



Piano Triennale ATS XXIV

Anni 2010 - 2012

1. PRESENTAZIONE DEL “PdA”

1.1 Obiettivi generali e scelte strategiche

Il Piano triennale 2010-2012 rappresenta lo strumento fondamentale per una programmazione sociale che tenga conto della particolarità specifica di ogni territorio. Con la stesura di questo Piano e dopo la presentazione del Piano attuativo per l'anno 2009, questo Ambito si appresta da una parte a consolidare le attività poste in essere e dall'altra, alla luce di ciò che si è fatto, a sviluppare nuove azioni di carattere strategico che investano tutta la rete dei servizi e gli attori del territorio.

Il presente Piano, quindi, si pone in continuità con le azioni svolte, riprendendo, sviluppando gli obiettivi individuati nel precedente piano ed integrandoli con le linee guida contenute nel Piano Sociale Regionale 2008/2010:

1. Particolare attenzione si deve porre alla costruzione e consolidamento di una rete integrata di servizi, con lo scopo di migliorare la qualità della vita di tutti i cittadini. L'obiettivo delle politiche messe in atto da questo Ambito è infatti quello di garantire il benessere delle persone che risiedono nel territorio, appartenenti a diverse categorie di utenti: disabili, famiglie, minori, anziani non autosufficienti, giovani, immigrati, e persone che comunque sono portatrici di un disagio. Per tutti questi soggetti deve svilupparsi un nuovo tipo di assistenza, basata su un approccio multidisciplinare volto a promuovere meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, allo scopo di predisporre interventi necessari al superamento delle condizioni che ostacolano il completo inserimento nel tessuto sociale o che limitano la qualità della vita. In particolare sarà dedicato ampio spazio all'integrazione socio-sanitaria, obiettivo imprescindibile e cardine portante per la creazione di un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari. Le problematiche di una persona, infatti, devono essere affrontate non solo da un punto di vista sociale o sanitario, ma considerate in una prospettiva globale ed organica.
2. Altro obiettivo fondamentale è lo sviluppo di attività di coordinamento per quanto riguarda la programmazione e la gestione degli interventi, favorendo altresì una migliore comunicazione tra ATS e Comuni. Occorre infatti mettere in campo tutti gli strumenti necessari per favorire il dialogo e lo scambio inter-istituzionale, cercando al contempo di costruire un'unità territoriale. I comuni e l'ATS, anche attraverso la costruzione di questo Piano, cercheranno di orientare i propri interventi di politica sociale in una logica di programmazione condivisa.
3. Occorre inoltre promuovere il benessere del cittadino attraverso azioni mirate a ridurre situazioni di disagio e a garantire omogeneità di prestazioni all'interno dell'ATS XXIV, anche regolamentando le modalità di accesso ai servizi e la compartecipazione economica ai costi (costituzione regolamenti, ISEE, ecc.). Questo obiettivo garantisce una migliore qualità della vita della persona e una migliore razionalizzazione delle risorse, già per altro molto scarse, di comuni ed Ambiti.

Al fine di raggiungere detti obiettivi nel triennio, si svilupperanno le seguenti scelte strategiche:

- Potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria anche attraverso la definizione di accordi di programma;
- Consolidamento nel territorio dell'equipe integrata socio-sanitaria;
- Coordinamento e comunicazione tra ATS e Comuni per lo sviluppo di politiche sociali congiunte;
- Avvio di percorsi di programmazione congiunta annuale delle politiche sociali e di utilizzo delle risorse economiche;
- Potenziamento del ruolo dell'ATS per quanto riguarda la programmazione di interventi e servizi;
- Avvio di percorsi di costruzione di regolamenti di Ambito (come ad esempio il regolamento per il SAD)

2. L'ANALISI: LA LETTURA DEI CAMBIAMENTI

2.1 Profilo socio-economico- demografico

La Comunità Montana dei Sibillini, Ente capofila dell'ATS XXIV, rappresenta una realtà vasta ed articolata, sia dal punto di vista territoriale-morfologico, che da quello demografico, sociale ed economico.

E' costituita da un'area montana e da un'area collinare di vaste dimensioni; si distingue per un tipo d'insediamento sparso, a bassa densità abitativa e con obiettive difficoltà di collegamenti.

Il territorio della Comunità Montana dei Sibillini si estende tra le Province di Ascoli Piceno e Fermo e al confine con quella di Macerata. E' delimitato ad ovest dai Monti Sibillini. Abbraccia 11 Comuni: Amandola, Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matenano e Smerillo, per un totale di 15.328 abitanti (dati Istat, 1° Gennaio 2008).

Come si può notare dalla tabella 1 di seguito allegata, la cittadina più densamente popolata è quella di Comunanza con circa 60 abitanti ogni Km², mentre Montemonaco, con circa 10 abitanti per Km² è il Comune con la più bassa densità abitativa della Comunità Montana dei Sibillini (tabella 1).

Quasi la metà della popolazione risiede nei comuni di Amandola (25,01%) e Comunanza (21,02%), dei restanti, solo Force, Montefortino e Santa Vittoria in Matenano superano i 1.000 abitanti, rispettivamente 1.508, 1.285 e 1.466 abitanti. Smerillo è il centro più piccolo con 394 abitanti (tabella 2).

Negli ultimi 50 anni si è assistito ad una forte riduzione del numero dei residenti in questo territorio. Come si può vedere dalla tabella 3, la popolazione residente è passata da 32.333 nel 1951 a 15.328 nel 2008, con una perdita di 17.005 abitanti (grafico 1).

Un fenomeno che ha caratterizzato la comunità è stato l'esodo della popolazione giovanile verso la costa e gli insediamenti industriali limitrofi, con il conseguente svuotamento delle campagne, prima diffusamente abitate. Tale fenomeno è scaturito dal processo di industrializzazione che si è sviluppato nelle altre aree della Regione.

Andando ad analizzare l'andamento della popolazione per fasce d'età (grafico 2), si nota come l'11.54% della popolazione ha un'età compresa fra 0 e 14 anni, il 62.47% tra i 15 e i 64 anni, mentre il 25,99% oltre i 65 anni

Questo territorio ha una presenza di ultra sessantacinquenni molto consistente, superiore alla media provinciale e regionale; infatti, dal grafico 3 si nota come un quarto della popolazione residente (25,99%) nella Comunità Montana dei Sibillini, abbia un'età oltre i 65 anni, contro il 22,59% della Provincia e il 22,49% della Regione.

Scendendo a livello comunale, possiamo notare che il comune dove riscontriamo la maggior presenza di anziani (tabella 4) è Montefalcone App.no, con una percentuale del 30,38% sul totale della popolazione residente, seguito da Smerillo, 29,19%; mentre Comunanza ha la percentuale maggiore di giovani tra 0 e 14 anni (14,12%), percentuale superiore sia a quella provinciale che regionale (rispettivamente 12,96% e 13,14%).

L'indice di vecchiaia¹ è un indicatore demografico importante, in quanto stima il grado di invecchiamento di una determinata comunità; in linea con i dati precedenti, si sottolinea che l'indice di vecchiaia dell'ATS XXIV (tabella 5) è di 50,83 punti superiore a quello provinciale e 54,01 punti rispetto a quello regionale; a Comunanza l'indice di vecchiaia, però, è significativamente più basso in relazione agli altri comuni, 156,83, rispetto alla media dell'Ambito Sociale XXIV che è di 225,16.

Considerando l'indice di dipendenza strutturale² (grafico 4), si può notare che 100 abitanti in età attiva (15 e 64 anni), devono farsi carico di circa 60 residenti tra bambini ed anziani.

A livello comunale, il comune di Montefalcone App.no è quello dove la popolazione non autonoma per ragioni d'età (0-14 anni ed oltre 65 anni) pesa di più su quella attiva, quasi 70 abitanti su 100 residenti, rispetto a Comunanza nella quale solo 57 persone sono carico della restante popolazione compresa tra 15 e 64 anni.

Da quanto risulta dai dati dell'INPS (2009), gli ultra sessantacinquenni invalidi civili totali, titolari di indennità di accompagnamento, sono in numero di 564 unità che rappresentano il 14.2% dell'intera popolazione anziana (tabella 6).

Questi dati danno un quadro del territorio caratterizzato da una presenza preponderante di persone anziane.

Interessante è anche il tasso di ricambio della popolazione attiva³ (tabella 7); nel territorio dell'Ambito Sociale XXIV, per ogni 100 giovani residenti, che teoricamente dovrebbero immettersi o già sono inseriti nel mondo del lavoro, ci sono quasi 97 persone che si avvicineranno all'età del pensionamento. Degli 11 Comuni, 7 mostrano un tasso superiore a 100; se si prende come esempio il Comune con il tasso più alto, Montedinove, per ogni 100 giovani che entrano nel mercato del lavoro, ben 165 ne escono, il che vuol dire che si ha un ricambio della popolazione attiva molto basso. Ciò significa che sarebbero opportune politiche sociali ed economiche che favoriscano per le nuove

¹ L'indice di vecchiaia si usa per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione. Sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Esso si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi.

² L'indice di dipendenza strutturale rappresenta il numero di individui (anziani e bambini) non autonomi per ragioni demografiche (0-14 anni o oltre 65 anni) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (15-64 anni).

³ Tasso di ricambio della popolazione attiva è il rapporto tra la consistenza della popolazione in età 60-64 anni e la popolazione in età 15-19 anni

generazioni di questo territorio, la possibilità di poter restare nei propri luoghi di origine e non emigrare in altri luoghi, alla ricerca di migliori opportunità.

Sulla base dei dati Istat, al 1° Gennaio 2008, le famiglie residenti nell'ATS XXIV sono complessivamente 6.085, con un numero medio di componenti di 2,5, come la media regionale (tabella 8). Il comune dove si riscontra il minor numero di componenti per famiglia è Montefalcone App.no con 2,1 persone, contro 2,7 di Force e Santa Vittoria in Mat.no.

Si passa ora ad analizzare la popolazione straniera residente; tutti i dati si riferiscono a Gennaio 2008.

Gli immigrati presenti nell'ambito XXIV sono 986. Su un totale di 15.328 abitanti, il 6,43% sono stranieri (grafico 5). I Comuni dove si riscontra una presenza maggiore di stranieri rispetto al totale dei residenti sono Montelparo e Montefalcone Appennino, rispettivamente con 10,33% e 9,23%; nel Comune di Montefortino invece solo il 4,20% della popolazione residente è straniera.

I dati riportati nel grafico 6 mostrano come, negli ultimi 5 anni, sia fortemente aumentato il numero degli stranieri residenti, che infatti sono passati dai 386 del 2003 a 986 del 2008, con un incremento complessivo di ben 600 unità.

Se si passa al livello di analisi comunale, l'aumento più significativo si è verificato ad Amandola e Comunanza, rispettivamente con 122 unità ad Amandola e 178 a Comunanza.

Altra informazione importante da rilevare si riferisce alla stabilizzazione degli immigrati in nuclei familiari nel territorio dell'ATS XXIV.

Infatti si rileva che la composizione della popolazione straniera residente è pressoché equilibrata tra maschi e femmine, inoltre i minori stranieri risultano essere circa il 20% (il 41% dei quali nato in Italia) del totale degli stranieri.

Delle 6.085 famiglie residenti, il 7,8% ha al proprio interno almeno 1 straniero, percentuale inferiore alla media regionale (8,3%).

Il comune dove si riscontra una percentuale maggiore di famiglie con almeno un componente straniero è Montefalcone App.no, contro il 5,8% di Montefortino (tabella 9).

Ora si andrà ad analizzare la distribuzione per nazionalità (grafico 7): dei 986 stranieri che vivono nel territorio dell'Ambito Sociale XXIV, la maggior parte è di origine europea (75%, contro il 58% della Regione Marche), poi si trovano gli stranieri di origine asiatica (16%), gli stranieri di origine africana e americana sono presenti in una percentuale rispettivamente del 5% e del 4%, mentre gli stranieri provenienti dall'Oceania solo lo 0,1%.

Le nazionalità più rappresentate sono 8 (grafico 8): Romania (23,1%), Regno Unito (15%), India (10,9%), Albania (10,4%), Polonia (9,9%), Macedonia (5,3%), Marocco (4,2%), Ucraina (3,9%).

Il territorio dell'ambito XXIV si colloca tra le aree regionali a maggiore criticità per quanto concerne lo stato e le dinamiche del quadro socio-economico. Al suo interno troviamo territori eterogenei con caratteristiche geo-morfologiche e con situazioni socio-economiche distinte.

Si possono individuare tre macro realtà: il comune di Comunanza a forte sviluppo industriale, i comuni di Force e Rotella individuati come aree industriali e rurali e i restanti

comuni a caratterizzazione naturalistica e rurale. Rispetto alla prevalente attività agricola, solo in misura discontinua ed in aree limitate si ritrovano esempi di attività turistiche e manifatturiere. Nel complesso i comuni considerati soffrono condizioni di forte svantaggio sotto il profilo socio-economico.

La tabella 1 riassume la situazione delle imprese suddividendole per settore lavorativo (Dati Sistar Marche 2007).

Table e grafici riferiti al Profilo socio-economico-demografico

Tabella 1

<i>Densità di Popolazione, dati ISTAT 1° Gennaio 2008</i>			
	Popolazione	Kmq	Densità
Amandola	3827	69,42	55,12
Comunanza	3216	54,04	59,51
Force	1508	34,19	44,11
Montedinove	560	11,9	47,06
Montefalcone Appennino	520	15,98	32,54
Montefortino	1285	78,31	16,41
Montelparo	920	21,56	42,67
Montemonaco	659	67,61	9,75
Rotella	973	27,2	35,77
Santa Vittoria in Matenano	1466	25,97	56,45
Smerillo	394	11,31	34,84
Totale	15328	417,49	36,71

Tabella 2

	Maschi	Femmine	Totale	%
Amandola	1861	1966	3827	25,01%
Comunanza	1608	1608	3216	21,02%
Force	743	765	1508	9,85%
Montedinove	288	272	560	3,66%
Montefalcone appennino	263	257	520	3,40%
Montefortino	641	644	1285	8,40%
Montelparo	455	465	920	6,01%
Montemonaco	325	334	659	4,31%
Rotella	476	497	973	6,36%
Santa vittoria in matenano	701	765	1466	9,58%
Smerillo	187	207	394	2,57%
Totale Ambito Sociale XXIV	7548	7780	15328	100%

Tabella 3

	1951	1961	1971	1981	1991	2001	2008
Amandola	6541	5645	4403	4106	4012	3956	3827
Comunanza	4225	3675	2977	2919	3026	3116	3216
Force	3925	3139	1991	1778	1722	1621	1508
Montedinove	1580	1312	785	638	617	555	560
Montefalcone	1807	1452	853	713	569	501	520
Montefortino	2993	2458	1683	1493	1411	1318	1285
Montelparo	2310	1886	1268	1121	1002	974	920
Montemonaco	1771	1489	1007	905	753	683	659
Rotella	3018	2257	1368	1112	1058	998	973
S.Vittoria in Matenano	2900	2368	1719	1483	1447	1484	1466
Smerillo	1263	1014	605	491	431	417	394
Totale	32333	26695	18659	16759	16048	15623	15328

Grafico 1

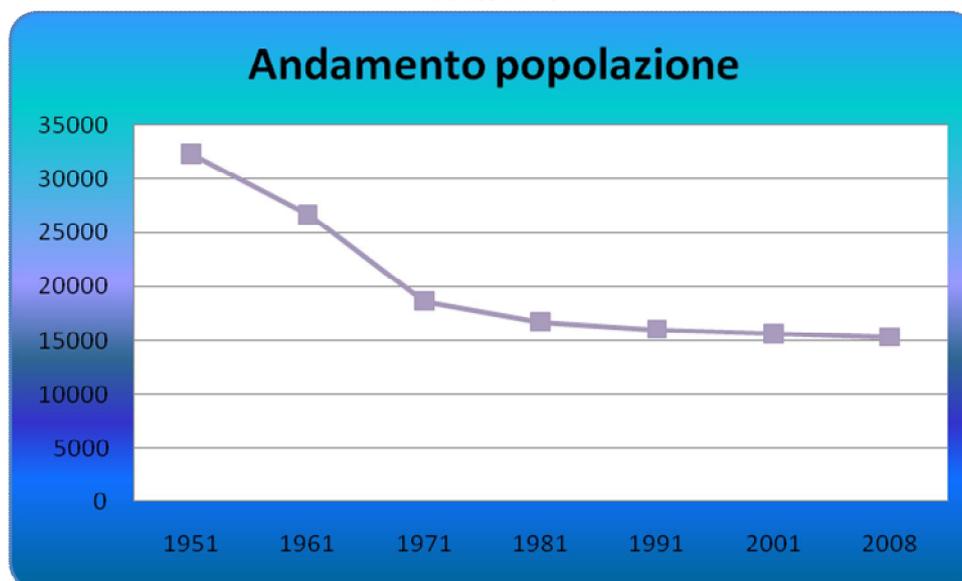
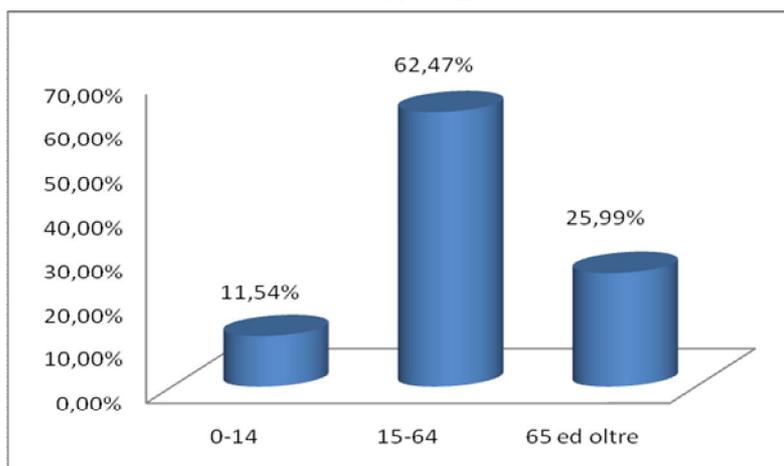
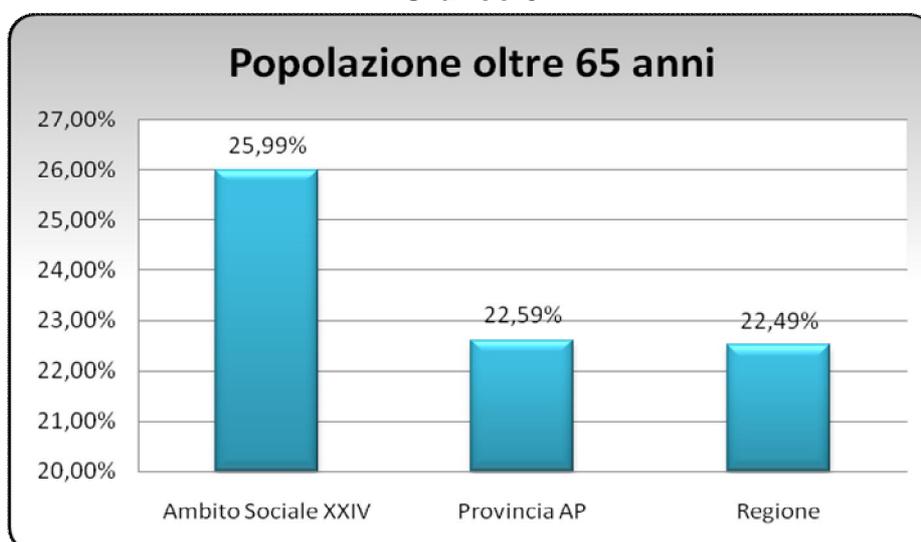


Grafico 2**Grafico 3****Tabella 4**

	0-14	15-64	65 e oltre	TOTALE	% 0-14 sul totale	% 15-64 sul totale	% oltre 65 sul totale
Amandola	426	2381	1020	3827	11,13%	62,22%	26,65%
Comunanza	454	2050	712	3216	14,12%	63,74%	22,14%
Force	161	954	393	1508	10,68%	63,26%	26,06%
Monedinove	52	349	159	560	9,29%	62,32%	28,39%
Montefalcone App.no	55	307	158	520	10,58%	59,04%	30,38%
Montefortino	152	805	328	1285	11,83%	62,65%	25,53%
Montelparo	94	562	264	920	10,22%	61,09%	28,70%
Montemonaco	64	404	191	659	9,71%	61,31%	28,98%
Rotella	104	610	259	973	10,69%	62,69%	26,62%
S.Vittoria	165	917	384	1466	11,26%	62,55%	26,19%
Smerilo	42	237	115	394	10,66%	60,15%	29,19%
AMBITO SOCIALE XXIV	1769	9576	3983	15328	11,54%	62,47%	25,99%
PROVINCIA AP	50074	249006	87296	386376	12,96%	64,45%	22,59%
REGIONE	204092	999674	349297	1553063	13,14%	64,37%	22,49%

Tabella 5

	indice di vecchiaia
Amandola	239,44
Comunanza	156,83
Force	244,10
Monedinove	305,77
Montefalcone	287,27
Montefortino	215,79
Montelparo	280,85
Montemonaco	298,44
Rotella	249,04
S.Vittoria	232,73
Smerilo	273,81
AMBITO SOCIALE XXIV	225,16
PROVINCIA AP	174,33
REGIONE	171,15

Grafico 4

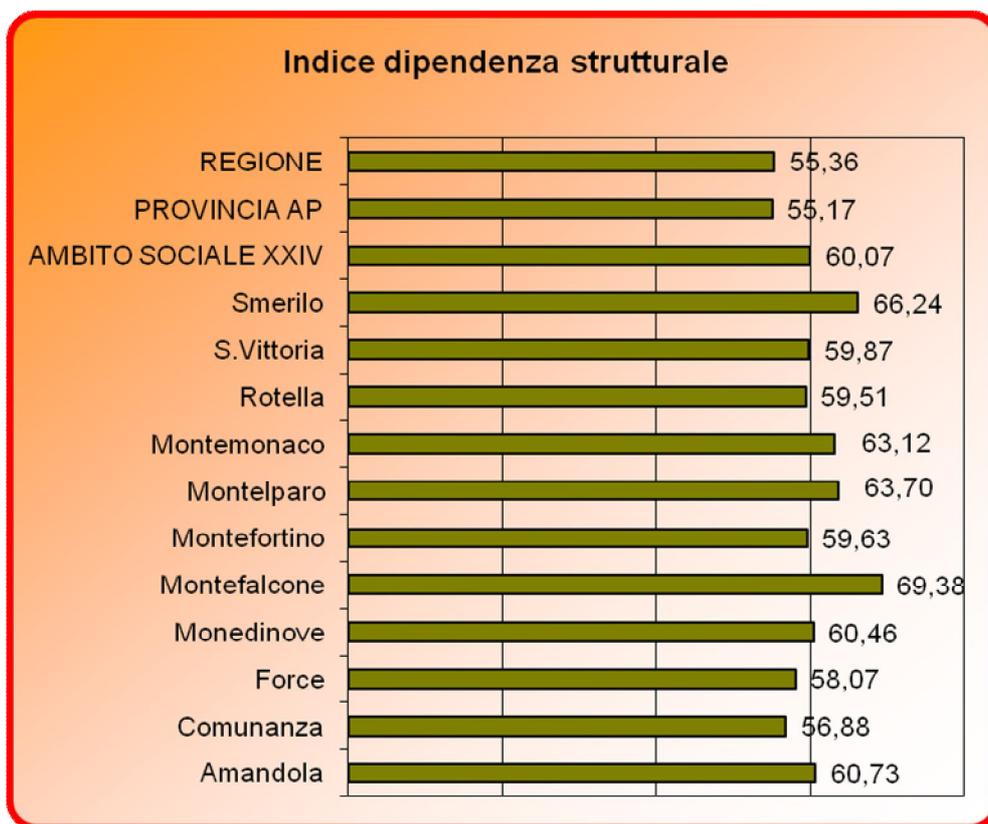


Tabella 6

	NUMERO ANZIANI RESIDENTI OLTRE I 65 ANNI	NUMERO ANZIANI RESIDENTI OLTRE I 65 ANNI non AUTOSUFFICIENTI	% non auto-sufficienti sul totale della popolazione anziana	% non auto-sufficienti per comune
AMANDOLA	1034	125	3,2%	22,2%
COMUNANZA	701	100	2,5%	17,7%
FORCE	385	70	1,8%	12,4%
MONTEDINOVE	156	27	0,7%	4,8%
MONTEFALCONE	153	33	0,8%	5,9%
MONTEFORTINO	320	39	1,0%	6,9%
MONTELPARO	257	39	1,0%	6,9%
MONTEMONACO	191	25	0,6%	4,4%
ROTELLA	264	36	0,9%	6,4%
SANTA VITTORIA IN MAT.NO	385	51	1,3%	9,0%
SMERILLO	114	19	0,5%	3,4%
TOTALE ANZIANI	3960	564	14,2%	100,0%

Tabella 7

	popolazione 60-64 anni	popolazione 15-19 anni	Tasso di ricambio della popolazione attiva
Amandola	175	196	89,29
Comunanza	142	177	80,23
Force	71	81	87,65
Montedinove	33	20	165,00
Monefalcone Appennino	25	19	131,58
Montefortino	69	62	111,29
Montelparo	47	36	130,56
Montemonaco	41	32	128,13
Rotella	47	45	104,44
S.Vittoria in Matenano	60	72	83,33
Smerillo	19	16	118,75
AMBITO SOCIALE XXIV	729	756	96,43

Tabella 8

	Pop residente			numero famiglie	n° medio compon. Famiglia
	Totale	in convivenze	in famiglie		
Amandola	3.827	18	3.809	1.482	2,6
Comunanza	3.216	3	3.213	1.271	2,5
Force	1.508	5	1.503	549	2,7
Montedinove	560	5	555	237	2,4
Montefalcone Appennino	520	-	520	244	2,1
Montefortino	1.285	-	1.285	552	2,3
Montelparo	920	10	910	354	2,6
Montemonaco	659	-	659	301	2,2
Rotella	973	2	971	373	2,6
Santa Vittoria in Matenano	1.466	14	1.452	550	2,7
Smerillo	394	-	394	172	2,3
Totale ATS 24	15.328	57	15.271	6.085	2,5

