

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE IX

DOCUMENTO POLITICO

Allegato 1 al PIANO SOCIALE DI ZONA 2005-07

INDICE

1. PREMESSA	2
2. DAL PRIMO PDZ ALLA NUOVA PROGRAMMAZIONE TRIENNALE 2005-2007	3
3. NATURA GIURIDICA DELL'AMBITO SOCIALE (AZIENDA CONSORTILE)	6
4. PROCESSI DI GESTIONE E PARTECIPAZIONE	7
4.1 MODELLO ORGANIZZATIVO DI PIANIFICAZIONE STRATEGICA E GESTIONE OPERATIVA.....	9
4.2 INTEGRAZIONE DELLA STRUTTURA OPERATIVA PER LA COSTRUZIONE E GESTIONE DEL PCS CON LA STRUTTURA OPERATIVA DEL PdZ.....	12
5. IL LAVORO SOCIALE E LE AREE INTEGRATE	14
5.1 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	14
5.2 INTEGRAZIONE CON ALTRE AREE.....	15
6. ALTRI OBIETTIVI DI PROGRAMMAZIONE TRIENNALE	16
6.1 I LIVELLI ESSENZIALI E L'ISEE.....	16
6.2 METODI E STRUMENTI DELLA QUALITÀ.....	16
6.2.1 OSSERVATORIO.....	17
6.2.2 ACCREDITAMENTO.....	17
6.2.3 REGOLAMENTI, CARTA DEI SERVIZI, INDAGINI E RECLAMI.....	17
6.2.4 BILANCIO SOCIALE.....	18
6.3 UFFICI DI PROMOZIONE SOCIALE.....	18
6.4 INFORMAZIONE E DIFFUSIONE.....	19
6.4.1 FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO.....	19
6.4.2 COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE.....	19
6.5 RESPONSABILITÀ SOCIALE DI IMPRESA.....	19
6.6 RISORSE COMUNITARIE (FSE).....	19
7. PRIORITÀ PER AREE DI BISOGNO SOCIALE	20
7.1 I TREND OGGETTIVI.....	20
7.2 GLI ORIENTAMENTI E LE PRIORITÀ GENERALI IN SINTESI.....	26

1. Premessa

La sperimentazione e l'attuazione del primo piano di zona ha evidenziato una trasformazione in atto nella gestione delle politiche sociali a livello territoriale.

Il Comune di Jesi, indicato nell'anno 2002 dal Comitato dei Sindaci quale Ente capofila dell'ambito sociale territoriale, ha inteso proseguire e dare continuità al percorso intrapreso affinché avesse attuazione l'applicazione della L.328/00 "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e la normativa di recepimento Regionale.

Come noto nella prima fase la Presidenza è stata delegata al Sindaco di Jesi, in accordo con tutti i Sindaci dell'ambito.

Dopo le dimissioni del Coordinatore Sergio Cerioni, dal 1° Aprile 2004 è stato nominato Coordinatore d'Ambito Riccardo Borini.

Dopo le elezioni comunali della primavera 2004, il Comitato dei Sindaci del 13 luglio 2004 ha confermato quale Ente capofila il Comune di Jesi e i Sindaci hanno eletto Presidente il Sindaco del Comune di Jesi. Nella stessa seduta è stato nominato l'Ufficio di Presidenza composto dai Sindaci o loro delegati dei Comuni di Jesi, Filottrano, Castelplanio, Cingoli, Maiolati Spontini.

Il Presidente convoca e presiede il Comitato dei Sindaci, svolge la funzione di coordinamento e di sintesi dell'orientamento in materia di politiche sociali, cercando di favorire uno sviluppo sempre più forte della "cultura di ambito" attraverso un processo integrato di servizi sociali territoriali in grado di promuovere il benessere della comunità. Si rende necessaria la capacità "di fare sistema", una capacità ritenuta utile dal resto del territorio e che costituisce un valore aggiunto in una realtà estremamente diversificata dal punto di vista territoriale, di sviluppo dei servizi e di orientamento delle politiche sociali.

Il Comune Capofila in accordo ed in co-responsabilità con tutti i Comuni ha lavorato e continua a lavorare affinché vengano garantite e rafforzati:

- la pari dignità tra tutti i Comuni;
- la cittadinanza d'ambito;
- il ruolo di raccordo con la Regione;
- il processo di sussidiarietà atto a sostenere il riequilibrio dei servizi tra i comuni più urbanizzati e quelli periferici, poco popolosi.

La Legge 328/00, fondamentalmente ispirata alla logica di concertazione, dalla programmazione alla realizzazione degli interventi, individua:

- nella **Regione** il soggetto che esercita le funzioni di programmazione e di indirizzo degli interventi sociali;
- nella **Provincia** il ruolo di coordinamento relativamente ad alcune azioni alle quali il nostro ambito partecipa ed aderisce in maniera fattiva e collaborativa.

Allo stesso modo i **Comuni** diventano i titolari di funzioni, quali:

- programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, rilevazione delle priorità e dei settori di innovazione;
- erogazione di servizi e di prestazioni economiche;
- autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale;
- definizione dei parametri di valutazione delle condizioni socio economiche al fine della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi da parte dei cittadini.

Il sistema delle responsabilità e le specifiche attribuzioni di competenza, ripartite tra i diversi livelli istituzionali, comportano la necessità di coniugare il livello di programmazione Regionale con un livello che risulti adeguato e funzionale alla promozione e protezione degli interessi specifici della popolazione, nelle singole comunità locali.

