	--	--	--	--

Tab. n°34: Servizi programmati in forma associata e gestiti in forma singola

Servizio/ progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/ strumenti	Indicatori	Costi
Piano degli interventi a favore dei cittadini diversamente abili, ai sensi della L.R. 18/96	<ul style="list-style-type: none"> - tirocini; - borse lavoro; - assistenza domiciliare - assistenza educativa; - assistenza scolastica; - automatismi di guida; - assistenza alla comunicazione; - Centri diurni; - Inserimenti in strutture residenziali; - interventi vari 	Comunale	ATS; Comuni	Fondi comunali con cofinanziamento regionale	n°interventi attivati n°utenti	€ 2.220.000,00 di cui € 481.000,00 da R.M. € 1.739.000,00 da Comuni
Fondi integrativi alla L.R. 18/96	Uniformare le modalità di erogazione dei servizi di: <ul style="list-style-type: none"> - assistenza domiciliare; - assistenza educativa; - integrazione scolastica 	Comunale	ATS; Comuni	Fondi regionali	n°utenti	€ 113.195,38 da R.M.
Progetto "Vita indipendente"	Attività di sostegno alla persona disabile per favorire il suo inserimento sociale e lavorativo	Comunale	Comuni; Provincia; UMEA	Fondi regionali e comunali	n°utenti	€ 25.480,00 di cui 75% da R.M. 25% da Comuni

6.4.4 Politiche di tutela della salute mentale – i Servizi di Sollievo

Obiettivi:

- sostegno alle famiglie con disabile psichico o psichiatrico;
- rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria in materia;
- promozione dell'inserimento sociale e lavorativo;
- lotta allo stigma.

Tab. n°35: Servizi e progetti gestiti in forma associata

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori	Costi
Servizi di sollievo	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Diurno "Help"; - Servizio trasporto al centro; - Vacanza sociale; - Borse lavoro; - Servizio di Assistenza Domiciliare; - Équipe psico-sociale itinerante; - Gruppi Auto Mutuo Aiuto; - Formazione e aggiornamento del personale 	ATS	ATS; Comuni; DSM – ASUR Z.T.9 Ass. Glatad Cooperati ve: Il Faro; Pars	Fondi regionali con cofinanziamento dei Comuni	N° utenti	€ 116.246,61 di cui € 58.122,93 da R.M. € 48.923,68 da Comuni € 8.200,00 da DSM € 1.000,00 da Provincia

Tab. n°36: Servizi gestiti in forma singola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori
Comunità alloggio per persone con disturbi mentali	Prosecuzione della gestione di n°2 Comunità alloggio	Comunale	Comune di Macerata	Fondi comunali	N° ospiti delle comunità alloggio
Progetto "Ragione ed emozioni – un viaggio nel labirinto della mente"	Realizzazione di un ciclo di seminari sulla valorizzazione delle emozioni, nella consapevolezza che l'armonica integrazione tra ragione ed emozioni può garantire il benessere psichico.	DSM	DSM; Comuni; Accademia delle Belle Arti	Fondi DSM	N° partecipanti

6.4.5 Politiche di contrasto del disagio adulto

Obiettivi:

- garantire la soddisfazione dei bisogni primari;
- potenziare il lavoro di rete tra pubblico e privato;
- creare rete con l'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna;
- promuovere la presa in carico dei cittadini in difficoltà al fine di evitare interventi generalizzati.

Tab. n°37: Servizi e progetti gestiti in forma associata

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori	Costi
Progetto "Solidarietà è progresso"	Attività di contrasto dell'esclusione sociale e della povertà estrema	ATS	ATS; Privato sociale	Fondi regionali	N°interventi realizzati N°cittadini raggiunti	€ 11.032,00 da R.M.