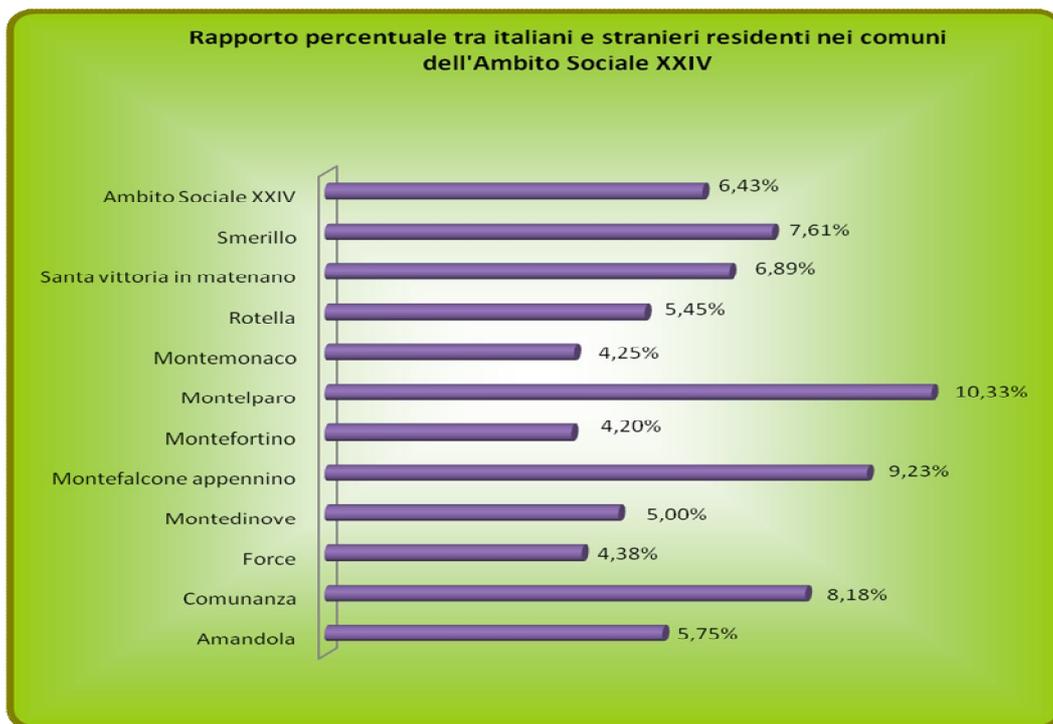
Grafico 5

Grafico 6

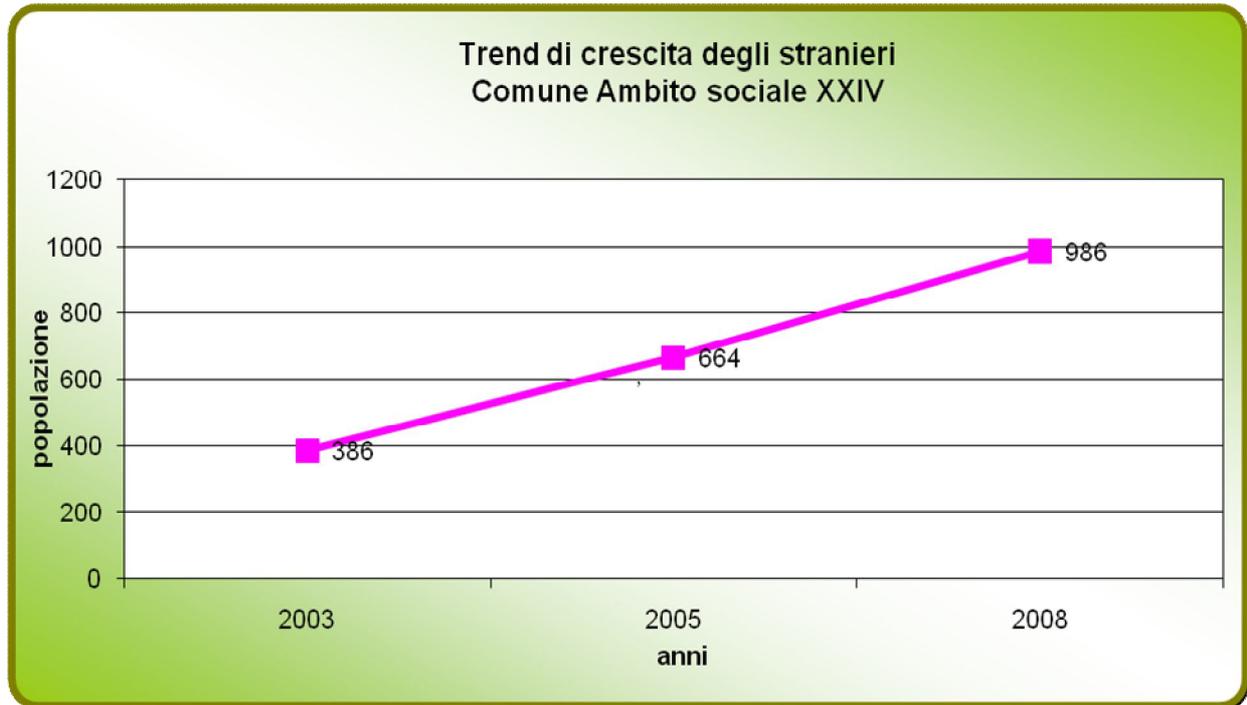


Tabella 9

	Famiglie con almeno uno straniero	
	totale	capofam straniero
	v. %	v. %
Amandola	7,2	5,3
Comunanza	8,3	6,3
Force	6,2	4,9
Montedinove	7,2	5,5
Montefalcone Appennino	13,1	12,3
Montefortino	5,8	3,6
Monteparo	11,6	9,3
Montemonaco	7,0	6,3
Rotella	7,0	4,6
Santa Vittoria in Matenano	7,3	5,3
Smerillo	9,9	9,9
Totale ATS 24	7,8	6,0

Grafico 7

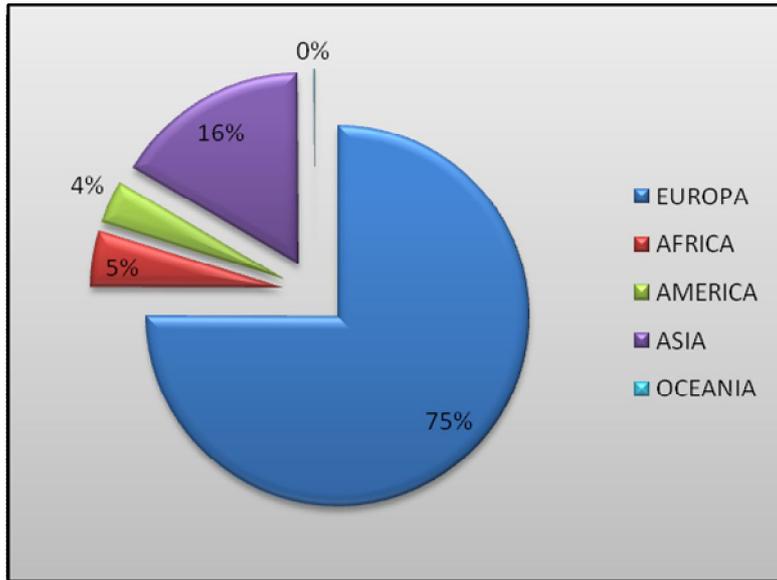


Grafico 8

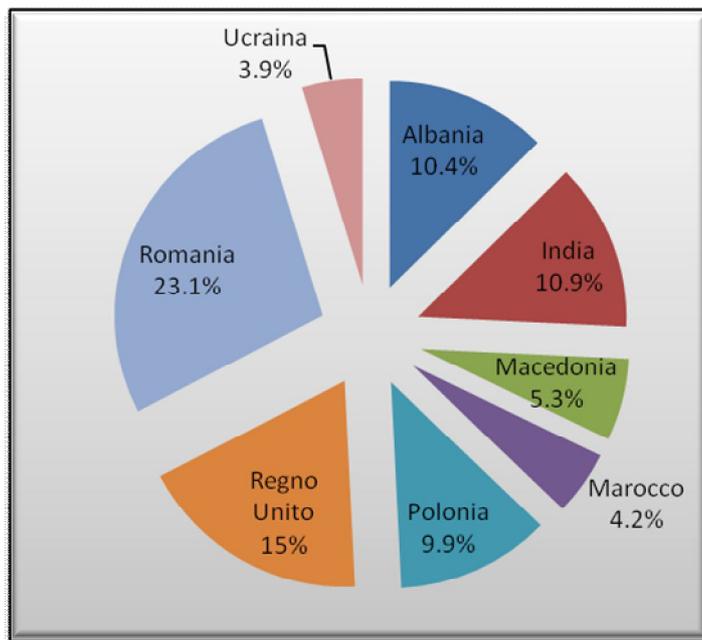


Tabella 10

		Registrate	Attive	Iscritte	Cessate	Totale Addetti
		2007	2007	2007	2007	2007
Amandola	Agricoltura	191	190	7	4	110
	Industria	127	114	6	5	221
	Non classificata	13	2	6	2	17
	Servizi	193	179	5	3	164
Comunanza	Agricoltura	93	93	0	2	57
	Industria	138	118	2	8	646
	Non classificata	16	1	11	1	1
	Servizi	191	177	5	11	187
Force	Agricoltura	119	119	0	5	42
	Industria	48	39	4	2	320
	Non classificata	2	0	1	0	0
	Servizi	47	47	4	2	72
Montedinove	Agricoltura	70	69	2	3	55
	Industria	21	18	0	0	19
	Non classificata	1	0	0	0	1
	Servizi	21	21	0	1	11
Montefalcone Appennino	Agricoltura	57	57	0	1	23
	Industria	11	11	0	1	17
	Non classificata	3	0	2	0	0
	Servizi	19	19	0	2	10
Montefortino	Agricoltura	109	109	2	3	138
	Industria	27	25	3	1	39
	Servizi	38	36	3	1	43
Montelparo	Agricoltura	119	118	5	6	54
	Industria	16	15	0	3	11
	Non classificata	1	0	0	1	0
	Servizi	33	32	5	3	47
Montemonaco	Agricoltura	85	85	4	1	40
	Industria	23	23	1	3	16
	Non classificata	5	0	2	0	1
	Servizi	31	30	2	1	18
Rotella	Agricoltura	87	87	1	2	19
	Industria	40	37	2	1	77
	Non classificata	3	0	1	0	0
	Servizi	30	29	1	0	39

Santa Vittoria in Mat.no	Agricoltura	130	130	2	1	35
	Industria	43	39	1	1	126
	Non classificata	7	0	3	0	6
	Servizi	56	54	1	1	57
Smerillo	Agricoltura	48	48	3	4	21
	Industria	9	9	0	0	5
	Non classificata	2	0	0	1	0
	Servizi	13	11	0	0	6

2.2 Dimensioni e caratteristiche della rete dei servizi

Questa parte è dedicata alla mappatura dei servizi e delle strutture presenti nell'ATS XXIV, gestite dall'Ente pubblico (comune singolo o associato, IPAB, ASUR, ecc.) o da un Ente privato (associazione, organizzazione di volontariato, cooperativa sociale, ecc.).

L'area dei servizi sociali, per la sua stessa natura, assorbe una quota rilevante delle risorse economiche dell'Ente, del personale ed organizzative, pertanto è fondamentale capire quali sono i servizi che vengono offerti sul territorio, dove sono dislocati geograficamente, da chi sono gestiti e che settori interessano.

Bisogna tenere in conto qual è la domanda di servizi espressa dalla comunità; domanda che è determinata da una serie di situazioni economiche, sociali e demografiche della popolazione, in particolare: il numero crescente di anziani, soprattutto quelli non autosufficienti, i cambiamenti nella struttura della famiglia (si è passati da una famiglia plurigenerazionale ad una mononucleare: se prima era la donna o comunque un componente della famiglia ad occuparsi dei servizi di cura alla persona, oggi si tende ad esternalizzare tali interventi, delegandoli alla struttura socio-sanitaria), lo spopolamento del territorio, soprattutto delle campagne e l'aumento dei residenti stranieri (con problematiche specifiche).

A fronte quindi di un aumento crescente della domanda di servizi assistenziali e sanitari, si ha, dalla parte dell'offerta, una situazione caratterizzata da vincoli soprattutto di carattere economico; infatti, in particolare gli Enti Pubblici, si trovano a dover gestire finanziamenti regionali o nazionali sempre più esigui, con la conseguente riduzione o interruzione del servizio o l'aumento della quota a carico degli utenti, con conseguenze che si ripercuotono sulla salute e quindi sotto l'aspetto politico-sociale non irrilevanti. Il problema principale, pertanto, è quello della sostenibilità economica del servizio.

La normativa nazionale, trasferisce ai Comuni, alle Province ed alle Regioni compiti e funzioni in materia sociale in base al principio di sussidiarietà verticale ed orizzontale; ciò significa che le attività a livello sociale vengono gestite e svolte dagli Enti territorialmente più vicini ai cittadini, in questo caso dai Comuni (sussidiarietà verticale) oppure da soggetti pubblici e privati (associazioni, cooperative, ecc.) in grado di realizzarli con lo stesso standard di efficacia ed efficienza (sussidiarietà orizzontale).

L'offerta di servizi alla persona viene quindi assicurata da diversi enti e soggetti, di cui quella comunale rappresenta la componente più importante, anche se non l'unica; è

infatti rilevante, ai fini di dare una risposta il più possibile completa ai cittadini, l'integrazione tra vari servizi, anche se gestiti ed erogati da soggetti diversi.

Si andrà ora ad analizzare l'offerta dei servizi sociali nell'ATS XXIV.

La tabella 1 suddivide i servizi sociali in interventi, in base alla tipologia del servizio e al Comune dove lo stesso è ubicato. Come si può vedere, gli interventi in campo sociale sono complessivamente n. 19.

Nella maggioranza dei casi, il titolare dei servizi è un ente pubblico, comune singolo o associato (ATS).

Table e grafici riferiti al Profilo socio-economico-demografico

Tabella 1

	MacroFamiglia	Tipologia servizio	Denominazione	Comune
INTERVENTI	Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	Servizi Sostegno Funzioni Genitoriali	CENTRO UNICO DI SOSTEGNO GENITORIALE	COMUNANZA E ATS XXIV
	Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	Sostegno attività consultoriale	SOSTEGNO ATTIVITÀ CONSULTORIALE	ATS XXIV
	Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	Interventi a favore di famiglie	CONTRIBUTI ECONOMICI	COMUNI SINGOLI E ATS XXIV
	Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	Nidi e Centri d'infanzia	NIDI E CENTRI D'INFANZIA	COMUNI SINGOLI
	Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	Comunità alloggio per minori	COMUNITÀ ALLOGGIO PER MINORI	AMANDOLA
	Integrazione sociale	Interventi a sostegno degli immigrati	INTERVENTI A SOSTEGNO DEGLI IMMIGRATI	COMUNI SINGOLI E ATS XXIV
	Integrazione sociale	Interventi a sostegno degli immigrati	SOSTEGNO LINGUISTICO	ATS XXIV
	Integrazione sociale	Attività ricreative per le vacanze	COLONIE MARINE	COMUNI SINGOLI
	Integrazione sociale	Attività ricreative per le vacanze	SOGGIORNI MARINI PER ANZIANI	COMUNI SINGOLI
	Interventi per le Politiche giovanili	Interventi di promozione e coordinamento in favore dei giovani	INTERVENTI DI PROMOZIONE E COORDINAMENTO IN FAVORE DEI GIOVANI	ATS XXIV
	Interventi per le Politiche giovanili	Centri di aggregazione sociale	CENTRI DI AGGREGAZIONE SOCIALE	COMUNI SINGOLI
	Interventi Educativo-assistenziali e di supporto all'integrazione lavorativa	Integrazione Scolastica	INTEGRAZIONE SCOLASTICA	COMUNI SINGOLI E ATS XXIV
	Interventi Educativo-assistenziali e di supporto all'integrazione lavorativa	Assistenza educativa persone disabili	ASSISTENZA EDUCATIVA	COMUNI SINGOLI E ATS XXIV
	Interventi Educativo-assistenziali e di supporto all'integrazione lavorativa	Integrazione Lavorativa	BORSE LAVORO	ATS XXIV

	Interventi per favorire la domiciliarità	Assistenza Domiciliare (SAD)	SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE	COMUNI SINGOLI
	Interventi per favorire la domiciliarità	Assegni di cura	ASSEGNI DI CURA	ATS XXIV
	Interventi di tutela alla salute mentale	Servizi di Sollievo	SERVIZI DI SOLLIEVO	ATS XXIV
	Interventi di supporto e pronto intervento sociale	Trasporto sociale (escluso trasporto scolastico)	TRASPORTO	ATS XXIV
	Interventi di supporto e pronto intervento sociale	Distribuzione beni prima necessità (pasti, medicinali, vestiario, etc.) e contributi economici	SOSTEGNO ALIMENTARE e CONTRIBUTI ECONOMICI	COMUNI SINGOLI E ATS XXIV

2.3 Minori fuori dalla famiglia di origine

Nel territorio dell'ATS XXIV sono 7 i minori che, per vari motivi, si trovano in affido o in comunità, di cui 3 stranieri e 4 italiani.

Gli affidamenti familiari, che nel caso dell'ATS XXIV sono tutti intrafamiliari, sono 4, tutti residenti a Comunanza; gli interventi di affido in comunità sono 3, tutti provenienti dal Comune di Amandola.

Il fenomeno dell'affido ha subito cambiamenti nel corso degli anni; come si può vedere dal grafico 1, infatti, dopo un lieve incremento tra 2004 e 2006, si è avuto un sensibile aumento tra il 2006 e il 2008, per poi calare nel 2010.

Un dato da segnalare si riferisce alle strutture di accoglienza per i minori; purtroppo il territorio dell'ATS XXIV risulta sprovvisto di tali strutture ed i comuni devono farsi carico di una spesa non indifferente per il pagamento della retta in strutture ubicate al di fuori del territorio dell'ATS XXIV.

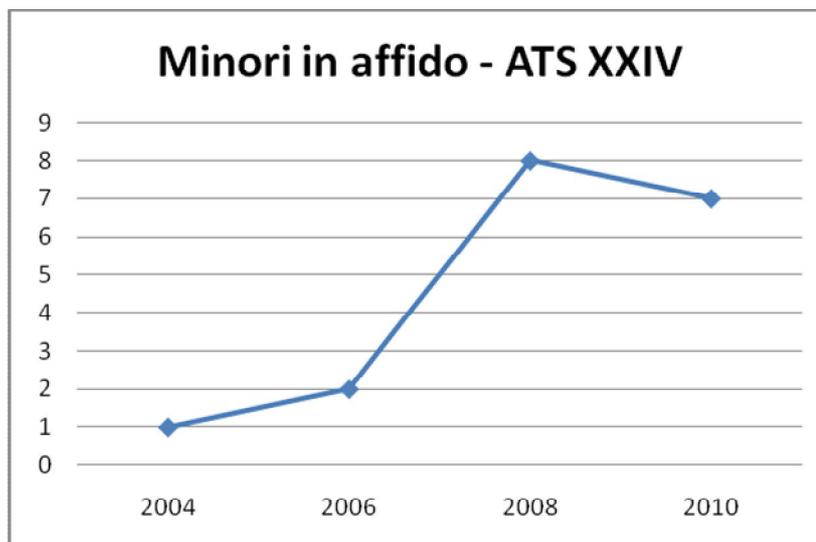
La distribuzione per fasce d'età, mostra come la metà dei minori in affido (4) si collochi nella fascia tra i 4 ed i 9 anni, mentre i restanti 3 tra gli 11 e i 17 anni.

La legge 149/2001 prevede che laddove non sia possibile per il minore crescere nella propria famiglia di origine e debba dunque essere disposto temporaneamente un allontanamento da essa, le misure da attivare devono in primis contemplare la possibilità di accoglienza presso una famiglia affidataria e solo in seconda istanza l'inserimento in una comunità residenziale, preferibilmente di tipo familiare. Tuttavia, come detto precedentemente, nel territorio dell'ATS XXIV mancano completamente strutture di accoglienza del minore e per tale motivo si sta tentando di costruire un elenco delle famiglie affidatarie dal quale attingere in caso di necessità, che ad oggi risulta essere molto scarso.

Questa risulta essere una forte criticità nell'ambito dell'affido a cui si sta cercando di dare una risposta grazie a contributi regionali che hanno permesso l'organizzazione di incontri in tutti i comuni dell'Ambito per una informazione e sensibilizzazione al tema dell'affido.

Tabelle e grafici riferiti ai minori fuori della famiglia di origine

Grafico 1



2.4 Gli attori sociali del territorio

Come detto precedentemente, il principio di sussidiarietà orizzontale risulta essere di fondamentale importanza per l'integrazione di tutti i servizi e per fornire standard qualitativi uniformi per tutti i cittadini. Il concetto di "rete", inteso come il sistema di relazioni che lega tutte le parti di una collettività, rappresenta una necessità imprescindibile in tutti i settori, ma soprattutto nei servizi sociali, dove il successo di una politica, di un intervento, di un servizio, dipendono dal coordinamento tra i vari elementi, dallo scambio di informazioni e dalla costante interazioni tra le parti.

Questo tipo di connessioni è anche stabilito a livello normativo dalla Legge 328/00, che considera fondamentale la collaborazione tra gli enti e tra pubblico e privato.

Per tale motivo, è necessario fare una panoramica degli attori sociali presenti nel territorio dell'ATS XXIV.

Oltre ai Comuni, Comunità Montana, Asur Z.T. 13 sono presenti 3 Istituti Scolastici Comprensivi rispettivamente nei Comuni di Amandola, Comunanza e Force - Santa Vittoria in Mat.no e 3 Scuole Superiori, ITC di Amandola, IPSIA di Comunanza e IPSCT di Santa Vittoria in Mat.no.

Le cooperative sociali iscritte all'Albo Regionale (Dati Osservatorio Regionale Politiche Sociali) sono in totale 7 (il 2% di tutte le cooperative delle Marche), 5 iscritte all'Albo "A" e 2 all'Albo "B"; sono localizzate nel Comune di Amandola (2), Comunanza (2), Montelparo (2) e Montefortino (1) (tabella 1).

Per quanto riguarda le associazioni di volontariato, il panorama è più variegato, sia dal punto di vista quantitativo, ne sono presenti, infatti, 21, che qualitativo, in quanto gli ambiti di attività variano molto.

	NOME	Indirizzo	Città	Attività
1	A.N.P.A. Croce Azzurra	Corso Matteotti, 13	S.VITTORIA	Protezione civile, emergenza sanitaria, servizi programmati, assistenza gare sportive, trasporto
2	ANDROS	Via XX Settembre, 24	AMANDOLA	
3	Centro di Solidarietà dei Monti Sibillini	P.zza IV Novembre, 23	COMUNANZA	Distribuzione prodotti della banca alimentare, progetti di educazione alla sussidiarietà presso le scuole medie
4	A.V.I.S. - AMANDOLA	Via Cesare Battisti, 73	AMANDOLA	Donazione sangue
5	A.V.U.L.S.S. - AMANDOLA	Via Angelo Biondi, 54	AMANDOLA	Assistenza ai malati in ospedale (pasti), assistenza a casa di anziani
6	A.V.U.L.S.S. - COMUNANZA	Via della Repubblica, 27	COMUNANZA	Malati in generale
7	CASTEL MANARDO	V.le Indipendenza, 87	AMANDOLA	Attività e beni culturali
8	FAMIGLIA NUOVA (Sede legale Fermo)	Largo Righi c/o Polo Culturale "Collegiata"	AMANDOLA	
9	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Piazzale S. Pertini	AMANDOLA	Protezione civile
10	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Piazza IV Novembre, 2	COMUNANZA	Protezione civile
11	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	C.so Beata M.A. Pallotta 25	FORCE	Protezione Civile
12	GRUPPO COM di PROTEZIONE CIVILE	Via Roma, 2	MONTE DINOVE	Protezione Civile
13	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Via San Pietro, 27	MONTEFALCONE	Protezione Civile
14	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Via Roma, 27	MONTEFORTINO	Protezione Civile
15	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Via Roma, 55	MONTELPARO	Protezione Civile
16	GRUPPO di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Piazza Risorgimento, 5	MONTEMONACO	Protezione Civile
17	GRUPPO COM di PROTEZIONE CIVILE	Via Umberto I, 11	ROTELLA	Protezione Civile

18	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Via Dante Alighieri, 14	SMERILLO	Protezione Civile
19	GRUPPO COM di VOLONTARIATO di PROTEZIONE CIVILE	Corso Matteotti, 13	S.VITTORIA	Protezione Civile
20	Vivere è vivere insieme	Contrada San Cristoforo, 26	AMANDOLA	Alcolismo, tossicodipendenza, educazione e formazione
21	V.R.S. Volontari Radio Soccorso	Largo Leopardi, 4	AMANDOLA	Protezione civile

Innanzitutto la distribuzione territoriale copre tutti i comuni dell'ATS XXIV; ogni comune infatti ha il proprio gruppo di volontari di protezione civile. Le associazioni di volontariato indicate nella tabella in alto, sono iscritte al registro regionale, condizione indispensabile per accedere ai finanziamenti che fanno riferimento alla L.R. 48/95.

Amandola è il comune dove si riscontra la maggior presenza di associazioni di volontariato (8), seguito da Comunanza (3) e Santa Vittoria in Mat.no (2).

Interessante è il panorama delle associazioni musicali, culturali, teatrali e ricreative; l'associazionismo, nella pluralità delle sue forme, è fondamentale espressione di libertà, di capacità di promuovere la propria cultura, di capacità organizzative, di impegno sociale e civile dei cittadini e delle famiglie, nonché di convivenza solidale, di mutualità e di partecipazione alla vita della comunità locale e regionale. Questo tipo di associazioni sono presenti in gran numero nel territorio e sono molto radicate nel tessuto sociale di ogni singolo comune. Di seguito si propone un elenco, tenendo presente però che questo tipo di attività non è sempre stabile e per questo anche difficilmente censibile.