La maggiore interazione tra i soggetti, nel rispetto dei ruoli e delle specifiche funzioni, può essere garanzia di maggior tutela dei cittadini, in particolare quelli più deboli che, spesso, oltre a non essere in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni, non sempre riescono a formulare domande pertinenti ai servizi.

L'assetto Istituzionale e gestionale del welfare socio assistenziale è al centro di un rinnovamento che interessa l'organizzazione ed il riparto delle competenze amministrative tra livelli differenti di governo con particolare riferimento alle organizzazioni locali (Comuni) nelle modalità di gestione e di intervento della programmazione zonale di ambito.

L'Ambito Territoriale sta dedicando particolare attenzione al raccordo con i servizi sociali gestiti dalle due Comunità Montane (Esino Frasassi e San Vicino) e dalle due Unioni dei Comuni (San Marcello, Belvedere Ostrense, Morro d'Alba e Maiolati Spontini, Castelplanio, San Paolo di Jesi, Monteroberto, Poggio San Marcello).

Lo strumento Piano di Zona è la risposta strategica all'esigenza di passare da una cultura assistenziale di erogazione di prestazioni alla persona bisognosa ad una politica positiva di servizi, fra loro integrati, a favore della comunità locale. Il Piano di Zona dovrà quindi contestualizzare le finalità e gli obiettivi definiti dalle Linee guida Regionali, in alcune aree ritenute strategiche, con riferimento alle esigenze e ai bisogni locali.

Con il PdZ l'ambito territoriale si impegna a dare attuazione, attraverso l'identificazione dei soggetti e dei rispondenti interventi e servizi alle indicazioni contenute nell'art. 2, comma 3 della legge 328/2000 nel quale si stabilisce che *“i soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali”*.

Questi obiettivi comportano a livello locale l'adozione di atti, l'effettuazione di scelte, la predisposizione di strumenti nonché l'avvio di nuovi rapporti interistituzionali. Il problema principale della pianificazione è che per essere funzionale e rispondente ai reali bisogni delle singole realtà Locali i Piani devono divenire uno strumento in grado di introdurre logiche di razionalità strumentale nella progettazione e implementazione delle politiche sociali.

I Piani devono, inoltre, essere strumenti di innovazione, pensati come processi di costruzione sociale del benessere, basati sul coinvolgimento e la valorizzazione delle varie organizzazioni e forze sociali.

Questo processo tende a rendere permanente il “cantiere sociale” in cui le singole organizzazioni istituzionali e non, a partire dalla lettura dei bisogni, programmano interventi e servizi efficaci per il territorio.

2. Dal primo PdZ alla nuova programmazione triennale 2005-2007

L'esperienza maturata dai Comuni dell'Ambito ha sottolineato l'esigenza di un **riequilibrio dei servizi tra i comuni più urbanizzati e quelli periferici, poco popolosi**; percorso, come noto, di non facile realizzazione ma sul quale sono già stati investite risorse economiche e di programmazione operativa.

Alcune importanti decisioni del Comitato hanno riguardato le priorità per il bando della Regione Marche – Bando 2002/2003 finalizzato al finanziamento di strutture residenziali e semiresidenziali a valere **dell'Ob. 2** dei Fondi Strutturali dell'Unione Europea:

- Casa di Riposo “Rossi e Battaglia” – Comune di Apiro (contributo Reg. ass. € 84.464,86);
- Casa di Riposo “Foltrani-Filati” – Comune di Cingoli (contributo Reg. ass. € 96.599,16);
- Casa di Riposo Ipab – Comune di Cupramontana (contributo Reg. ass. € 156.321,11);
- Casa di Riposo – Comune di Montecarotto (contributo Reg. ass. € 65.073,57);
- Casa di Riposo – Comune di Morro D'Alba (contributo Reg. ass. € 37.370,86);
- Asilo Nido – Coop. Sociale Baby Zerotre – Comune di S.M.Nuova (contributo Reg.ass. € 31.680);

Dopo il Piano di Zona 2003, nell'anno 2004 i Sindaci hanno approvato i seguenti obiettivi prioritari:

1. Collaborazione con l'Università Politecnica della Marche per l'elaborazione dello studio di fattibilità del **Piano Industriale** per la costituzione **dell'Azienda Consortile** per i Servizi Sociali.
2. Accordo di programma per la promozione dell'**integrazione lavorativa** delle categorie svantaggiate – coinvolgimento Ufficio di Presidenza e Ufficio di Piano;
3. **Costituzione della Commissione tecnico-consultiva L.R. 20/02** per strutture residenziali e semiresidenziali;
4. **Uffici di Promozione Sociale** (ridefinizione della proposta elaborata nel Piano di Zona 2003 alla luce delle nuove linee guida della Regione Marche).
5. Uniformazione dei criteri di accesso ai servizi attraverso **regolamenti unitari e condivisi** (ISEE e regolamenti: SAD/ADI, asili nido, servizi per l'handicap, famiglia, etc.).
6. **Progetto Servizio Civile**
7. **Integrazione socio-sanitaria** – aspetto trasversale a tutte le priorità (pianificazione degli incontri mensili con la Direzione Generale e con i Responsabili dei Servizi Territoriali).
8. Strumenti di miglioramento della **comunicazione nell'Ambito**: sito web, intranet, news letters, etc;
9. **Monitoraggio** attuazione **Piano di Zona e progetti d'Ambito**;
10. **Carta dei Servizi d'Ambito** (come indicato nelle linee guida della Regione Marche).
11. Costruzione del **Sistema informativo** in collaborazione con l'Osservatorio Politiche Sociali Provinciale e Regionale.
12. Coordinamento **Percorsi formativi** in collaborazione con la Provincia.