Tab. n°38: Servizi gestiti in forma singola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori
Contributi per specifiche necessità	Erogazione di contributi economici per specifiche necessità a favore di indigenti	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° utenti
Servizio mensa	Erogazione buoni pasto mensa della Caritas	Comunale	Comune di Macerata; Associazione Centro di Ascolto e di Prima accoglienza	Fondi comunali	N° buoni erogati
Sostegno abitativo	Sostegno abitativo ai sensi della L.431/98, attraverso l'erogazione di contributi a parziale rimborso delle spese sostenute per il pagamento del canone di locazione	Comunale	Comuni	Fondi regionali	N° contributi erogati
Pronta accoglienza	Servizi di pronta accoglienza per situazioni di emergenza abitativa	Comunale	Comuni; Privato sociale	Fondi comunali	N° utenti
Fondo anticrisi	- Contributo economico; - esonero mensa scolastica;	Comunale	Comune di Macerata	Fondi comunali	N° utenti

	<ul style="list-style-type: none"> - estensione Family card; - servizio informativo ai cittadini in stato di disoccupazione e cassa integrazione conseguente alla crisi economica 				
Rafforzamento della rete con l'UEPE	<p>Prosecuzione della collaborazione dei Servizi Sociali Comunali con l'UEPE per l'elaborazione di Piani Assistenziali Individualizzati, finalizzati al sostegno e al reinserimento sociale e lavorativo dei soggetti in esecuzione esterna della pena o che hanno terminato il periodo di reclusione.</p>	Comunale	Comuni; UEPE	Fondi comunali	N° utenti

6.4.6 Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati

Obiettivi:

- promozione dell'integrazione sociale degli immigrati;
- promozione della cultura dell'accoglienza;
- rimozione delle situazioni di emarginazione.

Tab. n°39: Programmazione associata e gestione sin gola

Servizio/ progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/ strumenti	Indicatori	Costi
Piano degli interventi a favore dei cittadini immigrati, ai sensi della L.R. 2/98	<ul style="list-style-type: none"> - Integrazione intercultura e scuola (sostegno linguistico post-scolastico a minori immigrati e organizzazione di attività culturali di promozione dell'integrazione e sociale); - Interventi per famiglie con disagio socio-economico - Centri di Servizi e sportelli informativi (attività informativa e di segretariato sociale attraverso sportelli informativi); - centro di accoglienza; - progetti delle Associazioni di immigrati iscritte all'Albo regionale 	Comunale	ATS; Comuni; Privato sociale	Fondi comunali con cofinanziamento regionale	N°interventi realizzati N° utenti	€ 128.423,00
GLI IMMIGRATI RESIDENTI USUFRUISCON, INOLTRE, IN QUASI TUTTI I COMUNI DELL'ATS, DEI SERVIZI PREVISTI PER I CITTADINI ITALIANI.						

6.4.7 Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza (anziani)

Obiettivi:

- favorire la permanenza dell'anziano nel proprio nucleo familiare;
- sostenere la famiglia, soprattutto con componenti malati di Alzheimer o demenze in genere;
- garantire la qualità dei servizi assistenziali e infermieristici all'interno delle Residenze Protette;
- evitare l'isolamento dell'anziano;
- promuovere la sua partecipazione attiva alla vita sociale;
- tutelare l'anziano fragile;
- potenziare l'integrazione socio-sanitaria;
- potenziare il lavoro di rete tra pubblico e privato.

Tab. n°40: Servizi e progetti gestiti in forma associata

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori	Costi
Piano non autosufficienza	Assegno di cura	ATS	ATS	Fondi regionali	N° contributi erogati	€ 240.000,00
Servizio "Anziani emergenza estate"	Ad integrazione del progetto "Helios" dell'ASUR regionale: - attivazione del volontariato di prossimità nei mesi di luglio e agosto; - potenziamento ed estensione del servizio Informanziani in tutti i Comuni dell'ATS	ATS	ATS; Comuni; Informanziani; Associazioni di volontariato o presenti nei Comuni dell'ATS	Fondi ATS	N° utenti	€ 6.500,00 da fondi ATS
Tavolo di lavoro permanente R.P.	Costituzione di un tavolo di lavoro permanente (composto dai responsabili delle strutture residenziali) per lo studio dei costi sanitari ed alberghieri di ogni R.P. e delle Carte dei Servizi.	ATS	ATS; Comuni; Istituzione Buccolini-Giannelli; I.R.C.R.	-	N° incontri realizzati	nessun costo aggiuntivo
Tavolo di lavoro permanente Alzheimer	Prosecuzione del tavolo di lavoro finalizzato alla promozione e	ATS	ATS; Comune di Macerata;	-	N° incontri realizzati	nessun costo aggiuntivo