	NOME	Città	Attività
1	ARCHEO CLUB COMUNANZA	COMUNANZA	salvaguardia beni culturali e ambientali, gestione biblioteca civica
2	ASSOCIAZIONE "AMICI DEL PRESEPE"	FORCE	Preparazione presepe
3	ASSOCIAZIONE "MONTECCHIO IN FESTA"	FORCE	Festa della Trebbiatura
4	ASSOCIAZIONE AUDITORIUM FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI ASCOLI PICENO	AMANDOLA	
5	ASSOCIAZIONE "CARABINIERI IN CONGEDO"	FORCE	Organizzazione gite con l'associazione
6	ASSOCIAZIONE CIRCOLO TRE COLLI	AMANDOLA	
7	ASSOCIAZIONE CORALE "LA GINESTRA"	AMANDOLA	Attività concertistica ed organizzazione rassegna musicale
8	ASSOCIAZIONE CORALE "BEATA ASSUNTA"	FORCE	Coro
9	ASSOCIAZIONE CULTURALE "IL CANOVACCIO"	AMANDOLA	scuola ricamo ed attività manuali

10	ASSOCIAZIONE CULTURALE "IL MURELLO"	MONTELPARO	teatro dialettale
11	ASSOCIAZIONE CULTURALE "LA CERQUA SACRA"	MONTEFORTINO	ricerche sulle radici etniche e linguistiche della popolazione, sull'origine delle leggende e delle tradizioni popolari, sulla collocazione storica dei luoghi
12	ASSOCIAZIONE CULTURALE "LA GRAMIGNA"	AMANDOLA	Circolo anziani
13	ASSOCIAZIONE CULTURALE "LI CASARI ONLUS" Centro di Educazione Ambientale	SMERILLO	gestione centro educazione ambientale, centro museale di smerilo, visite guidate
14	ASSOCIAZIONE CULTURALE "LO SMERIGLIO"	SMERILLO	Organizzazione eventi, promozione turistica, organizzazione mostre
15	ASSOCIAZIONE EX COMBATTENTI, REDUCI COMBATTENTI	MONTELPARO	
16	ASSOCIAZIONE "IL CASTAGNO" -	SMERILLO	
17	ASSOCIAZIONE "IL MANDORLO D'ARGENTO"	AMANDOLA	
18	ASSOCIAZIONE "IL SOLE"	COMUNANZA	lavoro nelle scuole, mercati, volontariato
19	ASSOCIAZIONE "LIONS CLUB"	AMANDOLA	
20	ASSOCIAZIONE MUSICALE "LA FENICE"	AMANDOLA	
21	ASSOCIAZIONE Musicale P.A.R.C.A.	COMUNANZA	
22	ASSOCIAZIONE PRO CASTEL LEONE	AMANDOLA	recupero e restauro beni culturali del centro storico
23	ASSOCIAZIONE TEATRALE "GLI INDIMENTICABILI"	AMANDOLA	Teatro
24	ASSOCIAZIONE TURISTICA "CUORE DEI SIBILLINI"	MONTEMONACO	
25	CENTRO CULTURALE "DINOS"	AMANDOLA	centro culturale, gestione biblioteca, organizzazione convegni
26	CENTRO STUDI "FORTUNATO DURANTI"	MONTEFORTINO	Pubblicazioni, mostre, visite guidate ai beni culturali e al territorio; rievocazioni. Per i giovani: miniguide e laboratori
27	CIRCOLO CITTADINO	COMUNANZA	
28	COMITATO FESTEGGIAMENTI CERRETANA	MONTEFORTINO	
29	COMITATO FESTEGGIAMENTI "MONTEMORO"	FORCE	
30	COMITATO FESTEGGIAMENTI ROTELLA	ROTELLA	
31	COMITATO FESTEGGIAMENTI SAN RUFFINO	AMANDOLA	
32	COMITATO FESTEGGIAMENTI SANTA LUCIA	ROTELLA	

33	COMITATO PARROCCHIALE S.MARIA DELLA META	AMANDOLA	
34	COMITATO S.ANTONIO	MONTELPARO	
35	COMUNELLA	COMUNANZA	Banda musicale
36	CORALE SANTA CECILIA	MONTEMONACO	Coro
37	GRUPPO TEATRALE AMANDOLESE "OS ARIDUM"	AMANDOLA	Teatro comico-brillante
38	GRUPPO TEATRALE PER ANNA	MONTEMONACO	Teatro comico dialettale
39	MOTO CLUB "AQUILE DEI SIBILLINI"	AMANDOLA	
40	PRO LOCO AMANDOLA	AMANDOLA	
41	PRO LOCO COMUNANZA	COMUNANZA	
42	PRO LOCO DI FORCE	FORCE	
43	PRO LOCO DI MONTEFALCONE	MONTEFALCONE	
44	PRO LOCO MONTEFORTINO	MONTEFORTINO	
45	PRO LOCO MONTELPARO	MONTELPARO	
46	PRO LOCO MONTEMONACO	MONTEMONACO	
47	PRO LOCO ROTELLA	ROTELLA	
48	PRO LOCO SMERILLO	SMERILLO	
49	SOCIETA' ARCIERI DI MUTUO SOCCORSO	AMANDOLA	
50	SOCIETA' OPERAIA	AMANDOLA	
51	SOCIETA' OPERAIA	COMUNANZA	
52	VICTOR 80	COMUNANZA	

Tabelle e grafici riferiti agli attori sociali del territorio

Tabella 1

Cooperative Sociali			
	Tipo "A"	Tipo "B"	Totale
Amandola	1	1	2
Comunanza	2	0	2
Montelparo	2	0	2
Montefortino	0	1	1
Totale	5	2	7

2.5 Entità e composizione della spesa sociale⁴

Nelle Marche la spesa sociale netta ammonta circa a 151 milioni di euro, il 2,5% della spesa complessiva italiana. L'ATS XXIV ha speso per il sociale nell'anno 2006 solo 0,6 milioni di euro, ovvero lo 0,4% rispetto alla Regione, con un'incidenza della spesa sociale sulla spesa complessiva dei Comuni dell'Ambito di 4,8%, un valore molto al di sotto rispetto agli altri ambiti (grafico 1).

⁴ Tutti i dati presentati in questa sezione sono stati estratti dal materiale inviato dall'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali e dal sito www.statistica.regione.marche.it e fanno riferimento all'anno 2006.

La spesa sociale (netta) media per ciascun abitante è inferiore a quella regionale, 41,8 euro contro 98,2 euro della regione; si deve sottolineare, anche in questo caso, che tale cifra è la più bassa rispetto al resto degli altri ambiti (grafico 2).

Se si analizzano le singole aree d'utenza, si nota un'elevata spesa sociale (netta) pro-capite nell'area disabili, rispetto alle altre (grafico 3). Come mostra il grafico 4, gli enti (in forma singola o associata) spendono per i servizi dedicati a famiglia e minori il 37,5% del loro budget economico, mentre lo 0,8% per le dipendenze.

Si passa ora a scomporre la spesa lorda in spesa netta a carico degli enti e spesa a carico degli utenti; per quanto riguarda l'ATS XXIV dai dati in possesso risulta che gli utenti partecipano alla spesa per i servizi sociali solo per il 6% circa (grafico 5), mentre il restante 94% rimane a carico dell'Ente⁵. La situazione regionale è molto diversificata, facendo un raffronto con gli altri ambiti marchigiani, infatti, si nota come si passi da una compartecipazione degli utenti del 46% nell'ATS III a scalare fino al 5,6% dell'ATS XXIV (grafico 6).

Interessante è anche vedere la titolarità della spesa sociale per aree d'utenza; dalla tabella 1, si nota come nell'ATS XXIV la compartecipazione da parte dell'utenza si ha nel caso di interventi e servizi rivolti a famiglie e minori, disabili ed anziani; mentre per le altre aree la spesa è a totale carico dell'Ente.

Il grafico 7 riassume la situazione a livello regionale e del solo ATS XXIV per quanto riguarda la spesa sociale netta per aree organizzative; in particolare si può notare che mentre i trasferimenti in denaro si attestano poco al di sotto della media regionale, la percentuale di spesa destinata alle strutture è circa 1/3 di quella marchigiana. Ancora più visibile è la differenza tra interventi e servizi, 44,4% nella Marche contro il 73,8% dell'ATS XXIV. La maggior parte, quindi, della spesa dell'Ente, si indirizza verso l'attuazione di interventi e servizi sociali; in particolare tra questi assorbono la maggior parte della spesa gli interventi educativo-assistenziali e di inserimento lavorativo (23,2%) e l'organizzazione generale e le azioni di sistema (21,6%).

Da quanto detto precedentemente, la spesa sociale netta in tutte le aree d'utenza si concentra soprattutto negli interventi e servizi sociali; il grafico 8 evidenzia come si distribuiscono le aree organizzative rispetto alle varie tipologie di utenza. Da notare come per l'utenza indifferenziata e le dipendenze, la spesa sociale si concentri esclusivamente sull'erogazione di interventi; mentre, ad esempio, i trasferimenti in denaro sono preponderanti per i disabili. La tabella 2 mostra più nel dettaglio la situazione dell'ATS XXIV.

La spesa complessiva viene gestita completamente dai comuni nel caso si tratti di utenza indifferenziata, disagio adulti e dipendenze; mentre per le altre aree: anziani, disabili, famiglia e minori, la spesa viene amministrata sia in forma singola che associata, in particolare per quanto riguarda famiglia e minori.

⁵ Nei dati a disposizione la compartecipazione del SSR per l'ATS XXIV è pari a 0.

Tabelle e grafici riferiti all'entità della spesa sociale

Grafico 1

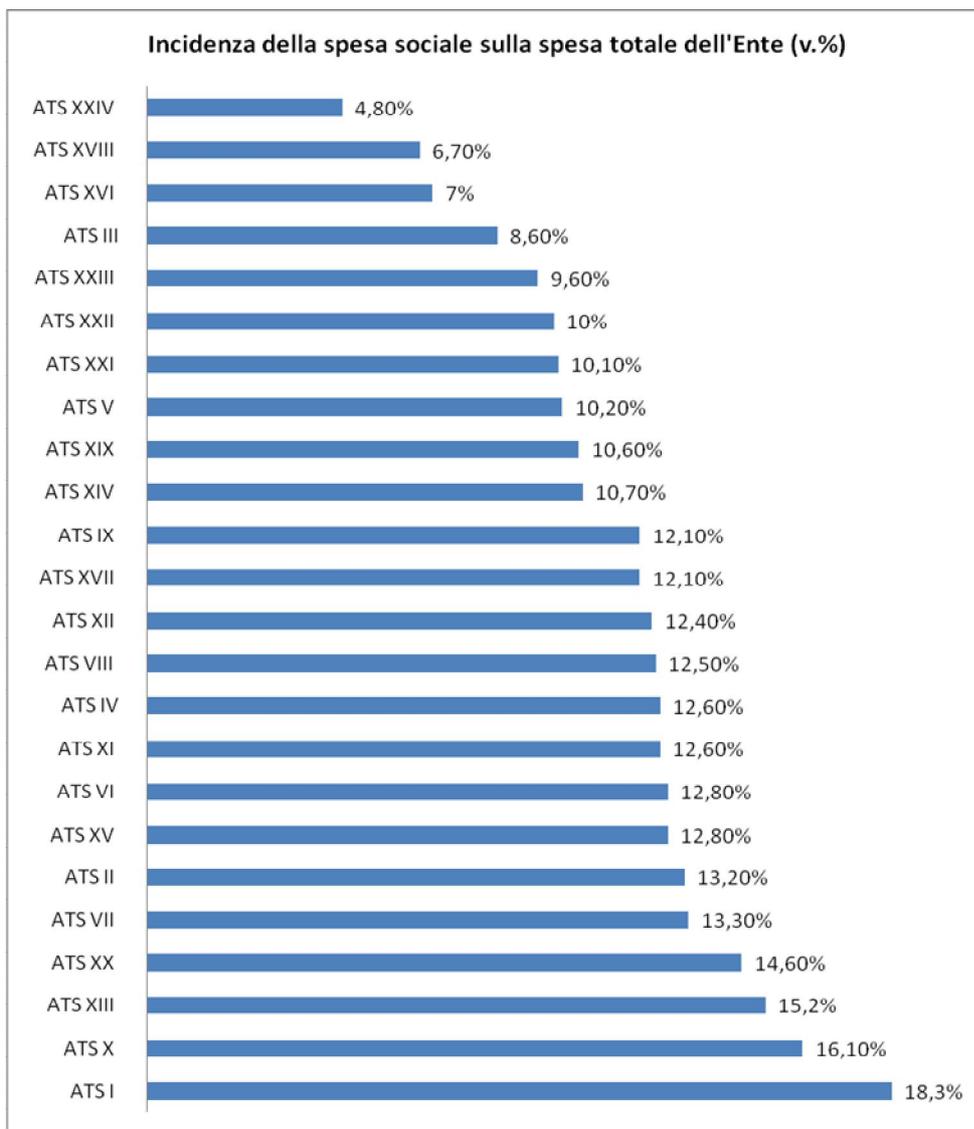


Grafico 2

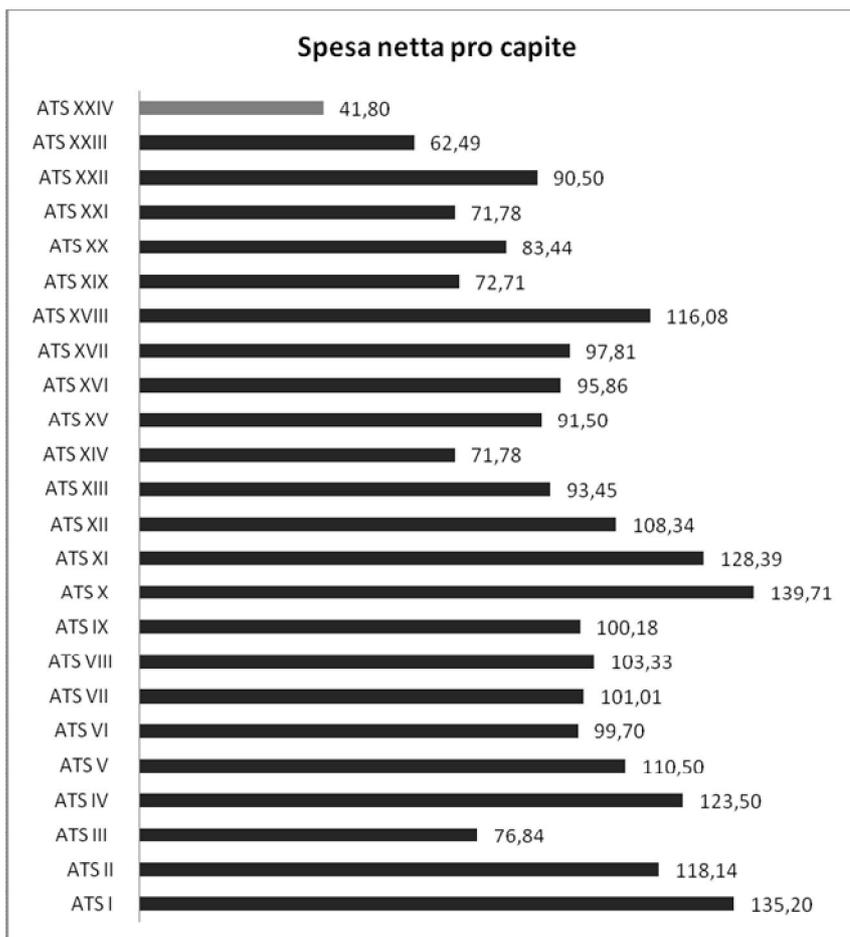


Grafico 3

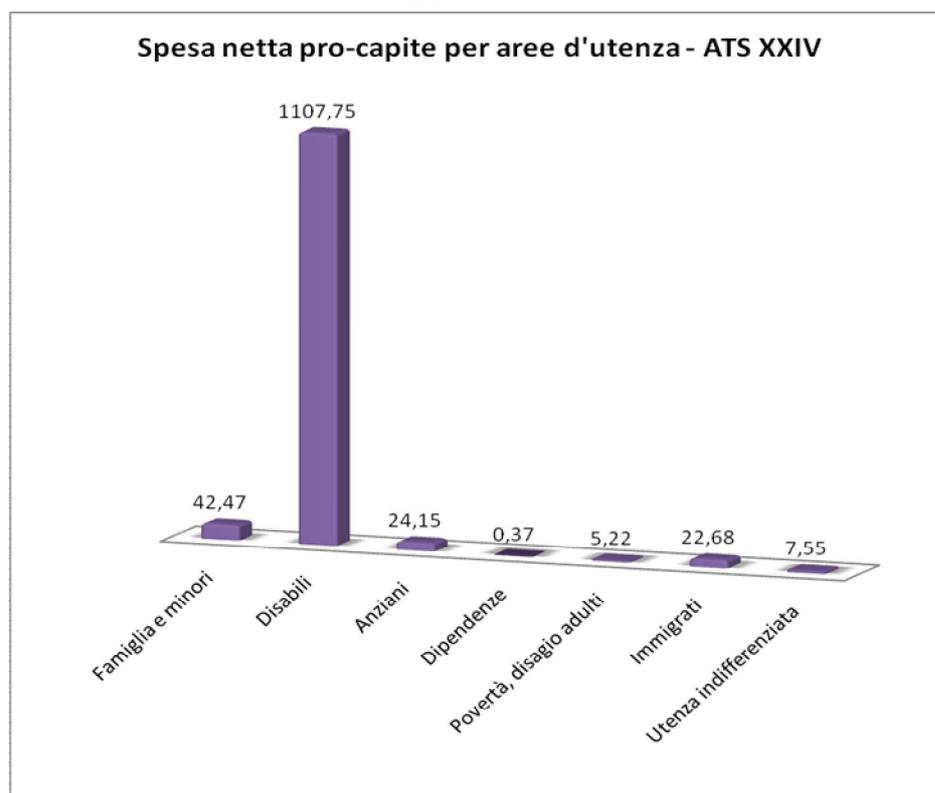


Grafico 4

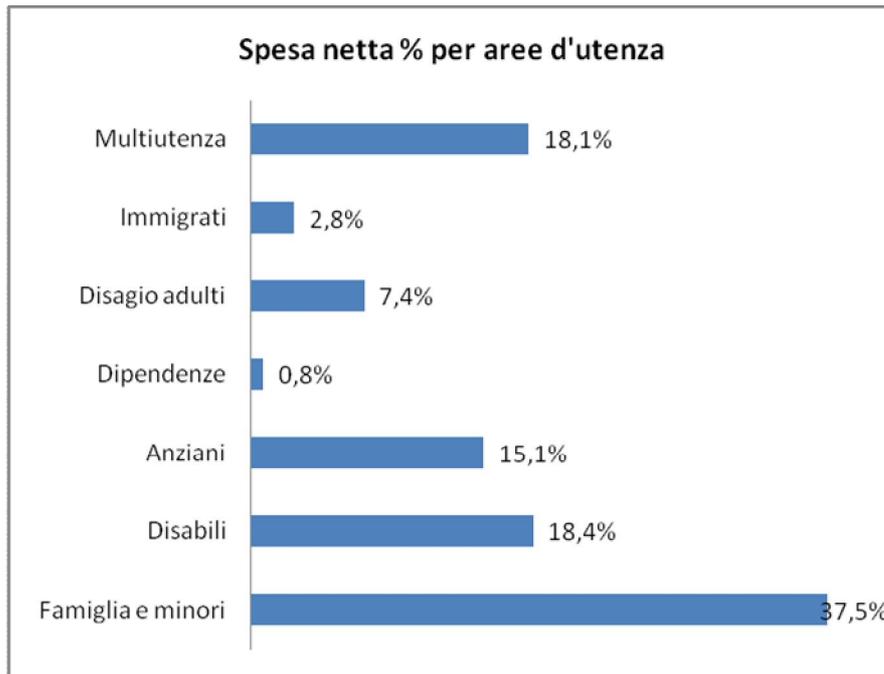


Grafico 5

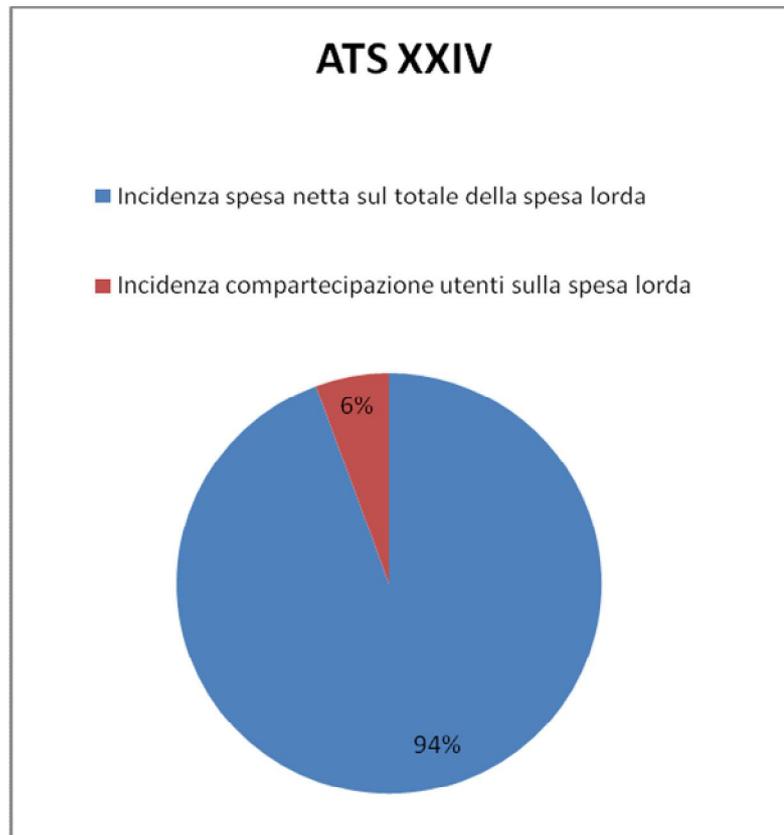


Grafico 6

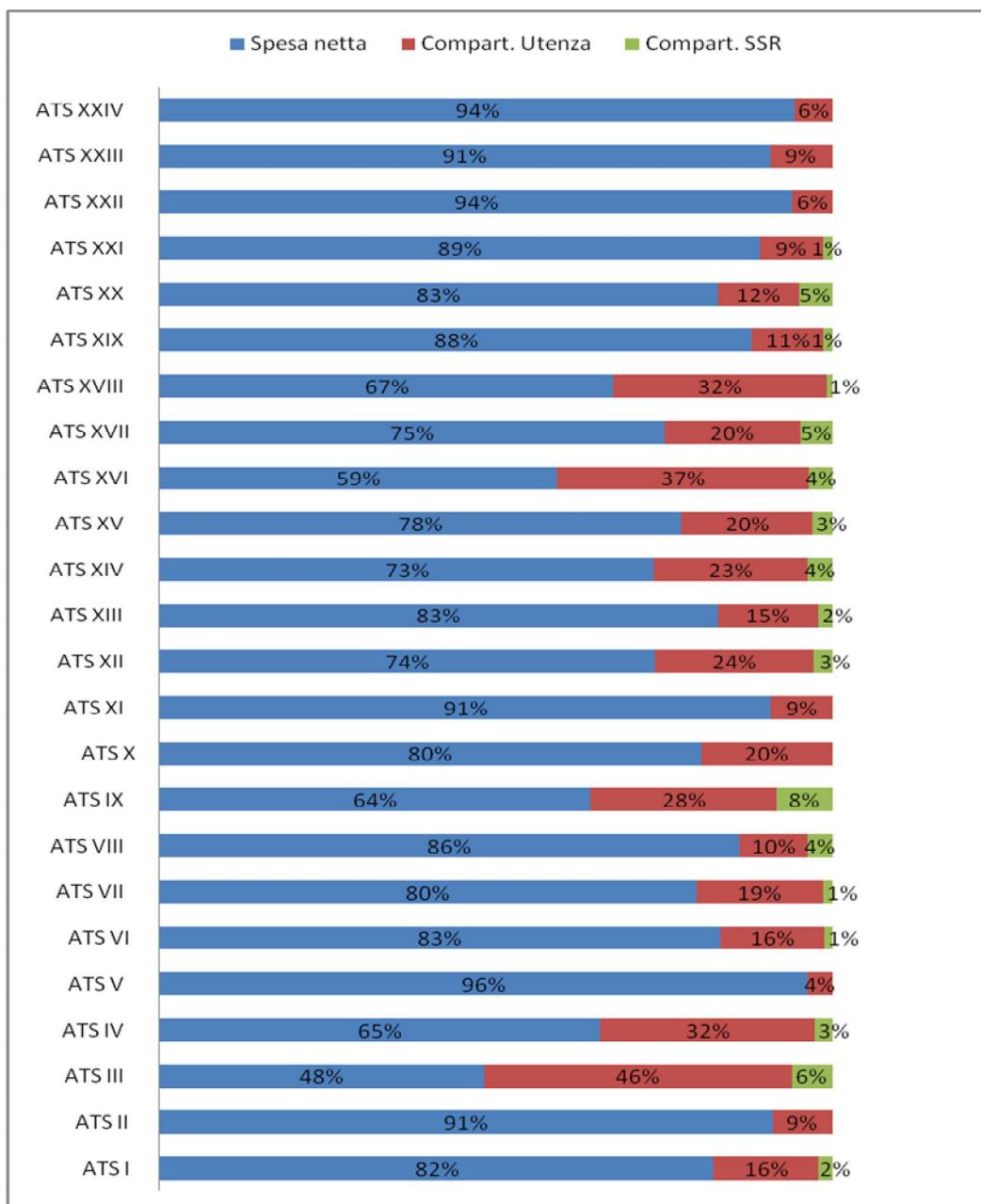


Tabella 1

Incidenza % della spesa netta e delle compartecipazioni sul totale della spesa lorda per area di utenza		Titolare della spesa			
		Spesa netta	Compart. Utenza	Compart. SSR	Spesa lorda
ATS XXIV	Famiglia e minori	93,9%	6,1%	0,0%	100,0%
	Disabili	94,8%	5,2%	0,0%	100,0%
	Anziani	86,0%	14,0%	0,0%	100,0%
	Dipendenze	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Disagio adulti	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Immigrati	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Multiutenza	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	TOTALE	94,4%	5,6%	0,0%	100,0%