Questi obiettivi sono stati raggiunti, alcuni sono in itinere e altri sono stati ratificati nei seguenti atti o progetti di ambito:

- Firma del contratto tra l'Ambito Territoriale IX, l'Ambito Territoriale X e la Coossmarche per la regolamentazione dell'inserimento dei minori nella Comunità Educative e di Pronta Accoglienza, sita nel Comune di Cupramontana – Poggio Cupro (15.06.04);
- Il "Servizio di Sollievo" che, oltre a sostenere le famiglie con soggetti affetti da disturbi mentali, ha promosso un'importante Rassegna annuale ("Malati di Niente") che si tiene nel Comune Capofila nel periodo marzo – maggio (21.07.04);
- Approvazione della convenzione con l'Università Politecnica delle Marche per l'elaborazione dello studio di fattibilità del **Piano Industriale** per la costituzione **dell'Azienda Consortile** per i Servizi Sociali (26.07.04);
- Accordo di Programma per la promozione dell'integrazione lavorativa delle categoria svantaggiate per la Provincia Ancona - CIF di Jesi, ASUR Z.T. 5, Ambito Territoriale Sociale IX (15.09.04)
- Approvazione del progetto di gestione e piano finanziario della struttura residenziale per disabili nel Comune di Morro d'Alba (27.10.04) e successiva approvazione del Piano finanziario definitivo (24.11.04);
- Approvazione del Piano Infanzia e Adolescenza – L.R. 9/3 (27.10.04);
- Approvazione del Piano Attuativo – Uffici di Promozione Sociale (27.10.04);
- Approvazione Carte dei Servizi di Ambito per la Prima Infanzia e l'Infanzia e Adolescenza – L.R. 9/03 e approvazione dei regolamenti della gestione associata handicap per Centri Diurni disabili, assistenza educativa individuale e servizio d'aiuto alla persona (27.10.04);
- Approvazione della programmazione di spesa concernente l'attività di gestione dei servizi associati nell'Ambito IX per l'anno 2005 (24.11.04);
- Approvazione dello schema di Accordo di Programma per il governo e la gestione dei Piani Comunitari di Salute – ASUR Z.T. 5 (Conferenza dei Sindaci 22.12.04)
- Approvazione del Piano di Fattibilità per la costituzione degli Uffici di promozione Sociale (01.02.20005);
- Approvazione del Piano Territoriale finalizzato all'integrazione scolastica, la promozione dell'agio dei giovani e la prevenzione del disagio (25.02.2005);
- Approvazione del modello organizzativo della programmazione e gestione partecipata del Piano di Zona 2005/2007 e del Piano Comunitario di Salute (01.03.20005)
- Piano di interventi della L.R. n. 2/98 per i servizi a favore della popolazione immigrata;

- Piano di interventi della L.R. 18/96 per la disabilità che sostiene la rete dei servizi compresi i quattro Centri Diurni dell'Ambito;

Il Processo d'identità che il Comitato dei Sindaci ha promosso individuando nell'Ambito Sociale il collante della realizzazione del Welfare di comunità ha dato, quindi, i suoi primi risultati attraverso una partecipazione attiva e condivisa alla riforma in atto e ha posto le basi ad un futuro fatto di tappe da percorrere, obiettivi da sviluppare e da condividere nell'ottica non solo di un consolidamento dinamico volto ad un **rafforzamento in termini di qualità e perequazione dell'offerta dei servizi sui territori**.

Il percorso attivato richiede oggi un ridimensionamento alla luce delle Linee Regionali e delle scelte Nazionali per la costruzione del secondo piano di zona di valenza triennale (2005/2007).

I 21 Comuni che costituiscono l'ambito IX sono caratterizzati da differenti livelli di urbanizzazione (urbanizzati/periferici), di dimensioni (Comuni piccoli e Comuni grandi), di caratteristiche della popolazione, ecc.... che portano l'ambito ad avere attenzione nella lettura del bisogno, nello sviluppo dei servizi territoriali, nella ripartizione dei fondi, nelle scelte strategiche, nella definizione delle priorità di investimento dei programmi e delle risorse.

Le metodologie messe in campo hanno sempre cercato di porre particolare attenzione a queste caratteristiche ritenendo fondamentale la raccolta di dati ed informazioni in grado di andare a rilevare e discutere oggettivamente i piani di sviluppo zonali.

Significative sono state alcune ricerche:

- Indagine sulle famiglie con minori 0 –3 anni (maggio 2003);
- Indagine sulle famiglie con bambini in età scolare (maggio 2003);
- Indagine sulle attività dei Centri Sociali (marzo 2003);
- Indagine sui Servizi per i portatori di handicap e le loro famiglie (marzo 2003);
- Indagine sulla Dispersione Scolastica , realizzata nell'autunno 2003;
- Indagine sulle Aziende non obbligate ai fini della L. 68/99, realizzata nell'autunno del 2004);

La scelta di investire su figure e professionalità sociali formate ha costituito la determinante della qualità del lavoro sociale a cui questo ambito vuole dare seguito anche per il futuro.