	messa in rete dei servizi e interventi a favore dei malati di Alzheimer e loro famiglia		Distretto Sanitario ASUR - Z.T. 9; U.O. Geriatria – Ospedale di Macerata; I.R.C.R. ; CGIL; CISL; UIL; Associazioni: AFAM; AMA; ANTEAS			
--	---	--	---	--	--	--

Tab. n°41: Programmazione associata e gestione sin gola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori	Costi
Piano non autosufficienza	Potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, con particolare attenzione ai malati di Alzheimer	Comunale	ATS; Comuni	Fondi regionali	N° ore di SAD erogate	€ 160.000,00

Tab. n°42: Servizi gestiti in forma singola

Servizio/progetto	Attività	Gestione	Soggetti coinvolti	Risorse/strumenti	Indicatori
Servizi e attività per il tempo libero	Organizzazione e realizzazione di attività rivolte ai cittadini con più di 65 anni di età, per favorire la loro socializzazione ed evitare l'isolamento	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° e tipologia di servizi attivati
Attività socialmente utili	Impiego dell'anziano in attività socialmente utili (es. servizio di attraversamento pedonale davanti le scuole, sorveglianza delle aree ecologiche, manutenzione di piccoli parchi, ecc.) al fine di promuovere la sua partecipazione attiva alla vita sociale.	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° anziani coinvolti
Servizio di Assistenza Domiciliare	Estensione, in tutti i Comuni dell'ATS, del Servizio di Assistenza Domiciliare, con l'utilizzo del regolamento di Ambito	Comunale	ATS; Comuni	Fondi comunali	N° Comuni che erogano il SAD
Assistenza Domiciliare Integrata	Prosecuzione del Servizio di Assistenza Domiciliare integrata con i servizi del Distretto Sanitario	Comunale	Comuni; Distretto	Fondi comunali (per la parte di SAD) Fondi ASUR (per la parte	N° Comuni che stipulano l'apposita convenzione con l'ASUR – Z.T.9

				sanitaria)	
Pagamento rette Case di Riposo e Residenze Protette	Integrazione delle rette a favore di anziani indigenti	Comunale	Comuni	Fondi comunali	N° rette integrate
Gestione Case di Riposo e Residenze Protette	Proseguimento della gestione delle Case di Riposo e Residenze Protette	Comunale	Comuni; Istituzione Buccolini-Giannelli; I.R.C.R.	Fondi comunali	N° ospiti

6.5 BILANCIO PREVISIONALE UFFICIO DI AMBITO – ANNO 2010

Il presente Bilancio è stato elaborato sulla base di flussi finanziari dello scorso anno e delle indicazioni contenute nella D.G.R. 1544/08.

Il cofinanziamento dei Comuni per il funzionamento di Ambito (Ufficio Comune) e per i servizi e progetti da realizzare in forma associata rimane invariato rispetto allo scorso anno.

Destinazione	Entrate da Regione e Provincia			Entrate dai Comuni			Uscite		
	Cap.	Az.	€	Cap.	Az.	€	Cap.	Az.	€
Coordinatore	22027	578	30.988,00	25004	791	20.658,00	1615213	1918	51.646,00
Ufficio di Ambito, UPS, spese di funzionamento, ecc.	“	579	118.592,00	“	792	79.062,00	“	1919	197.654,00
Attività di Ambito: Prev. a scuola Eurodesk Anziani estate	“	728	55.000,00	-	-	-	“	2302	55.000,00
Fondo Unico Politiche Sociali: Educativa tutoraggio B.L. UPS	“	896	120.000,00	-	-	-	“	2446	120.000,00
Progetto Accurata- mente (Servizi di sollievo)	“	790	58.122,93	“	794	46.499,68	“	377	104.622,61
Progetti di prevenzione disagio giovanile (Tuttintorno, ecc.)	“	789	17.544,00	-	-	-	“	2376	17.544,00
Piani e progetti vari:	“	580	1.004.997,79	“	536	45.574,00	“	2019	1.050.571,79