Fonte: Elaborazioni SIS Regione Marche su dati ISTAT

Grafico7



Grafico 8

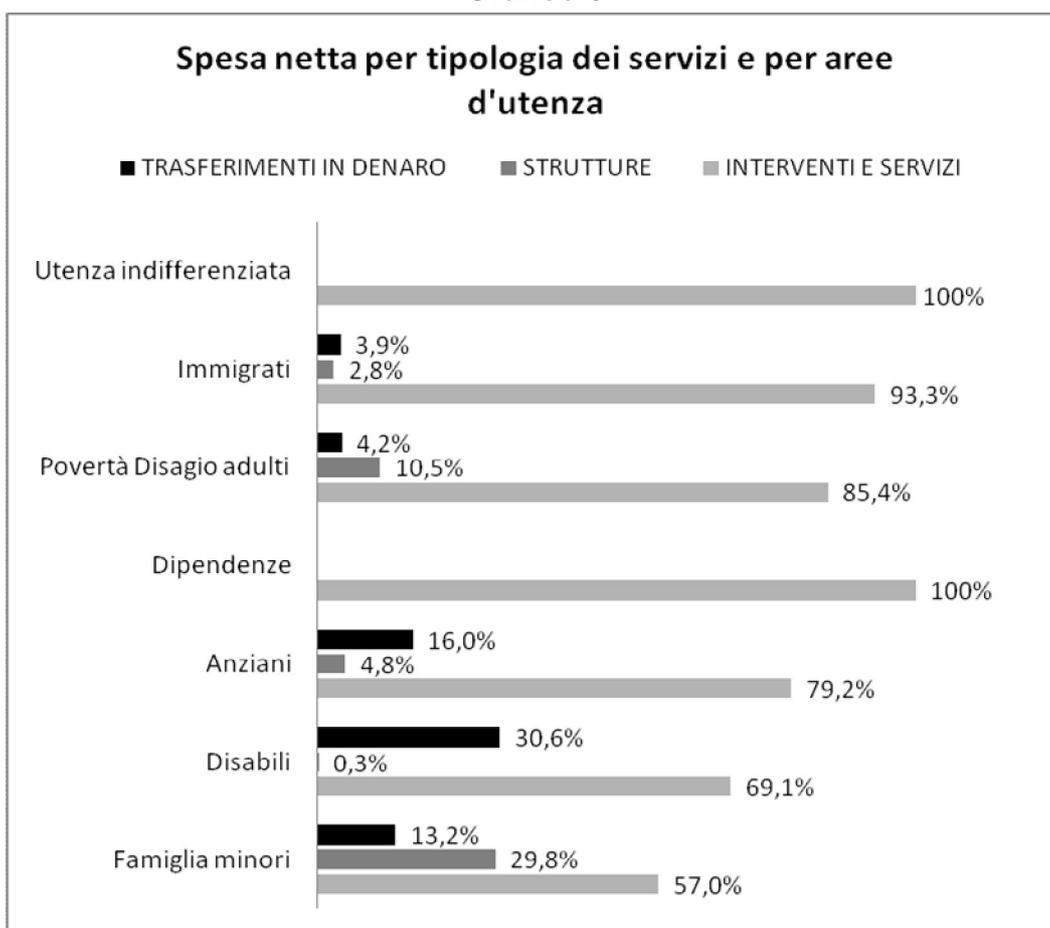


Tabella 2

	ATS XXIV		REGIONE MARCHE	
	Valore di spesa (€)	Valore di spesa (%)	Valore di spesa (€)	Valore di spesa (%)
TOTALE SPESA SOCIALE NETTA	645.907	100%	150.485.360	100,00%
INTERVENTI	476.621	73,8%	66.789.999	44,4%
Organizzazione generale e Azioni di sistema	102.925	15,9%	14.970.354	9,9%
Informazione, orientamento, sensibilizzazione, prevenzione	13.822	2,1%	5.427.956	3,6%
Servizio Sociale Professionale	44.952	7,0%	4.161.192	2,8%
Sostegno ai minori, alla persona e alla famiglia	20.622	3,2%	1.566.540	1,0%
Integrazione sociale	75.268	11,7%	6.296.375	4,2%
Interventi educativo-assistenziali e di inserimento lavorativo	110.515	17,1%	18.602.939	12,4%
Interventi per favorire la domiciliarità	75.581	11,7%	10.800.399	7,2%
Interventi di supporto e Pronto intervento sociale	32.936	5,1%	4.964.244	3,3%
STRUTTURE	82.803	12,8%	56.026.995	37,2%
Strutture semiresidenziali socio-ricreative	34.381	5,3%	5.017.582	3,3%
Strutture semiresidenziali educativo-assistenziali	46.107	7,1%	39.436.277	26,2%
Nidi e Centri per l'infanzia	33.533	5,2%	25.626.968	17,0%
Centri Diurni	-	0,0%	10.731.645	7,1%
Altro centro educativo-assistenziale	12.574	1,9%	3.077.664	2,0%
Strutture residenziali	2.315	0,4%	11.573.136	7,7%
TRASFERIMENTI IN DENARO	86.483	13,4%	27.668.366	18,4%
Trasferimenti per il pagamento di rette	29.980	4,6%	15.271.762	10,1%
Retta per nido o centro per l'infanzia	-	0,0%	1.283.447	0,9%
Retta per centro diurni	-	0,0%	1.849.315	1,2%
Retta per servizi residenziali	29.980	4,6%	12.139.000	8,1%
Trasferimenti per attivazione di servizi	23.633	3,7%	6.976.386	4,6%
per affido familiare di minori	2.555	0,4%	1.027.883	0,7%
per l'integrazione lavorativa	5.000	0,8%	1.189.961	0,8%
per altro	16.078	2,5%	4.758.542	3,2%
Integrazioni al reddito	32.870	5,1%	5.420.218	3,6%

3. LE AZIONI DI SISTEMA

3.1 Assetto Istituzionale:

3.1.1 Il ruolo istituzionale dell'ATS

L'Ambito Territoriale Sociale è il livello locale delle politiche sociali, istituito con la D.G.R. n. 337 SE/SSO del 13/02/2001, poi modificata dalla D.G.R. n. 592 SE/SSO del 19/03/2002, per avviare nuove forme di progettazione, organizzazione e gestione dei servizi sociali.

Gli obiettivi degli Ambiti Territoriali Sociali in vista di un sistema integrato di servizi sono:

- dotare il territorio di una rete di servizi essenziali che garantiscano parità di accesso ai cittadini;
- creare le condizioni per l'integrazione dei servizi, curando il rapporto tra sanitario e sociale e guardando al più ampio sistema di Welfare;
- favorire l'attuazione degli indirizzi della programmazione nazionale e regionale;
- favorire l'esercizio associato delle funzioni sociali dei Comuni e una gestione unitaria della rete dei servizi.

L'Ambito, quindi, ha un ruolo fondamentale che è quello di fungere da raccordo tra Regione e Comuni e di rappresentare il livello più vicino ai cittadini dove vengono attuati e verificati gli indirizzi di programmazione della Regione sul territorio.

Nella Regione Marche sono stati istituiti, 24 Ambiti Territoriali Sociali, corrispondenti ai Distretti Sanitari.

Il territorio dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV comprende 11 Comuni e coincide con la Comunità Montana dei Sibillini: Amandola, Comunanza, Force, Montedinove, Montefalcone Appennino, Montefortino, Montelparo, Montemonaco, Rotella, Santa Vittoria in Matenano, Smerillo. La Comunità Montana dei Sibillini è l'ente capofila dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV.

I Sindaci dei comuni suddetti costituiscono il Comitato dei Sindaci, organismo politico di indirizzo dell'ATS XXIV.

COMUNE	SINDACO
AMANDOLA	Saccuti Giulio
COMUNANZA	Annibali Domenico
FORCE	Curti Augusto
MONTEGINOVE	Del Duca Antonio
MONTEFALCONE APP.	Rossi Adamo
MONTEFORTINO	Ciaffaroni Domenico
MONTELPARO	Screpanti Marino
MONTEMONACO	Corbelli Onorato
ROTELLA	Gentili Domenico
S.VITTORIA	Pettinelli Carlo Maria
SMERILLO	Ricci Egidio

L'ATS XXIV è gestito da uno staff tecnico, guidato dal Coordinatore d'Ambito.

Tra le competenze del Comitato dei Sindaci rientrano principalmente:

- approvazione del Piano triennale d'Ambito e dei Piani attuativi annuali;
- elaborazione e approvazione di progetti specifici;
- distribuzioni sul territorio dei contributi economici;
- gestione associata dei servizi;
- istituzione di nuovi servizi sul territorio;

Alle riunioni del Comitato dei Sindaci, possono partecipare, a vario titolo, tutti i soggetti pubblici e privati coinvolti negli argomenti trattati all'ordine del giorno (Sindacati, associazioni, dirigenti scolastici, soggetti privati, ecc.).

Per quanto riguarda le modalità di raccordo del Comitato dei Sindaci con il livello Regionale, il Coordinatore d'Ambito ne rappresenta il collegamento, tenendo i rapporti con i vari servizi regionali e partecipando alle riunioni sulle varie aree tematiche di interesse sociale indette dalla Regione stessa anche con tutti i coordinatori d'Ambito.

Con l'istituzione della nuova Provincia di Fermo, l'assetto territoriale e politico è cambiato notevolmente. Il territorio dell'ATS XXIV, infatti, risulta diviso tra due Province, 6 Comuni ricadono nella Provincia di Fermo (Amandola, Montefalcone App.no, Montefortino, Montelparo, Santa Vittoria in Mat.no e Smerillo) e i restanti 5 in quella di Ascoli Piceno (Comunanza, Force, Montedinove, Montemonaco e Rotella); questa situazione, rende necessaria una collaborazione sempre più stretta e sinergica con tutti gli interlocutori interessati: Province, ATS XIX, ATS XX, ASUR.

Pertanto, nel corso di questo ultimo anno, sono stati diversi i progetti che hanno interessato e coinvolto l'ATS XXIV nelle iniziative messe in atto dalla Provincia di Fermo, che ha stimolato, attraverso momenti concertativi e di raccordo, attraverso scambi di informazioni, la partecipazione dei tre Ambiti ai progetti suddetti.

In particolare, l'ATS XXIV ha collaborato in qualità di partner al progetto dell'UPI "Azione Province Giovani", che ha come obiettivo principale quello di sviluppare un senso di appartenenza al territorio della Provincia di Fermo nel rispetto e nella preservazione del bene comune; ha inoltre partecipato al Bando del Ministero dell'interno per i finanziamenti relativi al Fondo Europeo per l'integrazione di cittadini di paesi terzi.

L'ATS XXIV, inoltre, è stato coinvolto nel progetto "Sono io che scelgo per me", relativo all'orientamento scolastico e professionale ed infine ha partecipato al progetto relativo alla lotta contro la povertà estrema e l'esclusione sociale, entrambi in collaborazione con l'ATS XIX.

Pertanto, è intenzione di questo Ambito continuare ad essere partecipe nel territorio con iniziative integrate di ampio respiro che coinvolgano anche gli altri Ambiti delle due Province, con l'obiettivo principale di non disperdere le risorse economiche.

In ottemperanza a quanto stabilito dal Piano Sociale Regionale 2008-2010, nel corso del triennio si cercherà di rafforzare il ruolo e le funzioni del coordinatore d'Ambito, non solo per quanto riguarda le attività di programmazione, ma anche per la gestione degli atti, quindi funzioni gestionali amministrative e di bilancio, oltre a quelle di coordinamento e facilitazione dei processi, previste dalle Linee Guida Regionali del 2001.

Il Coordinatore d'Ambito ha, quindi, oltre la direzione e il coordinamento dell'ufficio di staff, istituito presso la Comunità Montana dei Sibillini, la responsabilità di curare il procedimento amministrativo, sotto l'aspetto della predisposizione materiale di tutti gli atti

necessari a dare esecuzione agli indirizzi assunti dal Comitato dei Sindaci, attraverso l'Ente capofila che adotta gli atti amministrativi di gestione.

Inoltre il Coordinatore partecipa a tutte le riunioni del Comitato dei Sindaci come consulente tecnico per la progettazione e la gestione delle risorse economiche.

3.1.2 Gli strumenti di programmazione dell'ATS

Gli strumenti di programmazione dell'ATS XXIV sono il Piano Triennale d'Ambito e il Piano attuativo annuale; sono predisposti secondo lo schema previsto dalle linee guida regionali in modo da facilitarne sia una lettura omogenea per tutto il territorio regionale, sia una valutazione comparata.

Il Piano triennale, dopo aver fornito una dettagliata analisi del territorio, esplicita gli obiettivi, i bisogni e le priorità dell'ATS XXIV nell'arco dei 3 anni. È costruito in maniera tale da fornire indicazioni e linee d'indirizzo per quanto riguarda il lavoro da compiere e le strategie da mettere in campo per rispondere ai bisogni specifici dei cittadini.

Il Piano attuativo annuale ha, invece, carattere operativo e sviluppa concretamente le indicazioni contenute nel Piano triennale.

Per la costruzione del Piano Triennale, si è partiti da un'attenta analisi del territorio, nel corso della quale sono emersi alcuni bisogni e criticità; oltre alle indicazioni derivanti dalla "lettura" del territorio, sono stati indispensabili le indicazioni del Comitato dei Sindaci e quelle degli operatori sociali e sanitari che svolgono la loro attività nel territorio dell'ATS XXIV e che ne conoscono, quindi, più approfonditamente le necessità e i bisogni.

Successivamente sono stati definiti gli obiettivi da raggiungere nell'arco del triennio e predisposto un piano di lavoro per singole aree.

Infine si è provveduto a condividere quanto emerso con il Comitato dei Sindaci che ha provveduto all'approvazione del Piano medesimo.

3.1.3 La gestione associata dei servizi

La gestione associata dei servizi sociali ha come obiettivo primario quello di garantire nei Comuni membri la distribuzione nel territorio dei servizi e degli interventi sociali, in maniera uniforme, rispondendo altresì ai bisogni di economicità e di efficienza.

L'ATS XXIV, coincide con i Comuni della Comunità Montana dei Sibillini; già quest'ultima, negli anni, ha svolto servizi per tutti i comuni del territorio in forma associata, come ad esempio la raccolta dei rifiuti con tutte le attività connesse, il protocollo informatico, oltre a diversi servizi sociali: attività di animazione e trasporto presso il Centro sperimentale socio-assistenziale e di inserimento sociale per soggetti portatori d'handicap con sede a Comunanza, realizzazione del progetto "Intervento di prevenzione e recupero del disagio giovanile e delle tossicodipendenze" (D.P.R. 309/90), servizio di animazione e trasporto presso il Centro di Recupero per soggetti portatori d'handicap con sede a Comunanza, integrazione lavorativa e servizio trasporto per portatori d'handicap, campi di animazione naturalistica per bambini dai 6 ai 12 anni e soggiorni marini per anziani.

Quando, nel 2008 la Comunità Montana ha assunto il ruolo di Ente Capofila dell'ATS XXIV, ai servizi che già svolgeva per conto dei Comuni, si sono aggiunte altre funzioni sociali fondamentali.

In realtà costituite da piccoli Comuni, che spesso hanno problemi di natura economica ed organizzativa per carenza di risorse umane, la gestione associata è necessaria sia per garantire la presenza dei servizi stessi, sia per perseguire un risparmio economico.

Gli 11 Comuni dell'ATS XXIV non hanno nel proprio organico un'assistente sociale professionale, pertanto le due assistenti sociali dell'ATS XXIV svolgono, per conto dei Comuni, in tutto il territorio, tale ruolo.

Inoltre, in quanto operatrici dell'UPS (Ufficio di Promozione Sociale) forniscono risposte immediate ed efficaci ai cittadini realizzando attività di informazione, consulenza e disbrigo pratiche amministrative; infatti tra le finalità dell'UPS vi è proprio il compito di informare ed orientare i cittadini nella rete dei servizi e delle prestazioni pubbliche e private, presenti sul territorio.

Fanno inoltre parte dell'equipe locale integrata socio-sanitaria, nella quale si occupano, in collaborazione con il consultorio familiare Asur Z.T. 13 (Accordo di programma con Asur Z.T. 13 per l'istituzione dell'equipe locale integrata socio-sanitaria), di adozioni internazionali, di affidamento familiare, di situazioni familiari multiproblematiche, di minori inseriti in strutture residenziali e di promozione, concertazione e partecipazione agli incontri formativi.

L'ATS XXIV svolge altresì in forma associata tutti i servizi inerenti la L.R. 18/96, quali:

- l'integrazione scolastica, l'assistenza educativa e l'assistenza domiciliare domestica: i Comuni del territorio hanno delegato l'ATS XXIV a gestire i servizi suddetti, che a tal fine si avvale di una cooperativa che fornisce operatori qualificati;
- borse lavoro socio-assistenziali: tale servizio è gestito da anni dalla Comunità Montana dei Sibillini per conto dei Comuni;
- trasporto di soggetti portatori d'handicap presso il centro diurno;
- sostegno alle famiglie che effettuano il trasporto di propri familiari per visite specialistiche fuori Comune o fuori Regione, le quali hanno diritto ad un contributo per il costo del carburante e dell'accompagnatore, qualora necessario. L'ATS XXIV ha la funzione di raccogliere tutta la documentazione dalle famiglie che fanno richiesta del contributo, controllare eventuali inesattezze ed inviare i relativi dati in Regione;
- assistenza domiciliare per anziani non autosufficienti: è prevista l'adozione di un regolamento d'Ambito per la realizzazione dell'assistenza domiciliare. Tale regolamento stabilisce criteri e modalità di svolgimento del servizio e di compartecipazione della spesa in maniera omogenea in tutto il territorio dell'ATS XXIV.

Inoltre tutta l'attività di programmazione, gestione e realizzazione di progetti e iniziative finanziati con leggi di settore nazionali, regionali o altro, viene svolta in forma associata dall'ATS XXIV:

1. Gestione servizi funzionamento Ufficio di Promozione Sociale e attività di Staff dell'ATS XXIV;
2. D.G.R. 985 del 15/06/2009 – Fondo Unico Nazionale per la non autosufficienza;
3. Servizi di Sollievo in favore di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie;

4. Interventi a favore delle famiglie numerose;
5. L.R. 46/95 - Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti;
6. Progetti finanziati dalla fondazione Carisap;
7. Mediazione culturale nelle scuole;
8. L.R. 9/03 - Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie;
9. L.R. 20/02 - Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- 10.L.R. 48/95 – Disciplina del volontariato;
- 11.L.R. 31/08 - Interventi per la valorizzazione della funzione sociale ed educativa svolta dagli oratori e dagli enti religiosi che svolgono attività similari;
- 12.Politiche di contrasto alla povertà estrema e all'esclusione sociale (progetto interambito);
- 13.L.R. 13/09 - Disposizioni a sostegno dei diritti e dell'integrazione dei cittadini stranieri immigrati;
- 14.L. 64/01 - Istituzione del servizio civile nazionale e successive modificazioni ed integrazioni – accreditamento all'Albo regionale per il Servizio Civile.

L'attivazione dei servizi in forma associata ha consentito un'omogeneità nella gestione degli interventi e nelle diverse modalità organizzative, oltre ad ottimizzare le risorse umane e finanziarie.

3.2 Assetto operativo:

3.2.1 Regolamenti e carte dei servizi

Come precedentemente detto, è in corso di stesura il regolamento d'Ambito per il servizio di assistenza domiciliare a persone anziane non autosufficienti che risiedono nel territorio dell'ATS XXIV. Tale regolamento, per la cui redazione si dovrà seguire un percorso concertato con Sindacati e Comuni, disciplinerà le modalità di erogazione delle prestazioni, le procedure di ammissione ai benefici, la compartecipazione dell'utenza e così congeniato renderà omogeneo il servizio in tutto il territorio dell'ATS XXIV.

Il percorso per la creazione seguirà il seguente iter:

1. Predisposizione da parte dell'ufficio di staff dell'ATS XXIV dello schema di regolamento;
2. Momento concertativo e consultivo con Comuni, ASUR ZT 13 e Sindacati;
3. Regolamento definitivo;
4. Sottoscrizione del regolamento da parte di tutti gli attori coinvolti.

3.2.2 Isee e criteri di compartecipazione

Per determinare il concorso degli utenti ai costi dei servizi e/o delle prestazioni si utilizza una valutazione della situazione economica dell'utente, effettuata con lo strumento dell'ISEE (indicatore situazione economica equivalente).

Tale criterio è utilizzato per determinare l'entità della compartecipazione dell'utente e garantisce pari opportunità ed equità di accesso alle prestazioni ed ai servizi sociali e

socio-sanitari, con lo scopo di limitare la disomogeneità e favorire la fruizione dei servizi alla popolazione meno abbiente.

Lo strumento dell'ISEE, rappresentando un criterio selettivo per l'accesso alle prestazioni ed ai servizi, riserva esenzioni, parziali o totali, ed agevolazioni solo a soggetti o nuclei familiari che non superano una certa soglia di reddito ISEE.

La normativa obbliga i Comuni ad adottare un proprio regolamento per determinare le prestazioni soggette a selezione dei beneficiari, la soglia di esenzione ed eventuali compartecipazioni al costo.

Attualmente in maniera autonoma e discrezionale il criterio dell'ISEE viene utilizzato dai Comuni per prestazioni quali: assegno di maternità, fornitura gratuita o semigratuita dei libri di testo, erogazione borse di studio, asili nido e altri servizi educativi per l'infanzia, mense scolastiche, altre prestazioni economiche assistenziali, ecc.

L'obiettivo primario che intende porsi questo Ambito nel corso del triennio è quello di una costruzione di un ISEE d'Ambito, concertato e condiviso con i Comuni, i rappresentanti sindacali e delle associazioni di categoria, che sia in grado di garantire uniformità di accesso nel territorio, attraverso l'individuazione di una soglia di esenzione totale dalla compartecipazione ed i vari scaglioni reddituali per stabilire l'esenzione parziale o la non esenzione dalla compartecipazione ai vari servizi che verranno offerti.

L'ATS XXIV ha definito a livello uniforme la soglia massima per la concessione di contributi per le famiglie numerose (Euro 20.000); inoltre sarà oggetto di accordi e regolamenti la definizione della compartecipazione dell'utenza al servizio di assistenza domiciliare (SAD), come precisato al punto 3.2.1, mentre una soglia ISEE è stata stabilita dalla Regione Marche come criterio selettivo per la formulazione della graduatoria per l'erogazione degli assegni di cura ad anziani non autosufficienti.

3.2.3 Autorizzazione e accreditamento

Il sistema di autorizzazione ed accreditamento è regolamentato da due leggi regionali, la L.R. 20/02 per i servizi residenziali e semi-residenziali e la L.R. 9/03 per i servizi all'infanzia e all'adolescenza, nell'ottica di garantire la qualità delle prestazioni socio-assistenziali e socio-educative erogate.

La Regione Marche ha approvato la L.R. 20/2002 "Disciplina in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semi-residenziale" e il regolamento attuativo n. 1/2004 e successive modificazioni, in ottemperanza a quanto disposto dalla L. n. 328/2000, la quale prevedeva, all'art. 11, che "i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale" fossero autorizzati dai Comuni e che tale autorizzazione fosse rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dal successivo D.P.C.M. – Dipartimento della Solidarietà Sociale – del 21 Maggio 2001 con il quale veniva approvato il "Regolamento concernente i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semi-residenziale" e con legge regionale.

Questa legge, che ha dato l'avvio ad un ampio processo di riqualificazione del sistema residenziale e semi-residenziale, vede il coinvolgimento sostanziale degli Ambiti Territoriali Sociali; infatti è stata costituita nell'ATS XXIV, ai sensi dell'art. 4 comma 4 del regolamento 1/2004, una Commissione tecnico-consultiva presieduta dal Coordinatore

d'Ambito e composta da esperti in materia di edilizia, impiantistica, organizzazione e gestione di strutture sociali (designati dal Comitato dei Sindaci) e da un medico del Dipartimento di Prevenzione (designato dall'ASUR – Z.T. 13).

Attualmente nell'ATS XXIV hanno l'autorizzazione la Residenza Protetta per anziani "F. Antolini" (L.R. 20/2002) e l'Istituto per disabili "G. Mancinelli" (L.R. 20/2000), entrambi facenti capo all'Opera Pia Ente Servizi Sociali ed Assistenziali di Montelparo; inoltre, la residenza protetta è anche accreditata, mentre l'istituto ha un accreditamento provvisorio; infine è stata da poco autorizzata anche una Comunità Socio-Educativa Riabilitativa per disabili nel Comune di Force.

La L.R. 9/03 concernente "Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie" e il regolamento attuativo n. 13/2004, fissano i requisiti strutturali, organizzativi, di ricettività e quelli relativi al personale per i servizi anzidetti.

Nell'ATS XXIV i servizi autorizzati ai sensi della normativa suddetta sono il Centro per l'infanzia nel Comune di Amandola, l'Asilo Nido e il CABA nel Comune di Comunanza.

Il processo di autorizzazione deve essere costantemente monitorato per assicurarsi il mantenimento degli standard funzionali, organizzativi e strutturali previsti dalla normativa.

3.3 Rete socio-sanitaria:

3.3.1 Programmazione integrata ATS e Distretto

Due obiettivi fondamentali riportati nel Piano Sociale Regionale 2008/2010 e nel Piano Sanitario Regionale 2007/2009 sono il consolidamento e lo sviluppo del sistema integrato della rete dei servizi alla persona, atto a garantire una continuità assistenziale ai cittadini e a rispondere ai bisogni espressi dal territorio.

La Legge n. 328/00 considera prioritaria la necessità di una coerenza tra la programmazione sociale e quella sanitaria che sia in grado di assicurare complementarietà degli interventi e coordinamento delle attività degli enti con competenze sociali e sanitarie.

E' indubbio che l'azione integrata, oltre a favorire l'efficacia degli interventi in risposta ai bisogni della persona, consente di razionalizzare la spesa nella gestione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni.

Nel corso del triennio, la Regione Marche, attraverso il Piano Sociale, si è impegnata a predisporre un unico strumento di programmazione sociale e sanitaria a livello regionale; in questa fase la Regione esprime l'esigenza di "armonizzare" gli strumenti di programmazione Sociale e Sanitaria esistenti, nella logica di sviluppare servizi integrati che rispondano ai bisogni dei cittadini in maniera globale e complessiva.

Per quanto riguarda servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria (minori, anziani non autosufficienti e disabili) è previsto un raccordo molto stretto volto a rendere il più possibile agevole la collaborazione tra i due sistemi.

In particolare, l'ATS XXIV, per quanto riguarda i problemi legati alle famiglie e ai minori, attraverso l'accordo di programma con il consultorio familiare ASUR Z.T. 13, ha istituito l'equipe locale integrata socio-sanitaria, specificando gli obiettivi da raggiungere, le

competenze di ogni singolo soggetto e quelle integrate, le risorse messe a disposizione e le modalità di gestione integrata; l'equipe è formata da figure professionali fornite dall'ATS XXIV, due assistenti sociali e due psicologhe, e da figure professionali già presenti nel Consultorio familiare ASUR Z.T. 13, un'assistente sociale, una pedagoga e uno psicologo, responsabile dell'equipe stessa.