Particolarmente significativo è il percorso per l'attuazione degli Uffici di Promozione Sociale che prevede l'assunzione di n.5 assistenti sociali nel giugno 2005, con il quale verranno attivati sia gli uffici di promozione sociale che un Servizio Sociale Professionale di Ambito. Il ruolo di tale servizio sarà quello di supportare tutto il territorio al fine di sopperire alla carenza di operatori assistenti sociali nei singoli Comuni.

Questo oltre ad essere un servizio ai cittadini residenti e/o domiciliati nell'ambito diventa un valido supporto all'attività degli amministratori locali e segno tangibile dell'identità sociale che la zona intende proporre al territorio. Esso permetterà di raccogliere la domanda, strutturare l'intervento per accompagnare i soggetti alla risoluzione del loro problema e della difficoltà temporanea e/o di più lunga durata.

Infine nel prossimo triennio l'obiettivo più generale sarà quello di abbandonare le pianificazioni separate (settoriali) per favorire il governo integrato del territorio, concepito come una fondamentale condizione di operatività. Si opererà quindi per giungere alla individuazione di **priorità sociali** volte a rispondere alla logica di un welfare multilivello in riferimento alla seguenti macro-aree di intervento caratterizzate da servizi che variano per intensità assistenziale e complessità organizzativa :

- promozione sociale
- servizi a domicilio
- servizi semiresidenziali
- servizi residenziali
- servizi per l'emergenza sociale.

3. Natura giuridica dell'ambito sociale (azienda consortile)

La necessità di dare **veste giuridica all'ambito** nell'ottica di un rafforzamento dell'identità propria e per un maggior peso operativo, gestionale e decisionale ha avviato fin dal 2002 la riflessione sulla complessità dei processi di gestione dei servizi ha portato a considerare l'opportunità di dotare l'Ambito di uno strumento giuridico ad hoc.

Tra le diverse forme di gestione dei servizi sociali previste dalla L. 326/2003 (Istituzione, Aziende Speciali e Società a capitale interamente pubblico), il Comitato dei Sindaci, dopo l'analisi della realtà territoriale e il confronto con altre esperienze, ha fatto cadere la scelta sullo strumento dell'Azienda Speciale Consortile.

Il Comitato dei Sindaci nel luglio del 2004 ha stipulato una convenzione con l'Università Politecnica delle Marche per uno studio di fattibilità dell'Azienda Speciale Consortile nel territorio dell'Ambito.

Dopo la raccolta dei dati relativi ai servizi sociali presenti in ogni comune dell'ambito, tra breve sarà presentato un primo report intermedio per la scelta da parte dei Sindaci del modello organizzativo ritenuto più idoneo per il nostro territorio.

In questo percorso circa lo studio di fattibilità dell'Azienda Consortile sono previsti dei Seminari di approfondimento e accompagnamento rivolti sia ai tecnici che ai politici. Si prevede inoltre il coinvolgimento di tutti gli attori sociali del territorio (organizzazioni del terzo settore, sindacati, ecc...).

4. Processi di gestione e partecipazione

L'ambito territoriale IX ha concluso una prima parte del lavoro di partecipazione con il Piano Sociale di Zona 2003, a cui hanno avuto seguito di promozione per il territorio, nonché nuove consultazioni con alcuni degli attori chiave della rete territoriale.

Nella fase attuale una delle priorità dei processi di gestione e partecipazione sarà quella di rafforzare ulteriormente rafforzata l'attività **dell'Ufficio di Piano** quale attore fondamentale per la costruzione della qualità dei servizi e degli interventi territoriali. Tra gli strumenti si dovranno coprogettare e introdurre fattivamente nel sistema si farà riferimento in particolare alla carta dei servizi, alle procedure di accreditamento, alla realizzazione del Bilancio Sociale e della cartella sociale informatizzata.

Il percorso di realizzazione del PdZ triennale sarà suddiviso in due momenti distinti che porteranno alla definizione del **piano triennale** e in seguito alla progettazione del **piano operativo annuale**.

Sarà costantemente garantito un sistematico **coinvolgimento del territorio** attraverso il consolidamento della metodologia di programmazione partecipata secondo il modello a regime che oggi viene condiviso e ratificato. L'utilizzo della programmazione come metodo di governo dei servizi sociali consente di lavorare su un insieme di bisogni complessi in grado di conciliare la mutevolezza delle richieste dell'utenza e la trasformazione di funzioni dell'Ente locale in servizi che pongano attenzione ai bisogni di benessere dei cittadini. L'obiettivo è quello di andare a determinare una strategia complessiva di intervento con l'intento di creare percorsi di condivisione rispetto a possibili problemi e bisogni della Comunità locale (sia da parte di enti istituzionali sia da parte dei cittadini). La programmazione partecipata ha fortemente arricchito le azioni progettate orientando verso un welfare di comunità capace di garantire in modo globale la qualità sociale dei servizi con la qualità ambientale dei territori nella logica della sostenibilità dello sviluppo.

Si darà quindi seguito ai processi di gestione e partecipazione già avviati negli anni 2003-2004 ipotizzando eventualmente dei cambiamenti organizzativi funzionali solo al miglioramento dei processi e non ad un loro smantellamento.

A tutt'oggi sono in essere progetti che riguardano differenti settorialità (infanzia – adolescenza - famiglia , salute mentale, handicap, anziani, dipendenze patologiche, immigrazione,) che richiedono una continuità in termini di avanzamento dei lavori e di responsabilità organizzative e per i quali non è possibile andare a cambiare e stravolgere processi di gestione consolidati e condivisi (**laboratori di coprogettazione**).