<i>Piano anziani non autosufficienti</i>	“	“	669.216,41						669.216,41
<i>Piano infanzia ai sensi della L.R. 9/03</i>	“	“	56.250,38						56.250,38
<i>Piano immigrati ai sensi della L.R. 2/98</i>	“	“	47.000,00						47.000,00
<i>Assistenza comunicazione</i>	“	“	18.658,00	“	“	25.189,00	“	“	43.847,00
<i>Eurodesk</i>	“	“	10.000,00	“	“	6.197,00	“	“	16.197,00
<i>ex ONMI</i>	“	“	38.825,00				“	“	38.825,00
<i>L.R. 48/95</i>	“	“	6.533,00				“	“	6.533,00
<i>Progetto “Solidarietà è progresso”</i>	“	“	11.032,00				“	“	11.032,00
<i>Contributi a famiglie numerose</i>	“	“	52.233,00				“	“	52.233,00
<i>Rafforzamento Consultorio</i>	“	“	95.250,00				“	“	95.250,00
<i>Educativa domiciliare</i>				“	“	14.188,00	“	“	14.188,00
Fondi L.R. 18/96	22027	833	593.815,84				“	2413	593.815,84
<i>Fondi integrativi</i>			113.195,38						113.195,38
<i>Piano L.R. 18/96: acconto 2010</i>	“	“	169.683,78				“	“	169.683,78
<i>saldo 2009</i>	“	“	310.936,68				“	“	310.936,68
TOTALI			1.999.060,56			191.793,68			2.190.854,24

7. IL MONITORAGGIO

Il monitoraggio e la valutazione del Piano triennale verrà effettuato utilizzando il “Disegno di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche”.

7.1 DOCUMENTAZIONE DEI PROCESSI DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione dei diversi soggetti alla realizzazione del Piano di Zona e dei Piani di settore viene documentata attraverso:

- “firme di presenza” dei partecipanti ai gruppi di lavoro;
- Specifiche relazioni e report su attività e progetti vari;
- Utilizzo dello strumento di valutazione messo a disposizione dalla Regione Marche per la dimensione relativa alla “governance del Piano di Ambito”. Esso prevede l’utilizzo di:
 1. Scheda di valutazione;
 2. Focus group di approfondimento su alcune questione.

I macrocriteri di valutazione sono:

- attenzioni metodologiche;
- sussidiarietà verticale;
- sussidiarietà orizzontale;
- relazione tra il livello tecnico e quello politico.

La valutazione verrà realizzata dal Coordinatore d’Ambito e suoi collaboratori per quanto riguarda la somministrazione delle schede e i report di sintesi di quanto emerso dai focus group; dalla Regione per quanto riguarda l’analisi dei dati. Saranno coinvolti testimoni privilegiati che partecipano alla programmazione dei Piani di Ambito.

7.2 CONSUNTIVO ANNUALE ATTIVITÀ SVOLTE E RISULTATI CONSEGUITI

Il Coordinatore d’Ambito utilizza gli strumenti propri del Comune capofila per consuntivi e rapporti sui risultati conseguiti, in particolare:

- relazione sullo stato di attuazione dei programmi;
- relazione a consuntivo.

Viene inoltre utilizzato lo strumento messo a disposizione dalla Regione Marche di cui sopra, per la dimensione relativa alla “valutazione dell’implementazione dei PdA”.

Esso prevede l’utilizzo di:

- check list sulle azioni del piano
- scheda di valutazione di due azioni del piano

- realizzazione di una analisi swot sulle azioni del piano con i tavoli tematici.

I microcriteri di valutazione sono:

- utilizzo delle risorse
- integrazione
- utenti e cittadinanza.

La valutazione verrà realizzata dal Coordinatore e suoi collaboratori e dalla Regione per quanto riguarda l'analisi dei dati.

Saranno coinvolti:

1. i referenti delle azioni del Piano;
2. valutazione per area attraverso l'analisi swot.