Per quanto riguarda gli anziani non autosufficienti, vista la necessità di considerare i disturbi, problemi e patologie correlati alla componente psicologica, sociale, familiare, relazionale e lavorativa, agli stili di vita e ai fattori ambientali, è fondamentale che nella presa in carico si tenga conto della globalità della persona e del proprio contesto di vita. Per questo motivo per l'erogazione degli assegni di cura è operante l'Unità Valutativa Integrata (UVI), formata da personale tecnico-professionale sociale e sanitario, che ha il compito di valutare il bisogno assistenziale socio-sanitario dell'anziano ed attivare la "presa in carico" della persona attraverso il Piano assistenziale individualizzato (PAI). Inoltre, come detto precedentemente, dovrà essere istituito un regolamento SAD per la gestione ed erogazione delle prestazioni e dei servizi domiciliari agli anziani, nel quale sarà prevista un intervento congiunto di operatori sociali e sanitari.

Per quanto riguarda i minori disabili ed in particolare i servizi di integrazione scolastica ed assistenza educativa, le assistenti sociali dell'Ambito già lavorano in sinergia con i servizi sanitari competenti facendo parte dell'Unità Valutativa Distrettuale (UVD); quello che si dovrà fare nel corso del triennio è costituire, anche per quest'area, un'Unità Valutativa Integrata, favorendo il passaggio dall'UVD all'UVI di cui si parlerà successivamente, anche attraverso la stipula di accordi di programma con gli Istituti scolastici comprensivi ed Asur.

Inoltre è attivo, per disabili adulti, il servizio borse lavoro socio-assistenziali, che attraverso un progetto personalizzato proposto dall'ASUR – Servizio UMEA in collaborazione con l'ATS XXIV e il Comune di residenza della persona stessa, persegue il fine di facilitare l'inserimento o reinserimento della persona disabile con capacità residuali nella società favorendo il recupero della propria autonomia.

Infine, per la gestione del Servizio di Sollievo a sostegno di persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie, è costante il rapporto tra ATS XXIV e Dipartimento di Salute Mentale dell'Asur Z.T. 13, sia per quanto riguarda la progettazione che la gestione ed il monitoraggio degli interventi.

3.3.2 Dall'UPS al PUA

L'UPS ha funzioni di promozione, informazione sui diritti, prestazioni e modalità di accesso, ascolto ed orientamento nei confronti dei cittadini, per quanto riguarda la rete dei servizi e delle prestazioni pubbliche e private presenti sul territorio.

L'UPS prevede uno Sportello Informativo e di Promozione Sociale.

Ha funzioni di accoglienza ed ascolto, è svolto da personale qualificato dei Comuni o dell'ATS; attualmente tutti i Comuni dell'Ambito ne sono sprovvisti e tale funzione è svolta dalle assistenti sociali dell'ATS XXIV, anche in forma itinerante.

Il compito principale è quello di fornire consulenza professionale ai singoli ed ai nuclei familiari in presenza di condizioni personali problematiche; inoltre, le assistenti sociali, svolgono un lavoro di raccordo, operando con le varie realtà attive sul territorio, in

particolare modo con la parte sanitaria, allo scopo di fornire risposte più adeguate e immediate ai bisogni della Comunità.

Riassumendo, le mansioni dell'UPS sono:

- Accoglienza ed ascolto dei bisogni dei cittadini;
- Orientamento ed informazione sui vari servizi offerti dal territorio;
- Monitoraggio della rete dei servizi in rapporto alle priorità e richieste della Comunità;
- Coordinamento e raccordo con i servizi del territorio;
- Assistenza sociale professionale;
- Disbrigo pratiche amministrative collegate all'erogazione delle prestazioni.

Nel corso del triennio l'ATS XXIV ha l'obiettivo di collegare l'ufficio di promozione sociale agli sportelli sanitari, trasformando gli UPS in PUA (Punto Unico di Accesso integrato tra servizi sociali e sanitari) che saranno così in grado di provvedere ai bisogni di salute molteplici e complessi dei cittadini con particolare attenzione alle condizioni di fragilità.

3.3.3 Dall'UVD all'UVI

L'Unità di valutazione integrata (UVI) è uno strumento atto ad assicurare il coordinamento degli interventi e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie, nonché livelli uniformi di tutela della salute globale dell'utente, in tutti i casi in cui ci sia un'evidente complessità di intervento tale da richiedere la compartecipazione sia della componente sanitaria che di quella sociale.

Ha l'obiettivo di valutare in modo globale ed unitario tutti i bisogni della persona, sia di tipo personale (clinico, funzionale) che di contesto (familiare, abitativo, sociale, socio-economico ed altro) e di costruire, d'intesa con la persona e la famiglia, un progetto e un programma personalizzato volto ad affrontare e risolvere la complessità dei problemi.

L'UVI consiste in un'equipe multidisciplinare composta da un nucleo fisso, formato dalle due assistenti sociali dell'ATS XXIV per la parte sociale, un medico di medicina generale e personale specifico dell'ASUR per quanto riguarda la parte sanitaria e un nucleo variabile composto da soggetti specifici in relazione al caso in questione, come docenti, Sindaci, ecc.

Le funzioni in capo all'UVI sono:

- Valutazione della situazione clinica e sociale di ogni singolo caso, ai fini del riconoscimento delle condizioni del soggetto;
- Valutazione delle necessità assistenziali sociali e sanitarie (Valutazione Multi Dimensionale VMD);
- Individuazione del referente formale della presa in carico;
- Predisposizione del progetto individuale d'intervento;
- Monitoraggio dell'evoluzione dell'intervento e individuazione di eventuali variazioni del progetto di cura.

Gli strumenti utilizzati dall'UVI sono la valutazione clinico-funzionale, strumenti ADL e IADL, scheda di valutazione sociale; l'output di questo processo valutativo è un progetto redatto dall'UVI, in cui si definisce il percorso assistenziale e di cura, le figure di riferimento, i servizi preposti all'erogazione e la durata del percorso stesso.

Per svolgere tali compiti che necessitano un'alta integrazione socio-sanitaria, l'UVI deve interfacciarsi costantemente con i servizi e gli UPS presenti sul territorio; questa attività, nell'ATS XXIV è di fatto funzionante per alcuni servizi, attraverso le figure delle due assistenti sociali, che fanno parte dello Staff del Coordinatore, come detto nei punti precedenti; anche se sarebbe opportuno formalizzare, attraverso protocolli d'intesa o accordi l'istituzione dell'UVI.

3.4 Il sistema informativo:

3.4.1 Implementazione del sistema informativo

L'Osservatorio per le Politiche Sociali, istituito presso la Regione Marche, ha costituito un valido supporto informativo per garantire un governo più efficiente ed efficace delle politiche sociali sul territorio.

All'Osservatorio spetta da un lato, il compito di coordinamento delle attività degli Ambiti per quanto riguarda la raccolta e l'organizzazione delle informazioni e dall'altro la restituzione dei risultati, oltre che avere un ruolo consulenziale per gli Ambiti stessi.

Pertanto, l'ATS XXIV, si impegna a portare avanti il processo di implementazione e sviluppo del sistema informativo regionale, nella consapevolezza che trattasi di un processo complesso dal punto di vista organizzativo ed impegnativo per quanto riguarda l'operatività dello stesso.

Tutto ciò nel rispetto di quanto indicato al riguardo dalle linee guida regionali per la stesura del Piano Triennale d'Ambito e cioè sviluppare l'obiettivo strategico di implementazione del sistema informativo gestionale di ATS.

4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE: AZIONI DI SETTORE

4.1 Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza

4.1.1 Introduzione

La previsione normativa in campo minorile (in particolare la L. 328/00 e la L.R. 9/03), ha offerto strumenti necessari allo sviluppo e l'implementazione di progettualità e servizi atti a fornire una risposta alle necessità della popolazione ed un supporto reale ai bisogni delle famiglie e dei minori.

Nel parlare di minori e di adolescenti non si può prescindere dal considerare la famiglia, luogo primario di educazione ma anche, in alcuni casi, fonte di disagio.

È necessario, pertanto, considerare nella programmazione delle politiche sociali a tutela dei minori, sia il sostegno della famiglia, nella convinzione che il benessere di un bambino sia soprattutto conseguenza di un benessere interno alla famiglia stessa, sia la logica del lavoro di rete e dell'integrazione dei servizi socio-sanitari.

Le famiglie presenti nel territorio dell'Ambito XXIV sono 6138 (dati Istat 2009); rispetto all'anno 2003, vi è stato un incremento di 183 nuclei, con una dimensione media di

2,43 componenti per famiglia, di poco inferiore a quella provinciale (2,57), a fronte di una dimensione media precedentemente rilevata di 2,62 componenti.

Le famiglie numerose (con 4 o più figli), da un'indagine effettuata nel 2010 ammontano a 20, così distribuite:

COMUNE	N.FAMIGLIE NUMEROSE
Amandola	11
Comunanza	1
Force	1
Montedinove	1
Montefalcone App.no	3
Santa Vittoria in Mat.no	3
TOTALE	20

Dai dati Istat (1° Gennaio 2009), risulta che il 61% della popolazione al di sopra dei 20 anni non è coniugata, il 27% coniugata, l'11% vedova e l'1% divorziata (grafico 1). Dal grafico 2 si può notare che il 62% dei maschi sono celibi contro il 32% che risultano coniugati, i vedovi sono il 4% e solo l'1% sono divorziati. Invece le nubili rappresentano il 59% della popolazione femminile residente, le coniugate il 21%. Le vedove in percentuale sono molte di più dei vedovi, il 19%. Anche tra le donne i divorzi e le separazioni sono solo una piccola percentuale (1%).

Da anni si assiste nel territorio ad un forte invecchiamento della popolazione dovuta al combinarsi dell'aumento della vita media, della contrazione della natalità e dell'emigrazione degli abitanti.

Il verificarsi di queste tendenze ha portato la popolazione minorile (0-14) a rappresentare quote sempre più modeste della popolazione totale, 11,13%.

Andiamo a suddividere tale intervallo per fasce d'età (grafico 3 – 4 – 5):

I bambini di età compresa fra 0 e 3 anni presenti sul territorio dell'ATS XXIV sono 2.52% della popolazione. Se si considera la popolazione tra 0 e 3 anni di ciascun comune, si nota che questa incide in maniera diversa sul totale dei residenti di ogni singolo comune; infatti l'incidenza risulta essere maggiore a Comunanza, 3,51%, mentre a Smerillo è pari ad 1,27% (il valore più basso).

I bambini tra i 4 e i 6 anni rappresentano il 2,17% della popolazione, con un 2,72% a Force; nella fascia d'età tra i 7 e gli 11 anni troviamo Comunanza con una percentuale, 4,94%, superiore a quella riferita all'intero territorio dell'Ambito, 4,14%, mentre il valore più basso si trova a Montedinove con 2,68%; gli adolescenti presenti nel territorio con un'età compresa tra 12 e 14 anni sono il 2,70% dei residenti, di cui 3,27% a Montefortino e l'1,96% a Montedinove; i giovani tra i 15 e i 19 anni sono il 4,93% della popolazione, a Comunanza tale percentuale raggiunge 5,50%, mentre a Montedinove sono il 3,57%; i giovani tra i 20 e i 24 anni sono infine il 5,32% dei residenti dell'ATS XXIV; l'incidenza risulta essere maggiore a Rotella con il 6,27% mentre a Montemonaco è pari a 3,34%.

4.1.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

La famiglia risulta essere ancora il perno della società, anche se la sua struttura nel tempo è cambiata radicalmente, passando dalla famiglia “tradizionale e patriarcale”, alla famiglia così detta “moderna”, composta soltanto da entrambi i genitori (o anche 1 soltanto) e da 1 o 2 figli (raramente di più).

Per i minori e gli adolescenti è fondamentale garantire il diritto alla famiglia attraverso una serie di servizi specifici, con particolare attenzione alle politiche di sostegno alle responsabilità genitoriali, con progetti specificatamente costruiti, con il potenziamento del consultorio familiare e delle sue attività dedicate alla famiglia e al minore in difficoltà realizzando anche attività di formazione specifica rivolta sia agli operatori che ai genitori.

Accanto alla tradizionale visione del bambino e del ragazzo come soggetti bisognosi di protezione, si ne è aggiunta un'altra che li vede come protagonisti attivi sia in ambito familiare che in quello sociale.

Pertanto un interesse particolare va dedicato alle politiche giovanili; come detto infatti il territorio dell'ATS XXIV sta subendo un lento e costante spopolamento, causato dall'invecchiamento della popolazione e da un regolare flusso di giovani che, alla ricerca di opportunità lavorative o di svago, si sposta verso la costa.

E' quindi importante cercare di incoraggiare la loro piena partecipazione alla vita attiva della comunità e sensibilizzare le realtà locali.

Gli obiettivi di questo settore sono quindi:

1. promuovere iniziative di formazione congiunta per gli operatori dei servizi sociali, sanitari, educativi e scolastici;
2. sostenere economicamente le famiglie, soprattutto quelle numerose;
3. sviluppare azioni di sostegno alla genitorialità;
4. restituire al genitore e alla famiglia il suo ruolo centrale;
5. riaffermare il ruolo educativo che la famiglia deve necessariamente recuperare per rispondere adeguatamente alle richieste delle nuove generazioni che necessitano di un punto di riferimento per superare la crisi di valori presente nella società ed il disorientamento che questo comporta;
6. sviluppare e consolidare interventi rivolti a bambini ed adolescenti;
7. promuovere la costituzione di spazi per giovani ed adolescenti;
8. promuovere il protagonismo e la cittadinanza attiva dei giovani;
9. conoscere e monitorare il disagio giovanile;
10. promuovere azioni di prevenzione contro l'uso di sostanze che possano creare dipendenza (alcol, fumo, droga, ecc.) e altre forme di dipendenza (internet, videogiochi, ecc.)
11. formulare proposte volte a migliorare i servizi offerti a minori e ragazzi;
12. sensibilizzare i giovani sulle possibilità offerte dal territorio.

Table e grafici riferiti alle Politiche di sostegno ai compiti di sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza

Grafico 1

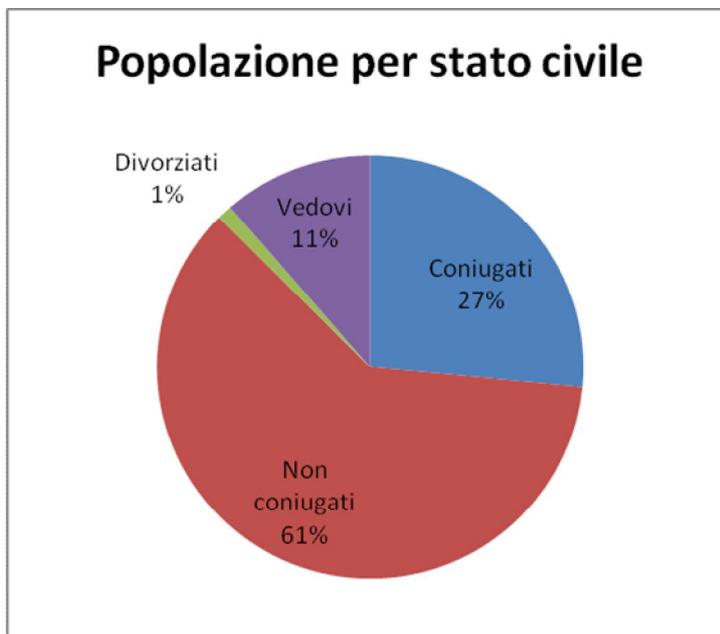


Grafico 2

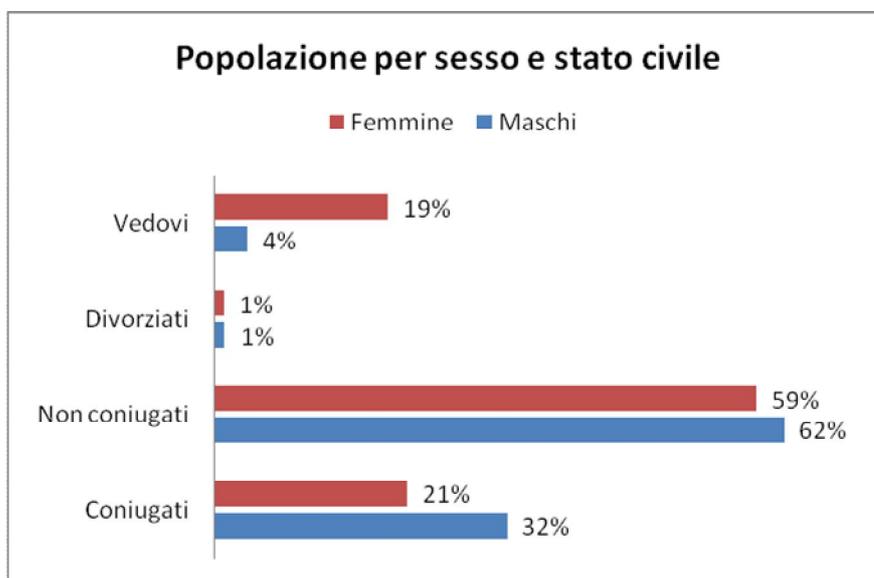
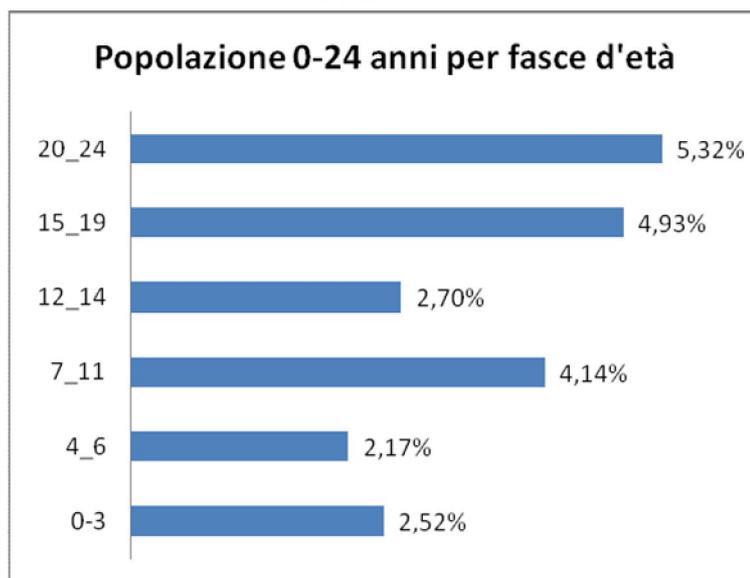
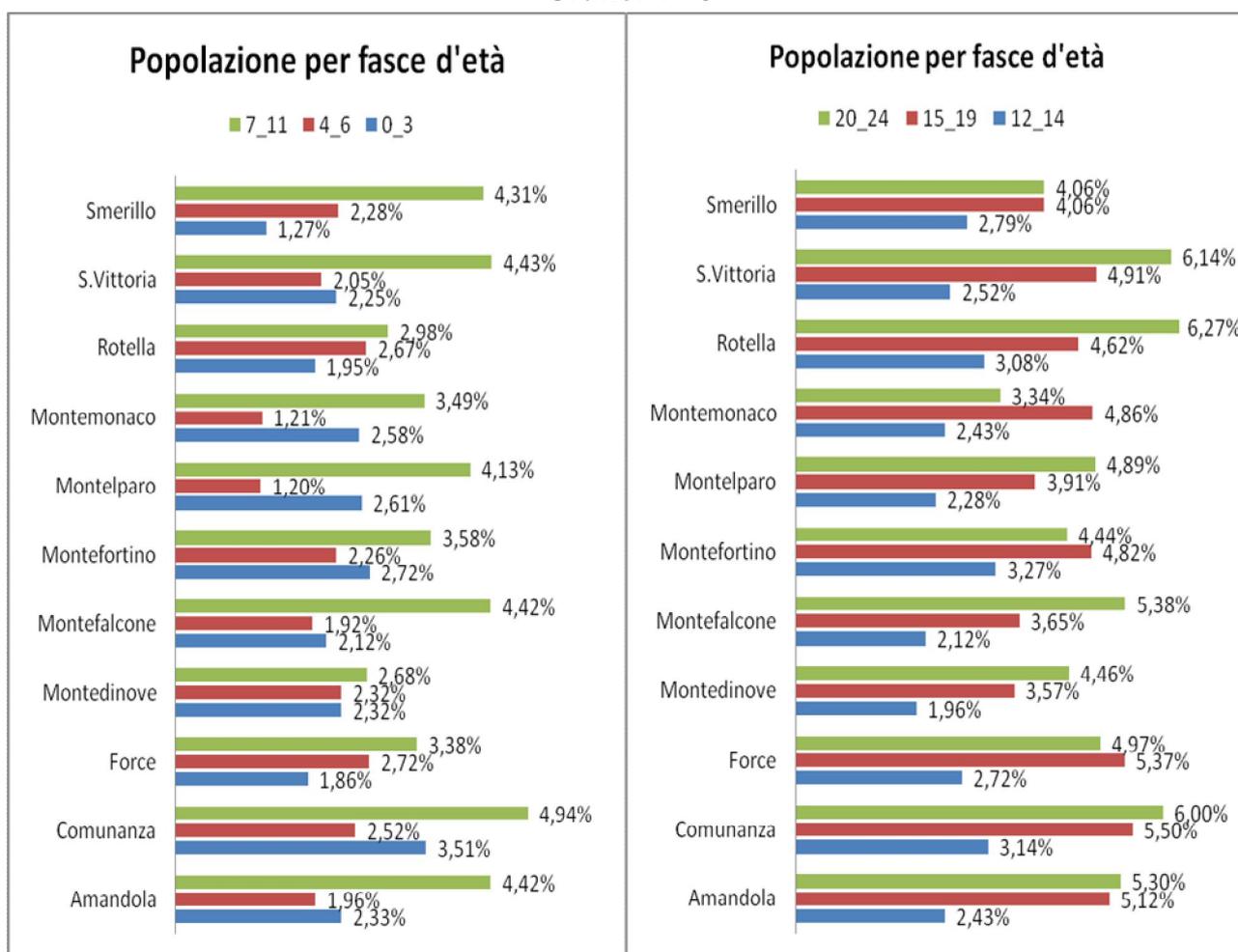


Grafico 3



Grafici 4 - 5



4.1.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

La programmazione nel triennio deve essere volta principalmente a costruire un sistema integrato, proprio perché gli interventi in questione riguardano la vita dei bambini e

degli adolescenti nel loro complesso, la qualità delle relazioni che si instaurano in famiglia e fuori dalla famiglia, la partecipazione alla vita sociale della comunità, ecc.

Pertanto si intende portare avanti un piano di lavoro così strutturato:

1. Rinnovo dell'accordo di programma per il rafforzamento dell'equipe locale integrata socio-sanitaria;
2. Formazione continua degli operatori socio-sanitari;
3. Promozione dell'affido familiare;
4. Rafforzamento delle attività di mediazione familiare;
5. Sviluppo e sostegno delle buone relazioni familiari attraverso il supporto alle responsabilità genitoriali;
6. Consolidamento di una rete di servizi dedicati alle famiglie ed al rapporto genitori-figli, incentivando la realizzazione in loco di strutture che possano ospitare bambini provenienti da famiglie multiproblematiche;
7. Creazione di momenti di socializzazione ed educazione dei bambini;
8. Attivazione di interventi adeguati a far emergere problematiche e disagi nei bambini;
9. Predisposizione accordo di programma per la costituzione dell'UVI;
10. Sensibilizzazione delle istituzioni locali verso le tematiche relative a minori ed adolescenti favorendo l'offerta di servizi a loro dedicati;
11. Costituzione di una rete di servizi con tutti gli attori coinvolti (ATS XXIV, Comuni, ASUR, scuola, associazioni, ecc.)
12. Sviluppo di un'adeguata conoscenza della condizione dell'infanzia e dell'adolescenza attraverso il monitoraggio dei servizi e degli utenti;
13. Sostegno allo sviluppo dell'associazionismo giovanile e delle attività connesse;
14. Prosecuzione progettazione L.R. 46/95 e L.R. 48/95;
15. Prosecuzione progetto per l'orientamento scolastico e lavorativo;
16. Progettazione relativa al Bando per il Servizio Civile Nazionale;
17. Supporto all'integrazione di bambini ed adolescenti stranieri.

4.1.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d'Ambito, referenti regionali ed esperti dell'IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio, che in quest'area consistono in: valutazioni partecipate in itinere, per cercare di verificare l'andamento del servizio e/o intervento ed eventualmente ricalibrare le azioni ed una valutazione ex post per analizzare l'efficacia dell'intervento, i punti di forza e i punti di debolezza.

Tali valutazioni comporteranno la partecipazione di tutti gli attori coinvolti nei singoli progetti e saranno incentrate sulla raccolta ed analisi dei dati quantitativi e qualitativi. Si effettueranno inoltre delle riunioni periodiche e dei report dell'equipe di specialisti sulle attività effettuate.

4.2 Politiche di sostegno al cittadino disabile

4.2.1 Introduzione

La normativa sociale vigente (L. 328/00 - “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”) ed in particolare quella in tema di disabilità (L. 104/92, L.R. 18/96, L. 68/99) sanciscono, infatti, la necessità di integrare i servizi e programmare azioni indispensabili a dare risposte immediate e coerenti ai bisogni del cittadino disabile e della sua famiglia.

La varietà stessa della disabilità obbliga a programmare interventi specifici e personalizzati indirizzati al disabile e alla sua famiglia; questi interventi ad personam consistono in servizi domiciliari, semi-residenziali, residenziali, di inserimento lavorativo, che hanno il duplice scopo da un lato di favorire il raggiungimento o il mantenimento dell'autonomia e la permanenza del disabile nel proprio contesto di vita e dall'altro di fornire sostegno alla famiglia.

4.2.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Pur avendo riscontrato una certa difficoltà nel reperire i dati sulla disabilità della popolazione residente a causa dell'impossibilità di ottenere informazioni complete rispetto alla totalità dei soggetti disabili residenti ed alla diversa tipologia della disabilità stessa, si evidenziano i dati riassunti nelle tabelle e nei grafici seguenti, relativi alla popolazione disabile, desunti dalla banca dati della Regione Marche.

Come si può vedere dal grafico 1, i disabili adulti (69%) sono il doppio rispetto a quelli di età inferiore ai 18 anni (31%).

Si può effettuare una prima suddivisione, considerando la tipologia di disabilità; il grafico 2 infatti evidenzia come il maggior numero di persone sia affetto da una disabilità plurima. Si è anche considerata la presenza o meno della situazione di gravità (grafico 3 – 4 - 5).

Come si può vedere, la maggioranza delle persone disabili si trova in una situazione di non gravità e fra queste, si ha una preponderanza di adulti (80%). Tra le situazioni gravi invece, la maggioranza è rappresentata da minori (57%).