Il Piano di Zona 2003 aveva inoltre già attivato alcuni **Tavoli tematici di partecipazione**.

Nell'anno 2004 alcuni di questi tavoli (handicap, immigrazione e minori) sono stati riconvocati per il monitoraggio del P.d.Z. 2003 e l'individuazione di ulteriori obiettivi e ora verranno riproposti anche per la **definizione del piano triennale** per la condivisione dei macroobiettivi triennali e successivamente per la **declinazione operativa annuale** degli stessi.

Sarà attivato un **nuovo Tavolo della Concertazione** composto da soggetti pubblici e del privato sociale e della società civile organizzata in rappresentanza di tutto il complesso mondo direttamente o indirettamente coinvolto nel lavoro sociale. Esso avrà il compito di sovrintendere al confronto e allo scambio sugli stati di avanzamento del piano e sulle ipotesi di programmazione riprogrammazione/aggiornamento del PdZ in stretto collegamento con il Comitato dei Sindaci.

Resta di competenza del Comitato dei Sindaci l'approvazione del Piano di Zona, l'approvazione dei progetti e di tutti gli atti che comportano impegni di spesa.

Di seguito alcune note tecniche per la concertazione:

1. Iscrizione ai tavoli tematici della concertazione dal 1 aprile 2005

2. Iscrizione alla concertazione con apposita scheda (denominazione tavolo a cui si desidera partecipare nome cognome rappresentante, ruolo all'interno dell'organizzazione, tel fax e-mail organizzazione, cell. e-mail rappresentante)
3. Le organizzazioni dovranno individuare il loro rappresentante tra le persone che possono portare un contributo significativo al percorso di concertazione
4. Possono partecipare ai tavoli tematici della partecipazione solo le organizzazioni che hanno almeno un'esperienza triennale nell'area di intervento (minori, disabili, immigrati,anziani, disagio, dipendenze) all'interno dell'Ambito Territoriale Sociale IX.
5. Composizione tavolo della concertazione:
 - Presidente del Comitato dei Sindaci, Coordinatore di Ambito, 1 rappr. Dell'Ufficio di Piano,
 - per il **tavolo Minori**: 1 rappr. ASUR ZT 5, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr delle Coop. Sociali, 2 Dirigenti Scolastici (uno per gli Ist .Comprensivi e uno per le Scuole secondarie di secondo grado);
 - per il **tavolo Disabilità**: 1 rappr. ASUR ZT 5 UMEE- UMEA, 1 rappr. ASUR ZT 5 DSM, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr delle Coop. Sociali "A" e 1 rappr delle Coop. Sociali "B";
 - per il **tavolo Anziani**: 1 rappr. ASUR ZT 5, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr delle Coop. Sociali, 1 rappr. IPAB;
 - per il **tavolo Immigrazione**: 1 rappr. ASUR ZT 5, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr. dei Consiglieri Comunali Stranieri Aggiunti, 1 rappr. Ass. di Immigrati;
 - per il **tavolo Disagio**: 1 rappr. ASUR ZT 5, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr delle Coop. Sociali;
 - per il **tavolo Salute Mentale**: 1 rappr. ASUR ZT 5 DSM, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr. delle Coop. Sociali, 1 rappr delle Coop. Sociali "A" e 1 rappr delle Coop. Sociali "B";
 - per il **tavolo Dipendenze**: 1 rappr. ASUR ZT 5 SERT, 1 rappr Ass. di volontariato, 1 rappr delle Coop. Sociali;
 - inoltre saranno presenti 1 rappr. CIF JESI, 3 rappr. delle organizzazioni sindacali e 1 rappr. delle Fondazioni.

4.1 Modello organizzativo di pianificazione strategica e gestione operativa

Occorre istituire un processo permanente di social governance¹ per l'implementazione del nuovo welfare. Gli attori infatti devono trovare un loro posizionamento e un raccordo durevole nella fase di programmazione ma anche nella fase attuativa.

Per questo i Tavoli di lavoro e i nuclei qui sotto descritti opereranno nella fase iniziale e in tutto il processo di gestione in un'ottica dinamica per la realizzazione specifica dei piani di intervento e di progetto annuale, che verranno predisposti, e per la loro valutazione. Il PdZ triennale sarà quindi un prodotto dinamico risultante da un processo di costruzione permanente che prevede una sequenza di azioni processuali che troveranno la loro messa a regime nella fase matura del ciclo di programmazione.

Di seguito una proposta di architettura del sistema di governance che va vista come matrice di un diagramma di flusso per una rappresentazione formale del sistema di relazioni istituzionali e non come ordine gerarchico e piramidale tra le parti.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA PROGRAMMAZIONE E GESTIONE PARTECIPATA DEL PdZ