La Comunità Montana dei Sibillini, in qualità di Ente capofila dell'ATS XXIV, nonché i singoli Comuni appartenenti al territorio, si occupano, da diverso tempo, delle attività socio-assistenziali ed in particolare di quelle dedicate ai disabili, attraverso cooperative sociali e associazioni che lavorano nel campo della disabilità.

Una fetta molto importante, il 44% (grafico 6) di tutte le attività, è rappresentata dall'integrazione lavorativa (borse socio-assistenziali effettuate nell'ente pubblico o privato), mentre le altre attività consistono in: integrazione scolastica, trasporto ed assistenza domiciliare ed educativa.

Si segnala quindi la necessità di fornire un sostegno per potenziare tutte quelle attività che favoriscono l'integrazione e l'inclusione del disabile nella Comunità (trasporti, sostegno a scuola, supporto nelle attività domestiche e comunque in tutte le attività della vita quotidiana).

Nei grafici in basso (grafici 7-8-9-10-11-12-13), si può vedere il dettaglio degli interventi, tenendo presente che uno stesso utente può essere beneficiario di più di un intervento.

Dal grafico 8 emerge che la situazione di gravità si concentra soprattutto nell'area dell'integrazione scolastica, in particolare nella scuola primaria e secondaria di I grado.

Grazie alla collaborazione tra ATS XXIV, Comuni e ASUR Z.T. 13, è possibile offrire alle persone disabili delle strutture che hanno come obiettivo principale quello di promuovere il benessere del disabile, migliorare la qualità della vita e fornire appoggio alla famiglia. Le strutture residenziali e semiresidenziali presenti nel territorio della Comunità Montana dei Sibillini sono: il Centro Diurno "Il Gabbiano Blu" di Comunanza (semiresidenziale) che attualmente è frequentato da circa 20 utenti e svolge attività espressivo-creative, socializzanti (teatro-terapia, laboratorio grafico-pittorico, laboratorio linguistico-espressivo, attività di rilassamento con ascolto di musica e corsi di decoupage, ecc.), l'Istituto "G. Mancinelli" di Montelparo (residenziale) in cui risiedono 30 disabili ed una Comunità Socio-Educativa Riabilitativa con sede nel comune di Force (residenziale).

Sia per i disabili minori, per i quali il problema principale è legato alla difficoltà di integrazione e socializzazione nel loro contesto socio-culturale oltre ad una crescente disgregazione familiare, sia per i disabili adulti ed anziani non autosufficienti, per i quali si evidenzia un disagio legato allo svolgimento delle normali attività lavorative e di organizzazione della quotidianità, accentuato dall'assenza di una rete familiare di supporto, l'obiettivo principale da raggiungere è quello di favorire la realizzazione di percorsi di sostegno e di integrazione, di interventi diversificati, modulati sulle specifiche esigenze della persona disabile e della sua famiglia, evitando il più possibile il ricorso all'istituzionalizzazione.

È quindi importante promuovere azioni di sensibilizzazione della comunità locale volte alla conoscenza della disabilità e ad evitare fenomeni discriminatori; cercare di rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena realizzazione dell'autonomia; sostenere la famiglia della persona disabile; promuovere l'integrazione del disabile nel proprio contesto culturale e sociale.

Tabelle e grafici riferiti alle Politiche di sostegno al cittadino disabile

Grafico 1

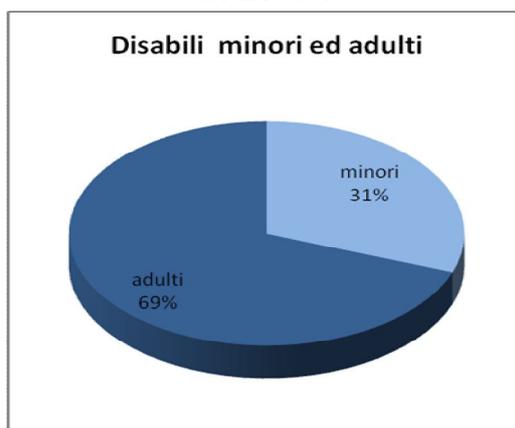


Grafico 2

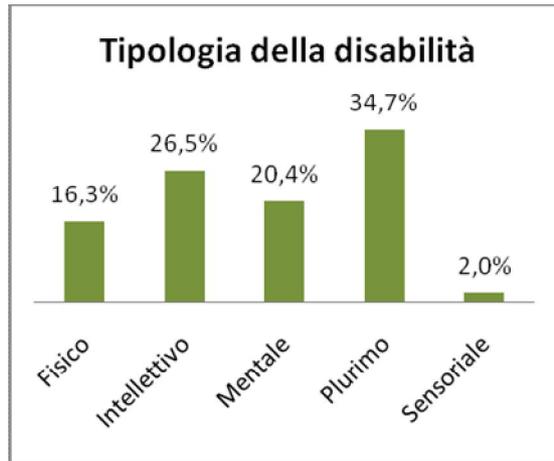


Grafico 3



Grafico 4

Situazione di non gravità

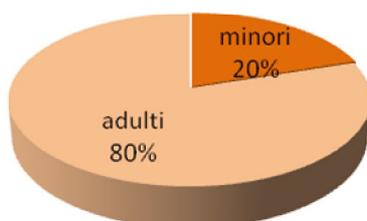


Grafico 5

Situazione di gravità

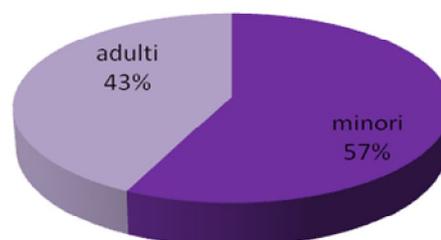


Grafico 6



Grafico 7

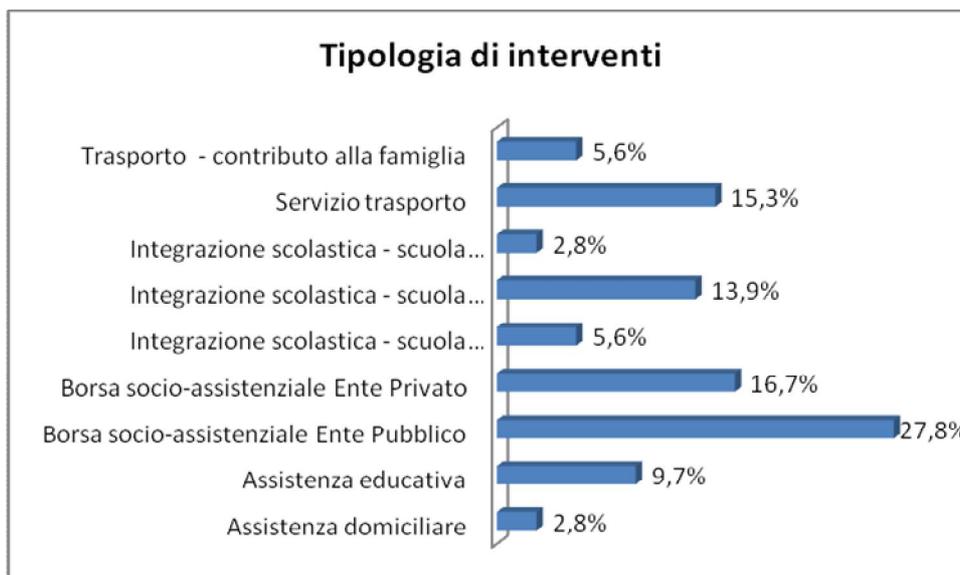


Grafico 8

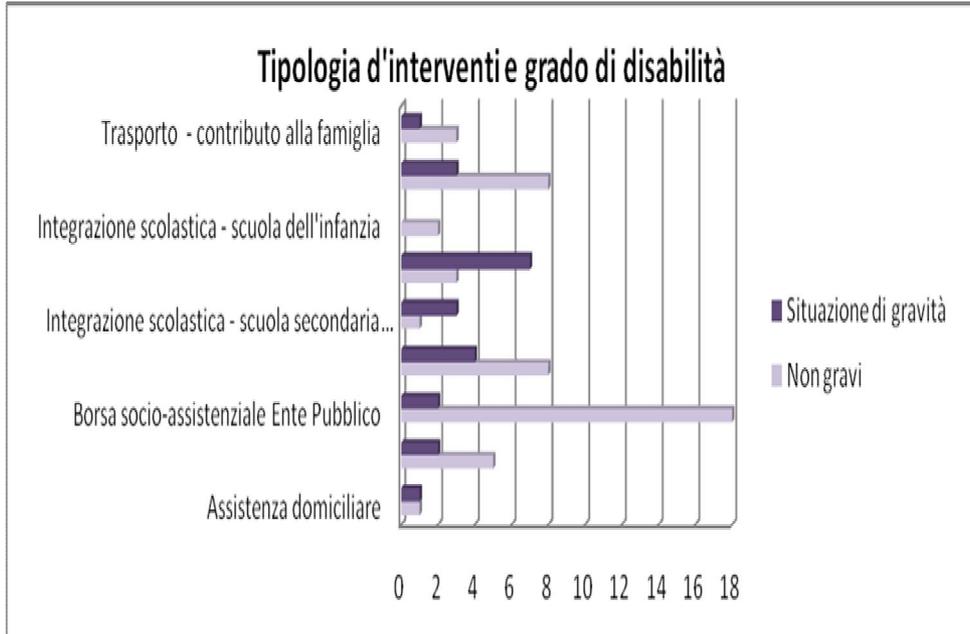


Grafico 9

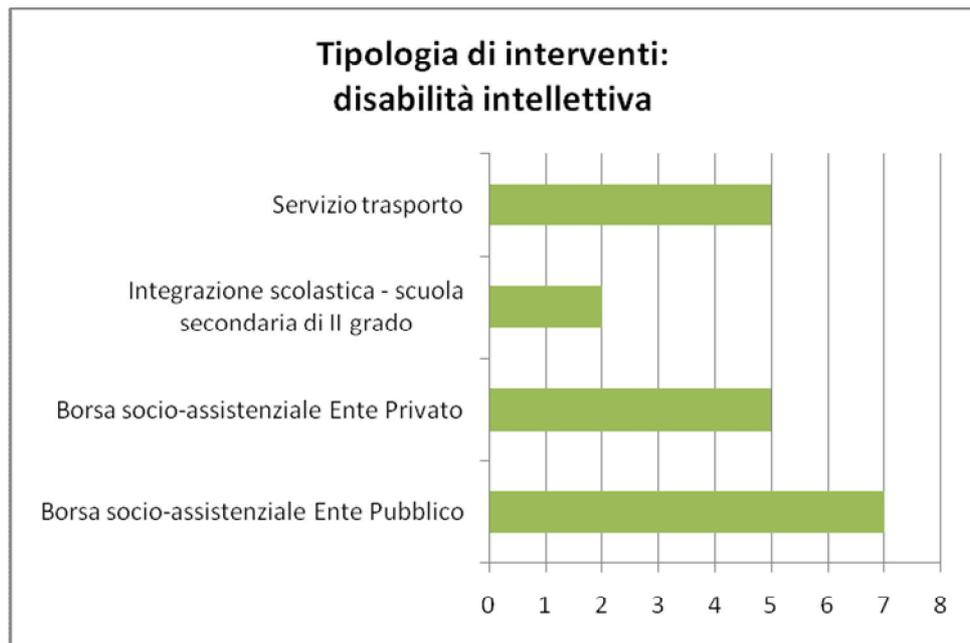


Grafico 10

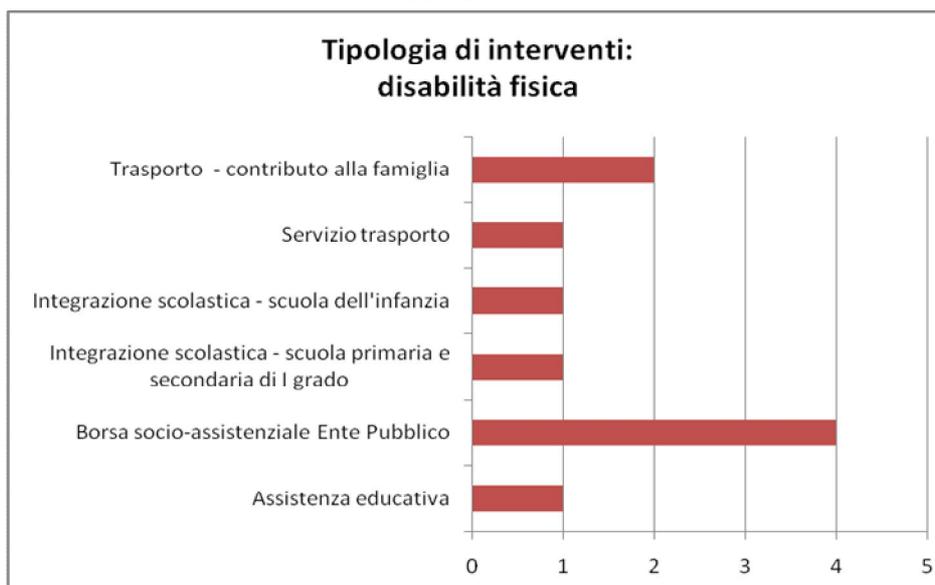


Grafico 11

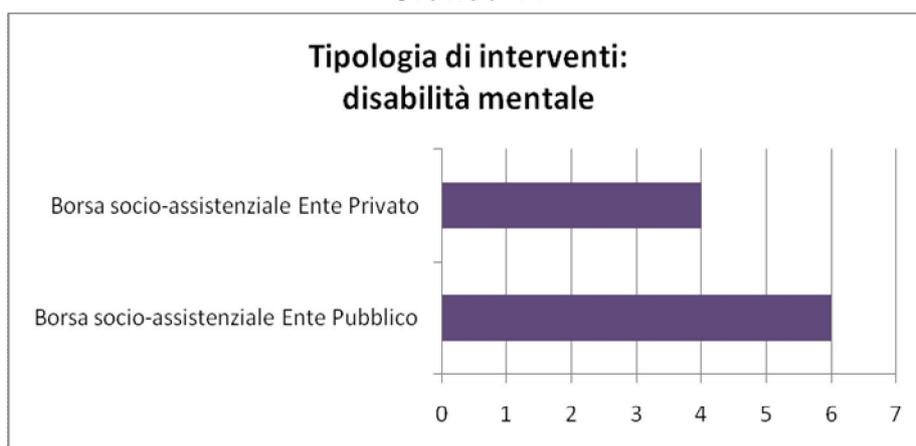


Grafico 12

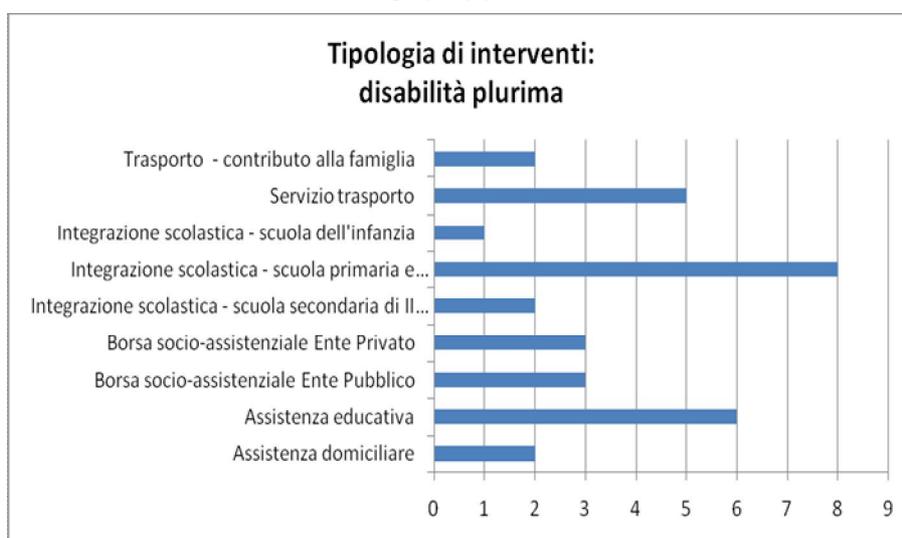
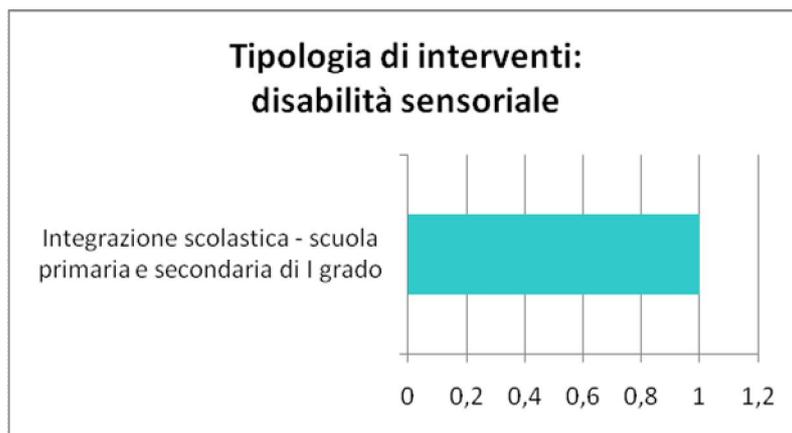


Grafico 13



4.2.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

L'ATS XXIV, intende arrivare all'individuazione di specifici percorsi volti al perseguimento della tutela, promozione della salute, cura e riabilitazione di soggetti disabili, nella consapevolezza che, per una loro piena ed efficace realizzazione ed in coerenza con il principio di sussidiarietà, è chiamata in causa l'intera società.

Per quanto sopra, nell'arco del triennio, si intende portare avanti le seguenti attività:

1. Potenziamento della programmazione congiunta tra Ambito e Distretto Sanitario; infatti, l'ampia gamma di disabilità presenti nella popolazione impone la necessità di programmare, attuare e monitorare modelli di intervento caratterizzati da multidimensionalità e flessibilità, capaci di dare risposte efficaci ad una domanda estremamente variabile.
2. Mantenimento, consolidamento e potenziamento dei servizi domiciliari, al fine di mantenere il disabile nel proprio ambiente, evitare l'ospedalizzazione e sostenere la famiglia nel lavoro di cura. In particolare si devono modulare i vari servizi domiciliari in base ai reali bisogni del soggetto e del suo nucleo familiare, favorendo lo sviluppo dell'autonomia e dell'indipendenza.
3. Prosecuzione dei servizi di integrazione scolastica e lavorativa (borse lavoro socio-assistenziali e di pre-inserimento lavorativo); è un servizio fondamentale per un corretto inserimento del disabile nella società, allo scopo di favorirne lo sviluppo dell'autonomia, dell'autodeterminazione ed emancipazione.
4. Verifica periodica dei criteri di qualità delle attività svolte presso le strutture.
5. Sottoscrizione del protocollo d'intesa tra Ambito, ASUR ZT 13 e CIOF per aumentare l'opportunità di inserimento lavorativo dei disabili dopo il percorso formativo in particolare quello effettuato con le Borse lavoro di pre-inserimento lavorativo.
6. Potenziamento dei servizi residenziali e semiresidenziali. Benché si ritenga che debba essere data priorità ai servizi domiciliari, come detto al punto 2, i servizi residenziali e semiresidenziali sono comunque importanti in quanto accolgono persone disabili gravi con l'obiettivo di favorire il mantenimento, il potenziamento o l'acquisizione di abilità sociali, espressive, cognitive, mediante la realizzazione di attività, sia individuali che di gruppo.

7. Potenziamento del servizio trasporto, per favorire la mobilità della persona disabile, la sua indipendenza e l'accesso ai servizi e strutture del territorio (centri diurni, scuola, riabilitazione, ecc.).
8. Monitoraggio delle attività presenti sul territorio, non solo di quelle svolte dalle istituzioni pubbliche, ma anche di quelle effettuate dalle associazioni e/o gruppi informali che operano nel campo della disabilità, in modo tale da colmare il gap informativo e mettere in rete le esperienze.
9. Attività di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza e di formazione/aggiornamento per gli operatori socio-sanitari, in modo da avere personale preparato e con competenze specifiche relative alla disabilità.

4.2.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d'Ambito, referenti regionali ed esperti dell'IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio, che in quest'area consistono in: reperimento di dati quantitativi riferiti all'anagrafica degli utenti che accedono ai servizi di cui alla L.R. 18/96, numero di prestazioni erogate, spesa sostenuta dai Comuni, numero di soggetti che frequentano le varie strutture semi-residenziali e residenziali, ecc.

4.3 Politiche di tutela della salute mentale – I servizi di Sollievo

4.3.1 Introduzione

Rispetto ad altre forme d'infermità, la malattia mentale occupa spazi rilevanti nelle rappresentazioni culturali e simboliche delle società complesse.

Storicamente la follia ha generato domande ed interpretazioni che si sono spinte oltre il puro fatto biologico, rinviando a dimensioni e significati di carattere metafisico.

Attualmente, le conoscenze e le pratiche per curare i disordini mentali non sono più quelle delle società tradizionali, in cui i medici erano degli esperti religiosi e neppure quelle dei decenni precedenti all'abolizione dei manicomi; anche se non può essere negata la persistenza di pregiudizi, stereotipi negativi ed atteggiamenti di chiusura nei confronti della malattia mentale, come pure nei confronti di chi presta servizio per curare la malattia stessa.

I pazienti con situazioni cliniche gravose e con sindromi psichiatriche cronicizzate, non riescono a diventare soggetti attivi e partecipi alla società.

Spesso sono costretti ad una vita emarginata, in un contesto sociale che li rifiuta e che, direttamente o indirettamente, contribuisce ad accentuare il loro sentimento di insufficienza ed inadeguatezza.

L'elevata prevalenza di particolari malattie mentali nelle fasce sociali più svantaggiate della popolazione è un fenomeno documentato da numerose esperienze di ricerca, sin dagli anni '50, anche se dai risultati non sembra possibile determinare un rigido

meccanismo di causa – effetto tra basso status sociale e insorgenza di malattie mentali; in effetti gli individui appartenenti a fasce d'età a rischio, in condizioni sociali svantaggiate, appartenenti ad una cultura etnica o religiosa emarginata ecc., risultano esposti più degli altri all'effetto di condizionamenti ambientali sfavorevoli ed eventi di vita stressanti, verso i quali dimostrano una scarsa capacità di adattamento.

I diversi tipi di sofferenza psichiatrica possono determinare differenti condizioni sociali e umane, in relazione a una serie di variabili relative allo status sociale del soggetto, alla sua età, alla solidarietà delle reti sociali primarie di riferimento ed alla qualità dei servizi sanitari e socio – assistenziali sul territorio.

L'attenzione posta alla correlazione tra malattie mentali e categorie sociali svantaggiate potrebbe, però, risultare un modo per stigmatizzare un insieme di tensioni e di istanze non facilmente esprimibili dai gruppi esclusi ed emarginati, scambiandole erroneamente per malattie psichiatriche vere e proprie.

Le famiglie economicamente influenti riescono a coprire, più o meno illusoriamente, il disagio psicologico ed i disturbi psichiatrici dei propri familiari, ricorrendo al sistema delle cure e dell'assistenza privata, mentre la sofferenza psichica dei soggetti appartenenti ai gruppi sociali svantaggiati è più visibile, perché ricade nell'ambito delle prestazioni della sanità pubblica.

La salute mentale è un'area caratterizzata da un'alta integrazione socio-sanitaria; la Regione Marche ha istituito con la D.G.R. 2966/2001 "Individuazione degli interventi per favorire l'inclusione sociale di soggetti affetti da disturbi mentali e per il sostegno alle loro famiglie", una serie di contributi destinati alla realizzazione del Progetto "Servizi di Sollievo". La Regione Marche, per il tramite delle Province, assegna agli Ambiti Territoriali Sociali, con cadenza triennale, dei fondi per la predisposizione del Progetto Sollievo.

L'obiettivo principale è quello di prevenire la cronicità della malattia mentale e fornire un sostegno alla famiglia che ha al proprio interno una persona con disturbi mentali, attraverso interventi integrati che coinvolgano sia il settore servizi sociali che la sanità, ma anche il soggetto e la sua famiglia; infatti questo servizio, dedicato al nucleo familiare, si basa su una rete molteplice di soggetti ed interventi.

Presso il Dipartimento di salute Mentale del Distretto sanitario di Amandola nell'anno 2010 (mese di Luglio) i nuovi utenti registrati a causa di problemi di salute mentale, sono stati 49 (è tuttavia da specificare che non tutti i nuovi contatti implicano la presa in carico da parte del servizio psichiatrico per patologie gravi).

La maggioranza dei nuovi ingressi proviene da Comuni fuori del territorio dell'ATS XXIV, il 18% (grafico 1), dal Comune di Amandola il 16% e da quello di Comunanza il 14%.

Per quanto riguarda il numero degli interventi, si può subito notare il forte decremento tra l'anno 2009 e l'anno 2010 (grafico 2); nell'anno 2010 (tabella 1), la maggior parte degli interventi si sono concentrati in visite psichiatriche (51,3%) e colloquio con i familiari (31,6%).

Come si può vedere dal grafico 3, la maggior parte dei nuovi utenti nell'anno 2010 ha un'età compresa tra i 61 e gli 80 anni (43%) e tra gli 81 e i 100 (27%); in generale quindi le persone affette da disturbi psichici si concentrano nelle fasce d'età più anziane.

Per quanto riguarda specificatamente il Servizio Sollievo, sono 32 le persone che usufruiscono di tale intervento, di cui 19 maschi e 13 femmine, di età compresa tra i 19 e 68 anni affette da varie tipologie psichiatriche; la maggior frequenza si ha tra i 40 e i 50 anni circa.

I disturbi mentali prevalentemente trattati appartengono alla categoria dei disturbi psicotici e della personalità, seguiti dai disturbi che rientrano nella categoria “doppia diagnosi” (associazione di disturbo psichiatrico e consumo di alcol).

La prevalenza degli utenti non è sposata, vive con la famiglia di origine ed ha un livello culturale medio-basso.

4.3.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Come detto precedentemente, il Servizio Sollievo è un servizio dove è necessaria una stretta integrazione tra interventi e professionalità sia sociali che sanitari; per questo motivo, gli organismi coinvolti nell’attuazione delle azioni sono l’ATS XXIV per quanto riguarda la parte sociale, il DSM - ASUR ZT 13 per la parte sanitaria.

Il bisogno effettivo, pertanto, che si riscontra è rappresentato dal potenziamento dell’attività del DSM da parte della componente sociale, collaborando nella realizzazione dei progetti personalizzati con l’attuazione di interventi volti alla prevenzione della cronicità della malattia, nonché sostenendo la famiglia del malato stesso.

Attualmente l’ATS XXIV ha concluso, relativamente ai Servizi di Sollievo, la prima annualità della programmazione e ha già presentato il nuovo progetto per l’anno 2010/2011.

Gli obiettivi principali che si intendono raggiungere sono quelli di reintegrazione della persona affetta da disturbi psichici, migliorando la qualità di vita e l’autonomia delle famiglie che presentano nel proprio nucleo familiare tali soggetti. In particolare:

- Promuovere il benessere dei pazienti con difficoltà di salute mentale e favorirne il recupero;
- Offrire ai familiari momenti di sollievo e fornire possibilità di scambio e di acquisizione di informazioni riguardo la situazione che stanno vivendo;
- Incentivare la comunicazione e l’espressione di stati d’animo;
- Facilitare la comprensione di bisogni, aspettative, limiti e potenzialità; ridurre il disagio emotivo e il senso di inefficacia;
- Valorizzare le risorse personali;
- Sollecitare percorsi di cambiamento;
- Incentivare la solidarietà e la partecipazione sociale.

Tabelle e grafici riferiti alle Politiche di tutela della salute mentale – I Servizi di Sollievo

Grafico 1

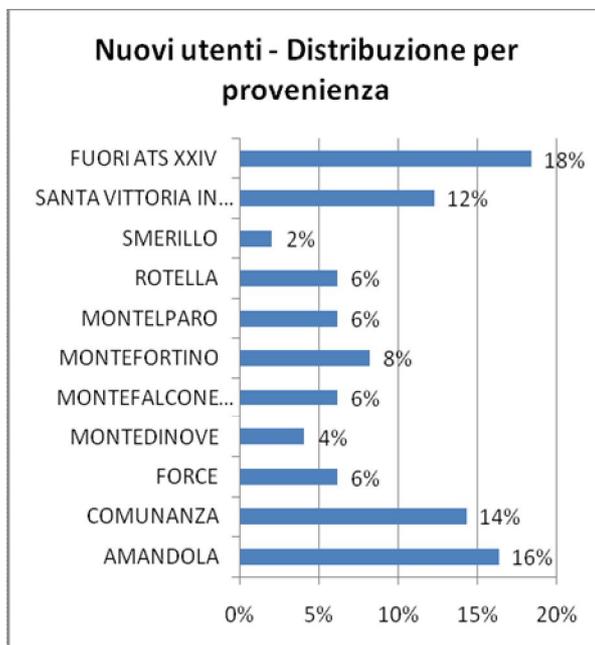


Grafico 2

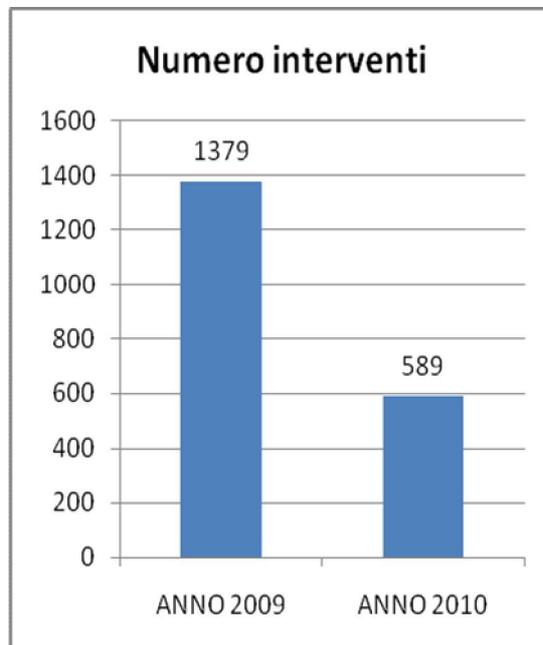
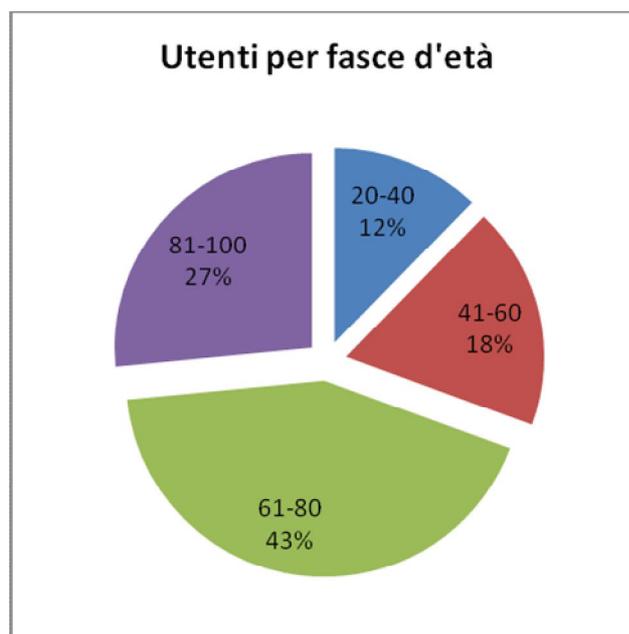


Tabella 1

TIPOLOGIA INTERVENTO	2009	%	2010	%
Altro	4	0,3%		
Accertamento medico-legale	18	1,3%		
Colloquio clinico psicologico	26	1,9%		
Colloquio con figura diversa da psichiatra/psicologo	65	4,7%	14	2,4%
Colloquio con i familiari	371	26,9%	186	31,6%
Consulenza	17	1,2%	17	2,9%
Elaborazione progetto	1	0,1%		
Incontro con il medico M.G. e altre strutture socio-sanitarie	51	3,7%	35	5,9%
Intervento di rete	4	0,3%	12	2,0%
Interventi di risocializzazione (indiv.)	3	0,2%		
Interventi di risocializzazione (gruppo)	2	0,1%		
Intervento di supporto alle attività della vita quotidiana	6	0,4%	2	0,3%
Intervento informativo o psicoeducativo rivolto alla famiglia (indiv.)	3	0,2%	2	0,3%
Intervento informativo o psicoeducativo rivolto alla famiglia (gruppo)	31	2,2%	2	0,3%
Intervento per problemi amministrativi sociali	1	0,1%		

Psicoterapia individuale	38	2,8%	2	0,3%
Psicoterapia familiare	7	0,5%	1	0,2%
Psicoterapia di gruppo	78	5,7%	10	1,7%
Relazione clinica	4	0,3%	1	0,2%
Ricovero in SPDC con TSO	1	0,1%		
Somministrazione farmaci	38	2,8%	3	0,5%
Valutazione standardizzata mediante test	19	1,4%		
Visite psichiatriche	591	42,9%	302	51,3%
TOTALE	1379	100,0%	589	100,0%

Grafico 3



4.3.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

L'ATS XXIV, nella convinzione dell'importanza attribuita ad attività di recupero e reinserimento della persona nel normale contesto sociale e lavorativo, attiverà, nei prossimi tre anni, una serie di azioni volte al raggiungimento degli obiettivi suddetti.

Gli interventi consisteranno in:

1. Mantenimento delle attività già in essere per quanto riguarda i Servizi di Sollievo e il loro potenziamento, ovvero assistenza educativa domiciliare, finalizzata a sviluppare le risorse e le potenzialità degli utenti e a promuoverne le autonomie personali e sociali; attività ricreative ed integrative di gruppo per favorire la risocializzazione e lo spirito di aggregazione; gruppi di auto Mutuo Aiuto, volti a creare spazi di confronto, scambio e condivisione delle esperienze.
2. Attività di sensibilizzazione della popolazione al tema del disagio psichico, ancora oggi un tabù per molte famiglie;
3. Potenziamento delle attività delle strutture semi-residenziali dedicate alla salute mentale;
4. Raccordo tra le varie realtà che intervengono nella programmazione di interventi relativi al disagio psichico e consolidamento della rete;

5. Costituzione di un gruppo di lavoro sul tema della salute mentale, composto da operatori socio-sanitari.

4.3.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d'Ambito, referenti regionali ed esperti dell'IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio; in questo caso la valutazione ed il monitoraggio si avvarranno sia di dati quantitativi che qualitativi.

Nella valutazione finale, verranno presi in considerazione sia il numero e la tipologia di utenti, nonché il loro comune di provenienza e le varie attività (laboratori, escursioni, ecc.); oltre il grado di soddisfacimento degli utenti stessi.

Anche gli operatori e i componenti dell'equipe riabilitativa saranno soggetti attivi nel processo valutativo; attraverso lo strumento del focus group, si andranno a definire criticità e punti di forza del servizio, in modo tale da calibrare in maniera migliore le azioni.

4.4 Politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche

4.4.1 Introduzione

Per "dipendenza patologica da sostanze" s'intende la subordinazione del benessere psicofisico di un individuo all'assunzione più o meno regolare di una sostanza esogena, con specifici effetti farmacologici, prevalentemente psicotropi, talora dannosi, per il sistema nervoso o l'organismo nel suo insieme.

Le problematiche connesse all'uso od abuso di sostanze psicotrope sono determinate non solo dalla sostanza d'abuso e dall'individuo, ma anche dalla complessa interazione tra questi due fattori e il contesto socio-ambientale di riferimento e comportano conseguenze sul piano socio-relazionale, psicopatologico e/o clinico-medico.

Per questo motivo, gli interventi mirati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione devono essere specifici, mirati e soprattutto coordinati, in maniera tale da considerare, valutare e trattare tutti i fattori che intervengono nel determinare il benessere generale dell'individuo, ed è per questo che quella delle dipendenze patologiche è da considerarsi come un'area ad alta integrazione socio-sanitaria; in particolare le prestazioni terapeutico-riabilitative ed i relativi trattamenti specialistici sono in capo all'Asur, mentre sono a carico dei Comuni il reinserimento sociale e lavorativo della persona.

4.4.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Il Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche (STDP) si pone come strumento per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento di situazioni di abuso o di dipendenza di sostanze stupefacenti, alcol, tabacco, gioco d'azzardo, attraverso interventi personalizzati e integrati con altri servizi e strutture del territorio.

Gli interventi del STDP, coinvolgono non solo gli utenti, ma anche le famiglie, attraverso l'individuazione del percorso terapeutico più opportuno, con l'obiettivo di riconoscere e trattare i problemi che stanno alla base dell'assunzione di sostanze d'abuso e di permettere alla persona il reinserimento nel proprio contesto sociale.

Dai dati del STDP dell'ASUR ZT 13, risulta che il flusso di utenza in carico presso il suddetto dipartimento nell'anno 2009 è stato di 449 persone, di cui l'89% di sesso maschile e solo il 14% di sesso femminile. L'afflusso medio giornaliero di utenti nel STDP è di circa 200-250 soggetti che, a seconda della necessità, usufruiscono di una terapia farmacologica, colloqui psicologici, psicoterapia familiare ed individuale, visite mediche.

Come si può vedere dal grafico 1, la maggioranza degli utenti si concentra nella fascia d'età adulta, dai 35 anni in su; tuttavia, se si vanno ad osservare i nuovi ingressi, che complessivamente sono il 10% del totale, si può vedere che la maggioranza (26%), si concentra nella fascia d'età 20-24 (grafico 2); un dato che evidenzia l'associarsi dell'abuso d'alcol ad altre sostanze soprattutto nella popolazione giovanile.

Relativamente alla sostanza primaria di abuso (tabella 1), il consumo di eroina risulta essere assolutamente maggiore rispetto al altre droghe, l'uso primario di cannabinoidi è relativamente basso, solo 7 utenti.

Nel territorio dell'ATS XXIV, benché il fenomeno dell'uso e abuso di alcol non sia caratterizzano in apparenza da grandi numeri, non bisogna tuttavia sottovalutarlo, soprattutto nelle fasce d'età più giovani, in quanto si presenta come un fatto sommerso di cui emerge solo una piccola parte.

Infatti, l'alcolismo rappresenta un'emergenza nascosta, sostenuta da una radicata tolleranza culturale; è principalmente un consumo a scopo ricreativo e di tipo non tradizionale sia per la tipologia di bevande assunte (birra e superalcolici in prevalenza) sia per le occasioni di consumo (fuori dai pasti).

L'uso di bevande alcoliche, in quantità anche rilevanti, avviene per lo più in occasione di feste, al pub, comunque fra amici e rafforza l'appartenenza del singolo al gruppo; in tal modo contribuisce alla costruzione dell'identità del giovane.

Il fenomeno della dipendenza da droghe, nel territorio dell'ATS XXIV, come si può rilevare dai dati pervenuti dal STDP dell'ASUR Z.T. 13 è anch'esso un fenomeno limitato numericamente (13 soggetti) e colpisce soprattutto le fasce d'età più giovani, il 62% si trova infatti tra i 15 e i 24 anni.

La diffusione delle droghe e sostanze psicoattive è in continua evoluzione per effetto di diverse variabili: sociali, sanitarie, economiche, culturali, politiche ed istituzionali; ed al fine di arginarlo è importante agire in via preventiva, per quanto riguarda soprattutto le fasce d'età più giovani.

Gli obiettivi che l'Ambito si pone sono:

- Creare una rete interistituzionale del territorio tra ATS XXIV, STDP, scuola e privato sociale;
- Raccordare in maniera stabile tutti i soggetti che si occupano di dipendenze e coordinare le varie attività di prevenzione, in modo da non disperdere risorse economiche ed umane e rendere efficace l'intervento;
- Promuovere iniziative volte alla prevenzione e sensibilizzazione sul tema dell'uso ed abuso di sostanze che creano dipendenza, nelle scuole e nei

luoghi maggiormente frequentati dai giovani, rivolte anche ai genitori, insegnanti ed educatori più in generale;

- Promuovere e favorire, attraverso specifici accordi e in maniera sinergica, il reinserimento sociale, scolastico e lavorativo dei soggetti che fanno uso di tali sostanze;
- Promuovere eventi volti a far emergere il fenomeno sommerso della dipendenza attraverso azioni indirizzate alla rimozione dello stigma sociale.

Tabelle e grafici riferiti alle Politiche di prevenzione e di intervento nel campo delle dipendenze patologiche

Grafico 1

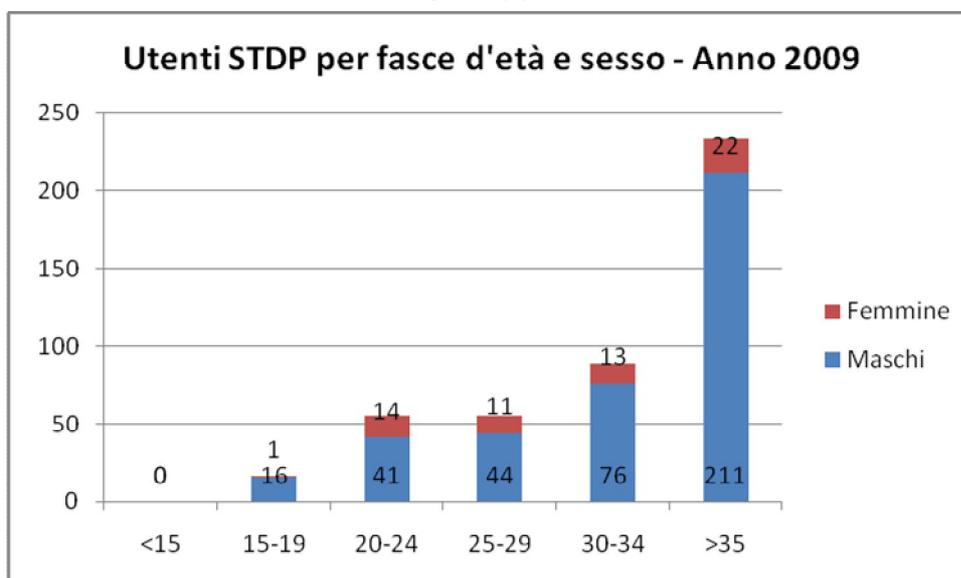


Grafico 2

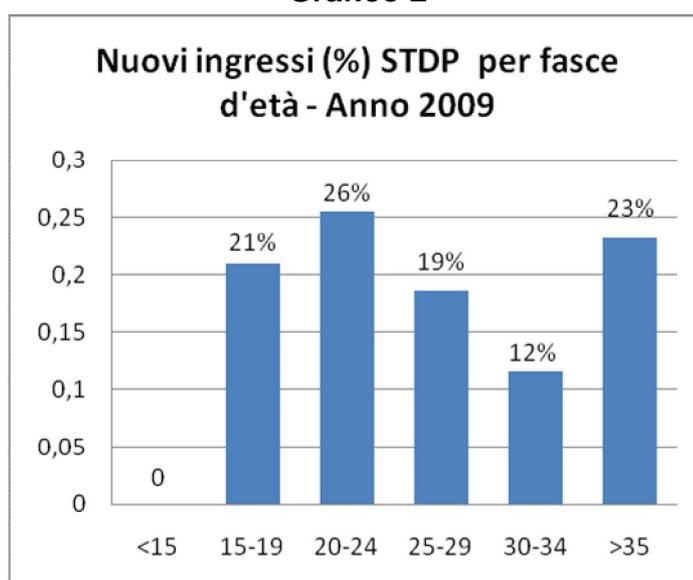


Tabella 1

SOSTANZA	USO PRIMARIO	USO SECONDARIO	USO ENDOVENOSO
Allucinogeni	1	0	0
Anfetamine	0	10	0
Ecstasy	0	4	0
Benzodiazepine	0	0	0
Cannabinoidi	7	385	0
Cocaina	12	49	15
Crack	0	1	0
Eroina	429	0	379
Morfina	0	0	0
Betadone	0	0	0
Alcol	19	189	0

4.4.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

Le azioni ritenute indispensabili per il conseguimento degli obiettivi sovra esposti sono:

1. **Creazione di momenti concertativi tra l'ATS XXIV e il STDP e di raccordo delle rispettive attività**, attraverso la stipula di protocolli d'intesa, in modo da realizzare la piena integrazione socio-sanitaria, massimizzare i risultati e favorire il completo recupero e reinserimento della persona;
2. Attivare iniziative di **formazione congiunta** ed integrata per operatori sociali e sanitari;
3. Realizzazione di **iniziative di informazione, prevenzione e sensibilizzazione** nelle scuole, anche attraverso l'utilizzo della tecnica della "peer education". Tali interventi risultano essere molto importanti in quanto prevengono la comparsa del fenomeno, limitandone l'aggravamento;
4. **Monitorare costantemente il fenomeno delle dipendenze patologiche** in modo da rispondere in maniera coerente ai bisogni emergenti e calibrare l'offerta di servizi al tipo di domanda (ad esempio minori, alcolismo, nuove dipendenze come droghe di sintesi, gioco d'azzardo, internet, ecc...).

4.4.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d'Ambito, referenti regionali ed esperti dell'IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio.

Le situazioni da valutare sono: la congruenza delle azioni rispetto agli obiettivi, il raggiungimento degli obiettivi, i punti di forza e quelli di debolezza, i metodi utilizzati, le risorse impiegate, le competenze degli operatori, il rapporto costi benefici, i risultati.

Gli strumenti utilizzati saranno questionari di auto ed etero valutazione, schede di monitoraggio, report finale e relazioni periodiche delle attività realizzate, focus group con gli operatori.

4.5 Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza

4.5.1 Introduzione

In questa parte non si considererà la totalità delle persone non autosufficienti (disabili adulti, anziani, persone con problemi psichici), ma solo la parte della popolazione anziana.

L'invecchiamento è un processo biologico, la vecchiaia non è di per sé una malattia, ma, indubbiamente, favorisce le più importanti patologie croniche debilitanti; perciò è evidente la necessità della prevenzione (non solo sanitaria) per il mantenimento di una soddisfacente condizione fisica, psicologica e cognitiva dell'anziano.

La fragilità dell'anziano è una condizione instabile ed evolutiva, non è un processo omogeneo e lineare, possono influire sulle condizioni generali di salute fisica e psichica molteplici fattori: le condizioni socio-economiche, il livello d'istruzione, il sostegno della famiglia, il legame con la comunità d'appartenenza. E' importante e delicato il ruolo che rispetto al problema della vecchiaia e dell'invecchiamento, la società è chiamata a svolgere nel prossimo futuro.

Negli ultimi cinquant'anni la popolazione italiana ha subito evidenti e rilevanti trasformazioni, dovute soprattutto a problemi legati alla demografia, come la caduta della natalità e della fecondità, la nuova tipologia di famiglia, l'allungamento della durata della vita, i problemi delle minoranze, il nuovo ruolo della donna. Tale andamento, soprattutto l'innalzamento dell'età media, con la diminuzione della mortalità, porta la popolazione italiana verso un progressivo invecchiamento demografico.

L'Italia, infatti, tra le nazioni europee, si configura come uno dei paesi più "vecchi", tanto che si sta assistendo ad un capovolgimento della piramide per età, prima con una base ampia e punta stretta man mano che si saliva con l'età, ora con una base ridotta ed una punta sempre più ampia.

L'aumento delle aspettative di vita di una parte sempre più consistente della popolazione, ha aperto nuove prospettive e nuove problematiche:

1. La persona anziana, non svolgendo più un'attività lavorativa, diventa un peso per la popolazione attiva, in quanto non più produttiva in termini economici;
2. L'uscita dal mondo del lavoro causa anche una perdita di ruolo a cui si può aggiungere l'isolamento dalla struttura familiare e la mancanza di rapporti sociali; provoca, dal punto di vista socio-psicologico, isolamento, solitudine ed emarginazione sociale;
3. La presenza consistente di anziani non autosufficienti ha fatto nascere l'esigenza di nuovi servizi assistenziali e sanitari, soprattutto dopo l'entrata delle donne nel mondo del lavoro e il cambiamento del loro ruolo all'interno della famiglia.

Le politiche sociali devono, quindi, saper rispondere in maniera adeguata alla nuova domanda di *care* di questa parte consistente della popolazione, che non riguarda solo la salute fisica della persona, ma anche più in generale il benessere sociale e psicologico.

La condizione dell'anziano, i suoi bisogni, le strategie messe in atto per rispondervi sono oggi un problema fondamentale, in particolare nel territorio dell'ATS XXIV, dove è notevole la presenza di anziani ultra-sessantacinquenni.

4.5.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

I dati che seguono sono molto significativi, in quanto sintetizzano la situazione della popolazione anziana del territorio della Comunità Montana dei Sibillini, con particolare attenzione agli anziani non autosufficienti.

Come evidenziato precedentemente, l'11% della popolazione ha un'età compresa fra 0 e 14 anni, il 63% tra i 15 e i 64 anni, mentre il 26% oltre i 65 anni. La presenza di ultra sessantacinquenni è quindi molto consistente, superiore alla media provinciale e regionale.

Scendendo a livello comunale, possiamo notare che il comune dove si può riscontrare la maggior presenza di anziani è Montefalcone App.no, con una percentuale del 30,4% sul totale della popolazione residente, seguito da Smerillo, 29%; mentre Comunanza ha la percentuale minore di anziani con il 22%.

Da quanto risulta dai dati dell'INPS (2009), gli ultra sessantacinquenni invalidi civili totali, titolari di indennità di accompagnamento, sono in numero di 564 unità che rappresentano il 14.2% dell'intera popolazione anziana.

Grazie al Fondo per la non autosufficienza, è stato possibile destinare una parte del finanziamento per potenziare o attivare il servizio SAD all'interno dei Comuni e un'altra quota parte per gli assegni di cura per le famiglie che svolgono funzioni assistenziali, senza aiuti esterni o con assistente domiciliare privata. Le domande ammesse a contributo, pervenute a questo Ambito a seguito della pubblicazione del bando, sono state complessivamente 220; di queste hanno ottenuto il finanziamento le prime 20 in graduatoria, stilata su base ISEE crescente.

L'anziano non autosufficiente ha problematiche complesse che richiedono un'assistenza costante e continuativa e di alta integrazione socio-sanitaria; tuttavia oggi il sistema di welfare italiano non è in grado di far fronte in maniera totale alla necessità di assistenza di questa parte crescente della popolazione, con la conseguenza di caricare il lavoro di cura e di assistenza sulle famiglie, rendendo l'intervento pubblico quasi marginale rispetto al lavoro privato svolto da figli, parenti o assistenti domestici (fenomeno delle "badanti").

All'incremento degli anziani, soprattutto non autosufficienti, al cambiamento delle dinamiche familiari e quindi ad un aumento sempre crescente di servizi, corrisponde un'insufficienza degli interventi e delle prestazioni socio-sanitarie, nonché delle strutture residenziali e semiresidenziali dedicate a tale fascia di utenti.

Nel territorio dell'ATS XXIV, infatti, l'unica struttura a carattere assistenziale di tipo residenziale presente è la residenza protetta per anziani "F. Antolini" facente capo

all'Opera Pia Ente Servizi Sociali e Assistenziali di Montelparo, oltre alla RSA, struttura però a carattere sanitario, di prossima apertura presso l'Ospedale di Amandola.

Dall'analisi che precede, si può affermare senza ombra di dubbio che detto settore rappresenta quello che necessita più di ogni altro di attenzioni ed interventi da parte dell'ATS.

Si segnala quindi la necessità di agire su due fronti:

- Quello della prevenzione: è importante prevenire le condizioni che portano alla non autosufficienza e quindi alla necessità di interventi socio-sanitari e sociali che comportano costi elevati in termini economici. A livello di prevenzione gli interventi possono essere di diversa natura, come ad esempio interventi per favorire stili di vita sani, diagnosi precoce di alcune malattie degenerative, azioni volte a promuovere la socializzazione ed evitare l'isolamento; ciò con lo scopo di mantenere la persona nel proprio ambiente e soprattutto attiva dal punto di vista fisico ed intellettuale.
- Quello dell'assistenza: come detto, l'anziano non autosufficiente ha bisogno di cure specialistiche, di interventi ad alta integrazione socio-sanitaria.

L'anziano vive meglio nel proprio domicilio e nel contesto familiare, spesso però la famiglia ha difficoltà economiche e logistiche ad assistere in casa l'anziano bisognoso di cure; è quindi necessario, supportare la famiglia in questo compito.