Fase	Livello	Organismo	Definizione	Composizione	Compiti/funzioni
Politico/ istituzionale	Politico decisionale	Comitato dei Sindaci	Tavolo di indirizzo e decisione politica istituzionale	tutti i sindaci (o loro delegati) dei comuni appartenenti alla zona.	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione degli indirizzi politici e delle priorità di sviluppo - Analisi della proposta di pianificazione e confronto con l'ufficio di piano - Raccolta delle proposte progettuali, prima definizione politica e concertazione - Approvazione del PdZ - Gestione e valutazione del PdZ
Tecnico/gestionale e di coordinamento	Supporto Tecnico (permanente)	Ufficio di Piano	Tavolo tecnico di programmazione e/ gestione condivisa e regolamentazioni e omogenea della rete dei servizi sociali	tutti i responsabili dei servizi sociali dei comuni della zona ed eventualmente altri soggetti istituzionali e non coinvolti nella programmazione e gestione della rete (terzo settore, ASL, ...)	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei bisogni - Analisi delle istanze e delle proccettualità emerse durante l'attività di concertazione e coprogettazione territoriale costante - Stesura di una proposta tecnica di pianificazione sulla base degli indirizzi politici - Valutazione dei processi e dei sistemi

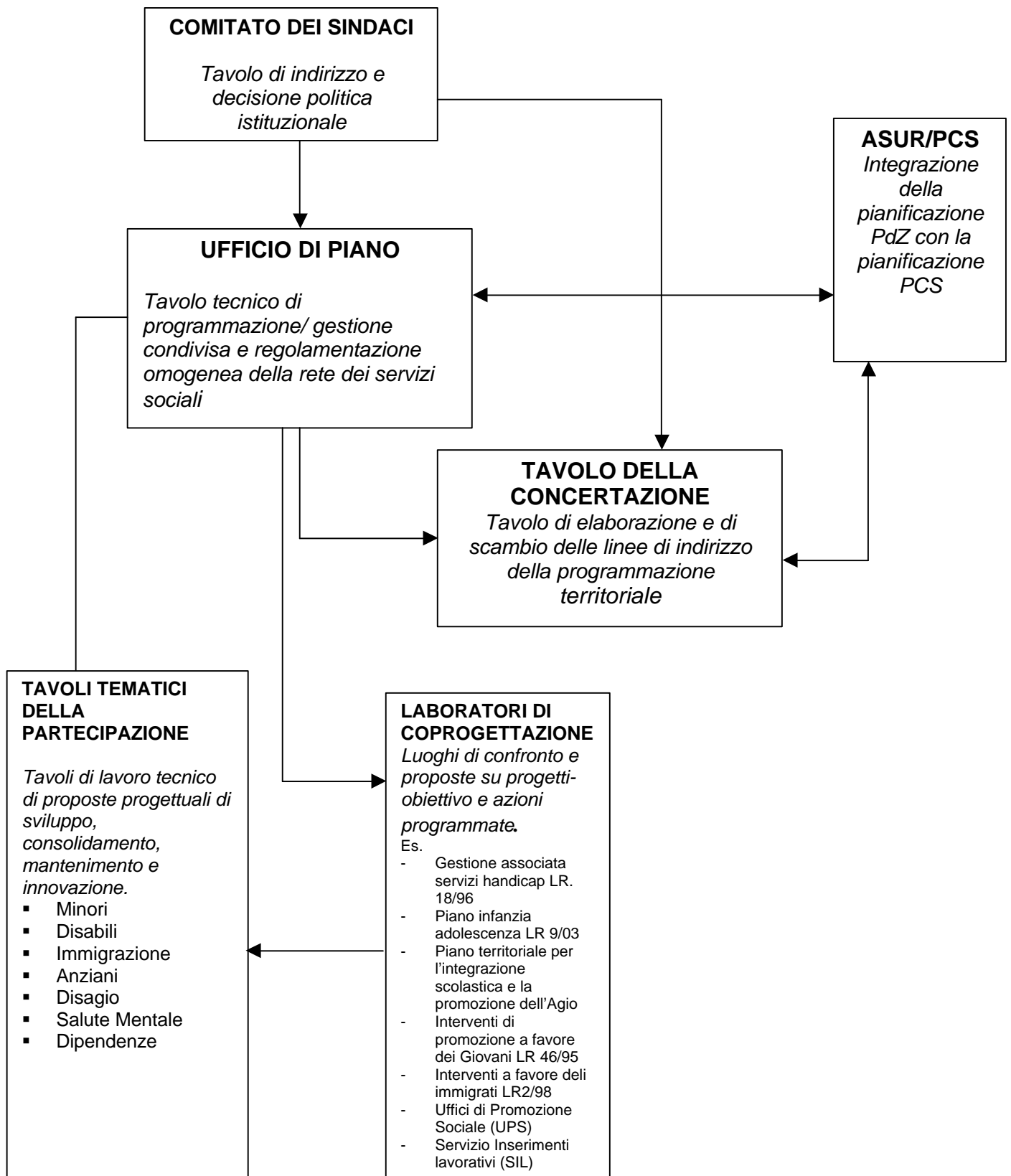
¹ principio di governo allargato e partecipato dove le strategie sono co-decise da una rete di autori interdipendenti