Pertanto, l'ATS XXIV nel corso del triennio intende perseguire i seguenti obiettivi:

- Favorire la permanenza della persona nel suo contesto abitativo e relazionale, attraverso il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare.
- Evitare l'isolamento psicologico ed emotivo della persona anziana attraverso attività relazionali amicali e di vicinato, di contatto con le generazioni più giovani, attraverso il sostegno fisico e al proprio nucleo familiare, l'utilizzo di trasporti adeguati che permettano una sufficiente mobilità ed autonomia nelle attività quotidiane, soprattutto in questo territorio le cui caratteristiche topografiche rendono disagiata se non impossibile gli spostamenti per questa fascia di popolazione (gli abitanti, infatti, sono dispersi in un gran numero di contrade e frazioni).
- Supportare le attività dei Centri diurni che sappiano coniugare il sollievo alle famiglie e l'offerta d'attività riabilitative, ricreative, di socializzazione anche per persone non autosufficienti. Infatti, sentirsi ancora attivi, coinvolti, partecipare alla vita sociale della propria comunità, contribuisce ad allontanare il decadimento fisico e cognitivo che interessa prevalentemente le persone anziane.
- Favorire l'autosufficienza psicofisica e l'autonomia della persona.
- Sostenere economicamente le famiglie che assumono compiti di cura agli anziani.
- Evitare ricoveri in istituto, comprese le ospedalizzazioni, quando non indispensabili.
- Incentivare la realizzazione in loco di strutture residenziali e semi-residenziali.

Tabelle e grafici riferiti alle Politiche di prevenzione, contrasto, riduzione e accompagnamento della non autosufficienza

Si richiamano il grafico n. 3 e la tabella n. 6 inseriti nel punto 2.1 Profilo socio-economico-demografico

4.5.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

I cambiamenti demografici precedentemente descritti, in aggiunta alla crisi del mercato del lavoro, hanno prodotto una diffusa condizione di fragilità, con un crescente senso di insicurezza nella popolazione, soprattutto in quella parte più esposta al rischio di esclusione sociale e di non autosufficienza.

Pertanto, l'ATS XXIV, nel corso del triennio, intende sviluppare le seguenti azioni:

- 1. Potenziare i servizi residenziali e semiresidenziali:** vista la limitata offerta di posti in strutture di accoglienza per gli anziani, si auspica, nel corso del triennio, un aumento di strutture specifiche per detti soggetti.
- 2. Potenziare sad ed erogare assegni di cura:** grazie all'utilizzo del Fondo non autosufficienza, si andrà a favorire la permanenza o il ritorno in famiglia della persona anziana non autosufficiente attraverso il potenziamento o attivazione dei servizi di assistenza domiciliare nei Comuni del territorio. Inoltre dovrà essere approvato un regolamento SAD a livello d'Ambito per stabilire le modalità di svolgimento del servizio e i criteri di compartecipazione degli utenti;
- 3. Potenziare il lavoro dell'UVI per anziani non autosufficienti,** che definisca, in maniera uniforme in tutto il territorio, i vari livelli di gravità della condizione di non autosufficienza, le forme di tutela e le cure necessarie;
- 4. Disciplinare l'accesso alle residenze protette e case di riposo,** attraverso un regolamento che indichi i criteri e le modalità di partecipazione dell'anziano non autosufficiente alle rette di anzidette strutture;
- 5. Costituire ed avviare la rete dei centri sociali per anziani e monitorarne le attività:** queste azioni permettono di favorire la partecipazione attiva dei cittadini anziani alla vita del territorio, oltre a favorire la conoscenza approfondita delle risorse attualmente esistenti;
- 6. Predisporre azioni progettuali per l'attivazione e il protagonismo dell'anziano,** allo scopo da un lato di evitare l'isolamento relazionale e l'esclusione sociale e dall'altro non disperdere una risorsa fondamentale per la società quale è l'anziano stesso.

4.5.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d'Ambito, referenti regionali ed esperti dell'IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio; per quanto riguarda la gestione dell'assegno di cura e il sad, saranno predisposte schede di monitoraggio delle prestazioni e degli interventi attivati con le quali verrà rilevato l'esito del servizio prestato e quindi i risvolti sul benessere del cittadino anziano e più in generale sulla politica messa in atto dagli Enti Locali.

Le attività di monitoraggio e verifica sono indispensabili per adattare e modulare i vari interventi alle reali esigenze del territorio e degli anziani, apportando le necessarie modifiche che si riterranno opportune per il raggiungimento degli obiettivi preposti.

Diversi saranno gli attori coinvolti: Enti locali, associazioni, personale impegnato nell'erogazione del servizio, famiglie, utenti. Tale sistema prevede l'effettuazione di una rilevazione iniziale e di periodiche rilevazioni in itinere. Lo scopo della rilevazione iniziale è quello di delineare la situazione di partenza e fornire il termine di paragone per i successivi confronti; lo scopo della valutazione in itinere è duplice:

1. dare indicazioni sulla qualità del servizio;
2. permettere progressivamente di calibrare il servizio alle esigenze dei vari soggetti coinvolti, agendo sui nodi critici individuati.

4.6 Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati

4.6.1 Introduzione

Secondo il dossier statistico sull'immigrazione realizzato da Caritas-Migrantes, sono quasi 4 milioni gli stranieri presenti in Italia; questo numero ha subito dal 2009 ad oggi un aumento pari a circa il 22% e la popolazione immigrata rappresenta il 6,2% della popolazione complessiva (nell'ATS XXIV, come detto nei precedenti paragrafi, questa percentuale è di 6,43%, contro una media dei paesi Ue del 5,6%).

Interessante è anche considerare la composizione delle famiglie immigrate; da quanto emerge dai dati del 1° Rapporto sull'immigrazione in Italia (anno 2007), sempre più spesso, le coppie di cittadini stranieri scelgono di stabilizzarsi e costruire una famiglia in Italia. Se da un lato questa tendenza è segno di una progettualità a lungo termine e di un'integrazione con la popolazione ospitante, dall'altro crea inevitabili problemi per quanto riguarda le cosiddette "seconde generazioni", cioè figli di stranieri nati in Italia che si trovano ad affrontare le difficoltà derivate dalla loro appartenenza a due culture, quella di origine dei loro genitori e quella ospitante.

Questa situazione porta anche ad un altro problema, quello scolastico; la presenza di alunni stranieri in classe, che presentano grosse problematiche linguistiche, crea serie difficoltà di gestione della classe.

Per quanto riguarda l'ATS XXIV, nell'anno scolastico 2009/2010, gli studenti iscritti erano 1414 (tabella 1), di questi, 155, (circa l'11%) risultano essere stranieri. Dalla raccolta dati effettuata presso scuole, gli alunni stranieri per i quali è stato richiesto l'intervento di sostegno linguistico sono 39 (circa il 25%); ciò vuol dire che 1 su 4 di alunni stranieri ha bisogno di avere un supporto per quanto riguarda l'apprendimento della lingua italiana.

Questi dati stanno ad indicare da un lato una presenza considerevole di alunni stranieri nelle scuole e dall'altro la necessità, non più derogabile, di aiutarli nel delicato processo di socializzazione ed apprendimento.

4.6.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Come detto, soprattutto negli ultimi anni, la popolazione immigrata è aumentata notevolmente, con il conseguente aumento anche di problematiche legate all'integrazione.

L'obiettivo principale dell'ATS XXIV è quello di cercare di comprendere i bisogni degli stranieri presenti sul territorio, ponendosi come un referente al quale potersi rivolgere per trovare una risposta ai loro bisogni di informazione, accoglienza, sostegno e di aggregazione e altrettanto importante è creare situazioni di crescita culturale della cittadinanza per una maggiore partecipazione attiva alla vita del territorio e quindi anche ad una accoglienza dei soggetti stranieri.

Devono quindi essere progettati percorsi ed azioni partendo dall'analisi dei bisogni di una comunità sempre più eterogenea nella cultura, nella lingua, nella religione, ecc...

Per questo motivo, sono stati fissati alcuni obiettivi ritenuti prioritari per l'area immigrati:

- Promuovere l'orientamento e l'informazione per le popolazioni immigrate, attraverso un'assistenza burocratica e sportelli informativi;
- Prevenire l'emarginazione sociale;
- Facilitare l'accoglienza e l'integrazione sociale e culturale dei minori stranieri;
- Rimuovere gli ostacoli che favoriscono l'emarginazione;
- Tutelare il benessere dei residenti immigrati;
- Favorire l'apprendimento della lingua italiana attraverso attività ludiche, espressive, artistiche, linguistiche, laboratori di lingua e sostegno nello svolgimento dei compiti;
- Favorire il superamento delle difficoltà scolastiche, scoraggiando così la dispersione scolastica e l'abbandono;
- Prevenire il disagio e l'emarginazione sociale;
- Stimolare l'incontro e lo scambio tra minori e giovani stranieri e italiani;
- Organizzare momenti di incontro e socializzazione che coinvolgano gli immigrati e tutta la cittadinanza;
- Stimolare il coinvolgimento e la cooperazione tra le associazioni che operano nel campo dell'immigrazione e tra queste e le altre realtà del territorio.

Tabelle e grafici riferiti alle Politiche di sostegno all'integrazione dei cittadini stranieri immigrati

Tabella 1

	ISC AMANDOLA	ISC COMUNANZA	ISC FORCE	IST. ISTRUZIONE SUPERIORE	TOTALE
alunni	412	375	335	292	1414
alunni stranieri	44	36	57	18	155
alunni stranieri per sostegno linguistico	12	6	13	8	39

4.6.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

Per favorire l'effettiva integrazione degli immigrati presenti sul territorio, non si può prescindere dalla necessità di un sistema sinergico di azioni fra tutte le istituzioni che si trovano a dover gestire servizi e situazioni, le famiglie e le singole persone che sono destinatarie di questi servizi.

Le principali azioni che si prevedono di realizzare sono:

- 1. Sostegno linguistico in orario extra-scolastico:** è importante per lo straniero avere l'opportunità di conoscere le regole sociali e culturali delle popolazioni che risiedono sul territorio e viceversa per la comunità locale ospitante avere occasioni di conoscenza e di approfondimento degli aspetti culturali e sociali propri dei paesi di provenienza degli stranieri presenti sul territorio. In particolare, si ritiene rilevante l'accoglienza del minore straniero nelle scuole, tramite un percorso di conoscenza delle peculiarità culturali e religiose del minore stesso e della propria famiglia. Per affrontare tali problematiche di integrazione è evidente la necessità di avere una rete di riferimento, in grado, sia a livello scolastico che sociale, di intervenire positivamente in merito alle necessità di inclusione sociale, così da evitare discriminazioni. Nell'ambito scolastico, si ritiene utile lo svolgimento del sostegno linguistico per i minori immigrati, al fine di agevolare l'apprendimento e la socializzazione nel gruppo classe attraverso la conoscenza della lingua italiana.
- 2. Mediazione culturale:** Il costante aumento del numero di alunni stranieri, rappresenta un fenomeno molto rilevante per quanto riguarda il problema dell'integrazione e dell'accoglienza nelle scuole e nel contesto comunitario. Si tratta di un fenomeno complesso, ma che può costituire un motivo di riflessione ed apertura verso le culture "altre". La mediazione interculturale rappresenta lo strumento per favorire questo processo di integrazione e di apertura e quindi del confronto tra i popoli. Il mediatore culturale, infatti, collabora nei compiti di accoglienza, tutoraggio e facilitazione nei confronti degli alunni, dei docenti e delle loro famiglie al momento dell'ingresso nel mondo della scuola, nei luoghi di lavoro e comunque nei rapporti con gli altri settori della vita sociale: P.A., Sanità, ecc.
- 3. Valorizzazione della progettualità delle associazioni,** al fine di restituire loro un protagonismo spesso subordinato alla disponibilità dell'Ente locale, per favorire l'incontro tra associazioni, per sostenere iniziative interculturali provenienti dal territorio. In particolare si ritiene utile la partecipazione attiva delle associazioni di immigrati, o comunque che lavorano in questo settore, in attività interculturali organizzate anche a livello istituzionale.
- 4. Formazione:** vista la forte presenza di straniere (cosiddette "badanti"), in particolare dei paesi dell'est Europa, impegnate in lavori domestici per il supporto di famiglie nella cura e assistenza a domicilio di anziani o per la cura di anziani soli, è opportuno formare dette figure attraverso corsi di formazione specifica a tutela sia della persona assistita che dell'assistente.

5. **“Sportello Immigrati”**. Questo servizio sarà disponibile in base alle esigenze dell’utenza e all’organizzazione delle attività. Tale servizio potrà operare all’interno dell’Ufficio di Promozione Sociale dell’Ambito o in un’altra sede dislocata territorialmente.

4.6.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d’Ambito, referenti regionali ed esperti dell’IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio, che per la natura stessa del settore oltre che a verifiche di natura statistica consistono in un controllo costante delle attività realizzate, per determinare i punti di forza e di debolezza di un intervento e/o servizio, le aree da migliorare e la soddisfazione dei destinatari di tali azioni.

Gli strumenti che verranno utilizzati sono: relazione finale, documentazione video-fotografica delle varie attività, report della partecipazione e del coinvolgimento, report manifestazioni pubbliche.

4.7 Politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l’esclusione sociale

4.7.1 Introduzione

“La povertà viene calcolata dall’Istat sulla base di due distinte soglie convenzionali:

- una soglia “relativa”, determinata annualmente rispetto alla spesa media mensile pro capite per consumi delle famiglie italiane a cui si applica una scala di equivalenza a seconda del numero dei componenti delle singole famiglie. In base a questo criterio è considerata povera una famiglia di due persone con una spesa mensile per consumi pari o inferiore alla spesa media pro capite nazionale;
- una soglia “assoluta” basata sul valore monetario di un paniere di beni e servizi essenziali, aggiornato ogni anno tenendo conto della variazione dei prezzi al consumo.

Nell’anno 2009, in Italia, le famiglie che si trovano in condizioni di povertà relativa sono il 10,8% delle famiglie residenti (nel 2008 erano l’11,1%) e la soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari a 983,01 euro; questo sta ad indicare che viene considerata povera in senso relativo se spende mensilmente per i consumi, una cifra inferiore od uguale a tale importo. Mentre il 4,9% dell’intera popolazione è risultato essere al di sotto della soglia di povertà assoluta, quasi 5 italiani su 100 possono essere considerati “i poveri tra i poveri” dal momento che non possono avere uno standard di vita minimamente accettabile.

In base a questo rapporto, i più esposti al rischio di povertà relativa sono le famiglie più numerose, le famiglie con anziani e gli anziani soli.

A livello regionale, le Marche si collocano al 5° posto (tabella 1) tra le altre Regioni per l'incidenza della povertà relativa, che è pari al 5,4% (anno 2008).

4.7.2 Analisi dei bisogni e obiettivi di settore

Con il tempo, il concetto di povertà ha assunto significati, che vanno oltre gli aspetti economici, assumendo dei contenuti multidimensionali che spesso si associano ad esclusione sociale, devianza, differenza sociale ed emarginazione; situazioni che necessariamente portano a problematiche sociali anche molto gravi.

In ambito europeo il termine esclusione sociale si riferisce all'impossibilità, l'incapacità o la discriminazione nella partecipazione ad importanti attività sociali e personali, per cui l'individuo perde la percezione di appartenenza ad una data comunità.

L'esclusione sociale si riferisce, inoltre, ad una coincidenza di posizione economica marginale ed isolamento sociale e in questo settore l'ATS XXIV sta lavorando per cercare di giungere ad un approccio sistemico alla problematica e ad una programmazione partecipata degli interventi, nella convinzione che l'integrazione delle politiche sociali e la costruzione di un sistema di responsabilità condivise tra attori pubblici e del privato sociale possano favorire una migliore implementazione delle azioni ed una loro maggiore efficacia nei confronti di specifiche situazioni di disagio sociale.

Pertanto, è indispensabile fornire delle risposte adeguate alle necessità di questa parte crescente della popolazione, che ha l'esigenza in primis di veder soddisfatti i suoi bisogni primari (bisogni di sopravvivenza) e successivamente, bisogni secondari (salute, igiene, scuola, ecc.) e relazionali per la cui soddisfazione è indispensabile coinvolgere le istituzioni.

Sul territorio operano, in collaborazione con l'ATS XXIV, le seguenti associazioni che si occupano, in particolare, di soggetti fragili ed a rischio di emarginazione:

- Ass. "Centro di Solidarietà dei Monti Sibillini", opera a Comunanza, Amandola, Montefortino e Montefalcone Appennino per la distribuzione dei pacchi alimentari a famiglie in condizioni di disagio;
- Croce Rossa con sede a Comunanza che svolge attività di distribuzione di pacchi alimentari;
- Caritas di Amandola che svolge attività di ascolto e consegna pacchi alimentari a persone in condizione di disagio psico-sociale ed emotivo;
- Parrocchia di Comunanza che svolge attività di ascolto e consegna pacchi alimentari a persone in condizioni di disagio psico-sociale ed emotivo.

Come detto, tali associazioni lavorano in raccordo con l'UPS dell'Ambito Territoriale Sociale XXIV, che ha affrontato e risolto più di una situazione di sopravvivenza sia di natura alimentare che abitativa (consegna pacchi alimentari, disbrigo pratiche per ottenimento pensioni, ricerca di nuove soluzioni abitative, ecc.).

Inoltre questo Ambito fa parte del Tavolo sulle povertà, istituito in collaborazione con l'ATS XIX.

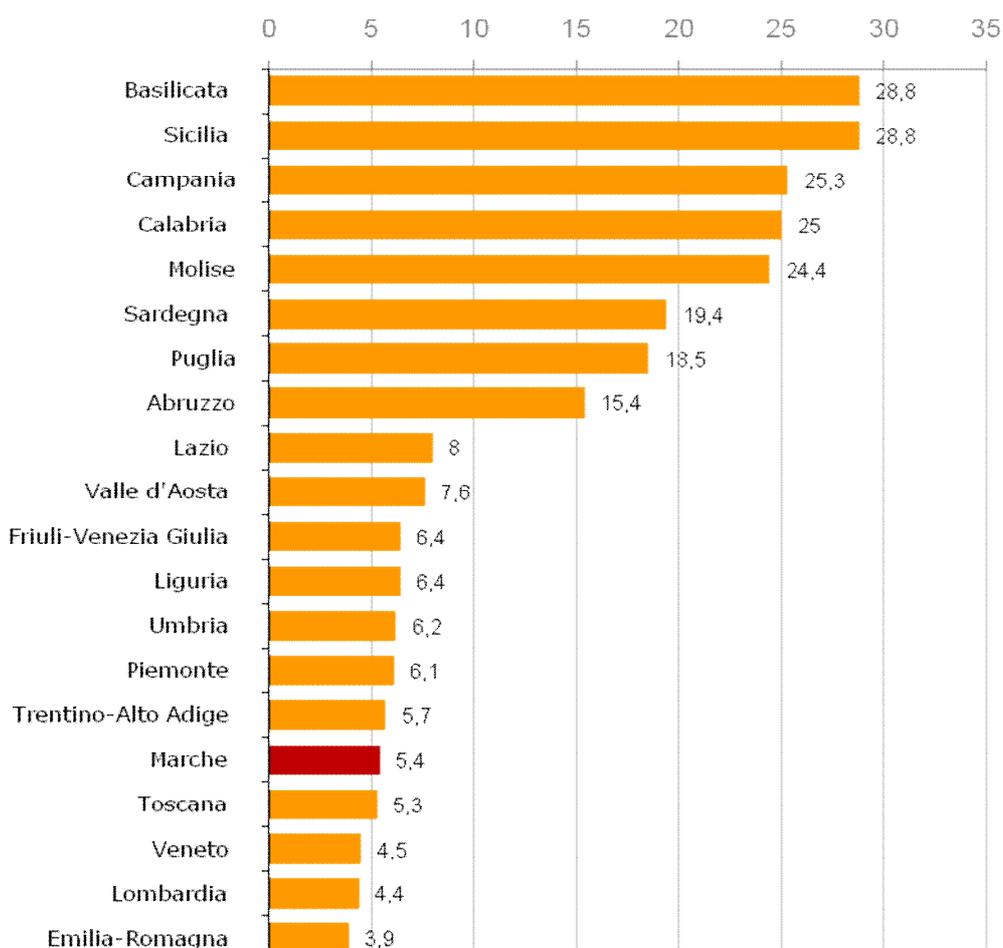
Per quanto riguarda gli interventi realizzati dai comuni, sono stati erogati contributi economici per il pagamento di utenze domestiche ed a sostegno dei canoni d'affitto elevati.

Gli obiettivi da raggiungere attraverso azioni coordinate sono:

- Sensibilizzare le istituzioni al tema dell'esclusione sociale e delle sue conseguenze;
- Costruire percorsi personalizzati di reinserimento sociale ed autonomia economica;
- Coordinare tutti gli interventi realizzati nell'ATS XXIV ed avviare un lavoro sinergico tra gli attori che operano nel campo dell'esclusione sociale (ATS, Comuni, ASUR, Associazioni di volontariato, ecc.);
- Offrire una lettura completa del fenomeno della povertà e dell'esclusione sociale attraverso l'analisi degli interventi esistenti e dei soggetti a rischio.

Tabelle e grafici riferiti alle Politiche di sostegno alla povertà estrema e contro l'esclusione sociale

Tabella 1



4.7.3 Piano di lavoro triennale e articolazione per ciascuna annualità

Come detto, le azioni di contrasto della povertà ed in generale dell'esclusione sociale necessitano, per risultare efficaci, di interventi di tipo trasversale.

Le misure di sostegno al reddito e alla condizione sociale generale dell'individuo da parte degli Enti Locali costituiscono, se calate all'interno di programmi personalizzati e mirati, gli strumenti attraverso i quali è possibile perseguire l'obiettivo del raggiungimento della autonomia economica, nonché del reinserimento sociale e del recupero sociale delle famiglie in condizioni di indigenza, nei cui confronti si impone anche una collaborazione da parte dei servizi sanitari e delle organizzazioni di volontariato.

Il piano di lavoro comprende quindi:

- 1. Costituire la rete** dei soggetti che operano per il sostegno all'inclusione sociale e condivisione delle diverse iniziative ed azioni presenti sul territorio;
- 2. Attivare lo sportello informativo e di inserimento lavorativo di persone svantaggiate** attraverso la collaborazione tra servizi sociali, le associazioni di volontariato, le politiche attive del lavoro, le politiche scolastiche e formative. Si dovrà approfondire la conoscenza del mercato del lavoro, studiare le sue caratteristiche, le dinamiche interne e l'andamento della domanda e dell'offerta di lavoro con riferimento a specifiche categorie di soggetti in condizione di svantaggio;
- 3. Mappare i servizi e gli interventi** privati e pubblici relativi alla povertà estrema e all'esclusione sociale;
- 4. Sostenere le attività delle associazioni di volontariato** presenti sul territorio che lavorano per il sostegno ai soggetti fragili e a rischio di esclusione;
- 5. Supportare le attività di sostegno all'emergenza abitativa** attraverso il pagamento del pernottato per persone senza fissa dimora per periodi limitati, in collaborazione con le varie associazioni di volontariato;
- 6. Distribuire beni di prima necessità ai soggetti più indigenti.**

4.7.4 Strumenti e processi di valutazione e monitoraggio del piano triennale e dei piani attuativi annuali

Gli strumenti e i processi di valutazione e monitoraggio del Piano triennale e dei Piani attuativi annuali sono quelli stabiliti nel Manuale di valutazione dei Piani di Ambito Territoriale Sociale della Regione Marche, redatto con la partecipazione dei coordinatori d'Ambito, referenti regionali ed esperti dell'IRS di Milano.

A questo strumento di valutazione, si aggiungono le ordinarie azioni di monitoraggio. Per quanto riguarda questa tematica, al fine di rispondere in maniera tempestiva, efficace ed efficiente alle necessità e alle situazioni di povertà estrema, si attuerà una valutazione costante del bisogno in modo da poter predisporre azioni specifiche e mirate.

Quindi si realizzerà una valutazione in itinere del bisogno, anche in base alle necessità che verranno dai Comuni, che ha lo scopo di quantificare le persone in stato di bisogno ed una valutazione finale per valutare l'adeguatezza delle azioni alla richiesta degli interventi.

Si attuerà quindi una raccolta di dati qualitativi e quantitativi sul numero e tipologia di utenti che usufruiscono degli interventi, il numero degli interventi, il livello di soddisfazione percepita e l'andamento dei vari progetti individuali realizzati.

I soggetti coinvolti sono i destinatari delle azioni, operatori di sportello, responsabili delle associazioni coinvolte, assistenti sociali e chiunque lavori per la realizzazione delle azioni.

5. L'ASSETTO ECONOMICO TRIENNALE

Per avere un quadro completo della spesa sociale sostenuta nell'ATS XXIV, occorre fare riferimento alla spesa che si può rilevare dal Piano Attuativo annuale 2010, nel quale sono stati riportati gli interventi dell'Ambito finanziati con Fondi propri (Fondo Unico, Leggi di settore, progetti speciali d'Ambito), quelli realizzati dall'Ambito in forma associata per conto dei Comuni membri e quindi finanziati con trasferimenti comunali e quelli realizzati dai Comuni in forma singola. Per questi ultimi è stata predisposta un'apposita scheda di rilevazione per singoli interventi e non per aree organizzative di servizi o d'utenza, dalla quale si è potuto risalire agli interventi che i Comuni realizzano per proprio conto.

Infatti se si prende in considerazione la sola spesa sostenuta dai Comuni, si esclude una grossa percentuale di spesa sostenuta dall'Ambito per proprio conto che comunque incide nella spesa pro capite, viceversa se si considera anche la spesa sostenuta da quest'ultimo si rischia di sommare doppiamente quella parte di spesa relativa ai servizi associati che l'Ambito svolge per conto dei Comuni, che pure quest'ultimi hanno considerato nell'ammontare della spesa sociale.

Per questi motivi si ritiene di non dover compilare i paragrafi che seguono, oltre al fatto che dall'analisi delle schede predisposte dalla Regione e sottoposte ai Comuni per la rilevazione della spesa, nonostante siano state più volte oggetto di correzioni, emergono comunque delle incongruenze che fanno supporre la non attendibilità dei dati in esse riportati (vedi ammontare Fondo Unico, importi previsti per servizi associati non rispondenti con quelli effettivamente preventivati dall'Ambito e comunicati ai singoli Comuni). Un'analisi dettagliata della spesa con riferimento alle sue componenti e alle aree di utenza o dei servizi sarebbe pertanto completamente inutile poiché non rispondente alla realtà.

Le schede compilate dai Comuni si allegano comunque al presente Piano.

Per gli anni 2011 e 2012, a causa dell'incertezza dei trasferimenti, al momento vengono ipotizzati e preventivati gli stessi importi dell'anno 2010; in fase di elaborazione dei successivi Piani Annuali si provvederà ad operare le opportune modifiche alla luce delle reali risorse disponibili.

6. IL PIANO ATTUATIVO ANNUALE

Per il Piano Attuativo Annuale si veda il relativo allegato.

7. IL MONITORAGGIO

7.1 Documentazione dei processi di partecipazione

Nel corso dell'anno, verranno predisposte diverse riunioni per monitorare l'andamento delle singole azioni, così come programmate nel Piano Triennale e nel Piano annuale