Operativa/gestionale	Assistenza tecnica	Ufficio di Staff	Organismo di supporto tecnico del Coordinatore di Ambito e dell'ufficio di piano	tecnici esperti nella pianificazione territoriale e altre figure amministrative e professionali	consulenza tecnica a supporto della programmazione, realizzazione e gestione del piano di zona
Concertativa	Programmazione partecipata	Tavolo della Concertazione ²	Tavolo di elaborazione e di scambio delle linee di indirizzo della programmazione e territoriale	Soggetti pubblici e del privato sociale e della società civile di riferimento territoriale in rappresentanza di tutto il complesso mondo direttamente o indirettamente coinvolto nel lavoro sociale ³	Sovrintendere al confronto e allo scambio sugli stati di avanzamento del piano e sulle ipotesi di programmazione, riprogrammazione/aggiornamento del PdZ stesso
Operativa	Progettazione partecipata	Tavoli tematici della partecipazione	Tavoli di lavoro tecnico di proposte progettuali di sviluppo, consolidamento, mantenimento e innovazione.	operatori pubblici, del terzo settore e della società civile organizzata operanti a livello locale	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei dati e identificazione del bisogno - indicazioni progettuali per eventuali laboratori di coprogettazione, sulla base delle ipotesi di analisi e degli indirizzi politici - valutazione e riproposizione programmatica <p>La sintesi delle proposte viene trasferita all'Ufficio di Piano e al Comitato dei Sindaci ed entra in discussione nel tavolo di concertazione.</p>
Operativa	Progettazione partecipata	Laboratori locali di coprogettazione	Luoghi di confronto e proposte su progetti-obiettivo e azioni programmate.	operatori pubblici, del terzo settore e della società civile organizzata operanti a livello locale	Elaborazione di progetti specifici secondo indicazioni emerse nella concertazione e nei tavoli tematici.
Attuativo/gestionale	Livello realizzato	Soggetti titolari ed erogatori dei servizi	Luoghi di attuazione dei servizi e degli interventi	Soggetti titolari ed erogatori dei servizi	- Realizzazione delle azioni di piano

² Definizione di concertazione: processo attraverso cui un soggetto istituzionale procede a delle scelte accogliendo e conciliando le indicazioni che arrivano da soggetti diversi, istituzionali e non, raccolti in un luogo di confronto

³ di cui all'art. 1, comma 4 e comma 6 della Legge 328/00

DIAGRAMMA DI FLUSSO DEL MODELLO ORGANIZZATIVO PdZ



4.2 Integrazione della struttura operativa per la costruzione e gestione del PCS con la struttura operativa del PdZ

Premesse:

- il comitato dei sindaci è coincidente
- l'ufficio di Piano del PdZ può coincidere perché vi sono componenti degli enti locali ma anche dell'ASUR
- Il DISS previsto dal PCS potrebbe essere considerato l'organismo esecutivo specialistico per l'integrazione socio-sanitaria che potrebbe essere ricompreso nel sistema pdz quale costola tematica dell'ufficio di piano. Essendo questo il luogo in cui si andranno a trattare tutte le tematiche specifiche di area integrata con la sanità il lavoro del PdZ che riguarderà la pianificazione partecipata su questi argomenti verrà condiviso su questo tavolo e a questo livello.
- Gli eventuali gruppi di lavoro che dovessero nascere a fronte sulla base delle scelte effettuate nel DISS andranno condivisi nel tavolo della concertazione PdZ e potranno coincidere eventualmente con tavoli tematici interistituzionali già previsti dal PdZ
- Lo stesso vale per tutti gli eventuali lavori che si programmeranno per Laboratori di coprogettazione specialistica sulle tematiche di area integrata.

Struttura PCS			Integrazione con Struttura PdZ
DENOMINAZIONE	RUOLO	FUNZIONI	
Conferenza dei Sindaci (integrata dal Direttore Zona Territoriale)	Organo committente e promotore	<ul style="list-style-type: none"> • commissiona il PCS • nomina la struttura operativa per il PCS • favorisce la partecipazione della comunità e l'integrazione fra i diversi attori • valuta la proposta di PCS ed approva la stesura definitiva sulla base delle priorità di scelta • dispone le necessità attuative del PCS • valuta i risultati raggiunti • riattiva il processo di programmazione – attuazione 	gli organismi coincidono
Ufficio di Piano	Organo coordinatore	<ul style="list-style-type: none"> • coordina tutte le fasi di elaborazione del PCS • elabora la proposta di PCS • vigila sul processo attuativo del PCS • propone la valutazione del PCS 	gli organismi possono coincidere se l'ufficio di piano pdz e' allargato all'asur
Dipartimento Integrato SocioSanitario per il PCS (DISS)	Organo esecutivo	<ul style="list-style-type: none"> • propone la costituzione dei gruppi di lavoro e li 	si tratterebbe dell'organismo esecutivo specialistico per

		coordina sotto il profilo tecnico <ul style="list-style-type: none"> • gestisce il sistema informativo unificato • propone e coordina la formazione degli operatori • gestisce gli interventi attuativi del PCS 	l'integrazione socio-sanitaria che potrebbe essere ricompreso nel sistema pdz quale costola tematica dell'ufficio di piano
Gruppi di lavoro	Organo tecnico	<ul style="list-style-type: none"> • analizzano bisogni selezionati di salute • contribuiscono alla definizione del sistema informativo 	potranno coincidere con tavoli già costituiti nel pdz o andranno condivisi nell'ufficio di piano e nel tavolo della concertazione
Gruppo di monitoraggio	Organo di coordinamento attuativo	<ul style="list-style-type: none"> • monitora la regolare attuazione degli interventi previsti nel PCS • riferisce all'Ufficio di Piano e al DISS in ordine allo stato di attuazione del PCS, individuando eventuali criticità che emergono in fase di attuazione 	

5. Il lavoro sociale e le aree integrate

5.1 Integrazione socio-sanitaria

La questione dell'integrazione socio sanitaria sarà certamente la grande scommessa di questo piano di zona. L'integrazione socio-sanitaria rappresenta infatti un obiettivo prioritario per promuovere il benessere complessivo dei cittadini: secondo quanto indicato dalle Linee Guida per l'attuazione del Piano regionale *“Per promuovere scelte finalizzate all'integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili e complementari le scelte previste dal Piano di Zona e dal Programma territoriale delle attività di Distretto, nonché dal Piano Strategico aziendale per le materie non di competenza del Distretto che comunque hanno una ricaduta significativa negli Ambiti Territoriali”*.

In particolare il Programma territoriale delle Attività di Distretto (PAD) rappresenta il Piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria. Il Piano di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sanitari. E' necessario quindi che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatica attuata in modo integrato in una stretta collaborazione tra Aziende Sanitarie ed Enti Locali, tra Distretto e comunità territoriale.

Nel Piano di Zona, così come nel Programma delle Attività Territoriali di Distretto, verranno previsti i protocolli operativi e le modalità tecnico-organizzative con le quali i servizi sanitari e socio-assistenziali svolgono in modo coordinato e unitario compiti dedicati a problemi di comune competenza con particolare riferimento alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative (D.Lvo 229/99 e DPCM 14.02.2001 “atto di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”). **(vedi par. prec. 4.2)**.

Sarà compito del Comitato dei Sindaci, nel rispetto delle indicazioni del D. lgs 229/99 (art. 3, quater, comma 3, lettera c), concorrere alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali il quale determina le risorse per l'integrazione socio sanitaria, previo parere del comitato dei sindaci di distretto.

Al fine dell'assolvimento del compito di pianificazione zonale previsto dalla legge 328/2000, diventa pertanto essenziale che il PdZ si realizzi a partire dalla definizione partecipata dei Programmi delle attività territoriali nei quali devono essere determinate le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'azienda e dei comuni. In tal modo i Comitati dei sindaci possono adottare “sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle ... prestazioni” (Vedi art. 4, DPCM 14.2.01).

Il Comitato dei Sindaci, attraverso il lavoro del Coordinatore di Ambito, in raccordo con l'ASUR zonale definisce le modalità dell'integrazione socio-sanitaria andando a rafforzare gli strumenti e andando ad attuare i piani (Piano Comunitario della Salute) al quale sono stati chiamati i Dirigenti e gli operatori della Asl e dei Comuni nonché i rappresentanti del tavolo della Concertazione (attori sociali individuati nell'art. 1 della L. 328/00).

Occorre quindi prioritariamente individuare nel Piano di Ambito Sociale e nel Piano Comunitario della Salute gli strumenti di programmazione concertati con tutte le parti sociali, dei servizi sociali e sanitari del territorio (Distretto e Ambito). La partecipazione del Coordinatore di Ambito ai Comitati di Direzione dell'ASUR Z.T. 5 diviene così scelta strategica e luogo privilegiato in cui poter concretamente discutere l'integrazione ed in cui potere incidere con una nuova cultura di collaborazione tra lavoro sociale e sanitario.

Particolarmente significativo per questo è l'**Accordo di Programma** per il governo e la gestione dei Piani Comunitari di Salute, già siglato nella Conferenza dei Sindaci del 22.12.04 e il regolamento del Dipartimento Integrato SocioSanitario approvato nel Comitato dei Sindaci del

01.03.2005. Da esso sono partite tutte le azioni di collaborazione operativa con l'ASUR per la realizzazione congiunta dei due strumenti.

5.2 Integrazione con altre aree

Una forte valenza assume inoltre la necessità di **un'integrazione istituzionale** ampia a fronte della multidimensionalità dei processi di prevenzione e promozione sociale da realizzarsi non solo con le politiche sanitarie, ma anche del **lavoro, formazione, scuola, abitazione, urbanistica, ecc.**

Di fondamentale importanza sarà la regolamentazione di tali rapporti integrati e la predisposizione e l'utilizzo di prassi e strumenti condivisi.

Si sottolineano in merito alcuni dei percorsi già intrapresi e sui cui occorrerà dare continuità: per quanto riguarda il lavoro, è già attivo l'Accordo di Programma per la promozione e l'integrazione lavorativa delle persone svantaggiate.

Sarà necessario ampliare la gamma di operatività integrata inserendo le altre necessarie azioni sul disagio e sulla prevenzione

Sulle altre aree è ancora tutto da costruire e a partire dal secondo anno del piano di zona si dovrà dare avvio almeno ai primi tavoli di analisi e coprogettazione delle azioni e degli interventi necessari.

6. Altri obiettivi di programmazione triennale

6.1 I livelli essenziali e l'ISEE

La necessità di operare affinché si stabiliscano dei **livelli essenziali di servizi e interventi nel territorio** secondo criteri e principi condivisi e regolamentati è emersa ormai in numerose occasioni.

Si riafferma l'impegno (punto 1 - Premessa) di individuare i soggetti di cui all'art. 2 comma 3 della legge 328/2000 che accedono prioritariamente al sistema integrato degli interventi e servizi sociali, assicurando loro - tenuto conto delle indicazioni delle linee guida regionali - la fruizione di essenziali interventi e servizi ricompresi all'interno della rete territoriale dei servizi essenziali.

Nel dibattito sui livelli essenziali andrebbe sviluppato non un mero elenco di prestazioni standard minimo uniforme ma il concetto di esigibilità delle prestazioni e degli interventi come definito dal titolo V della Costituzione (diritti civili). E' importante infatti non solo stabilire quali sono i livelli essenziali, ma definirne i parametri relativi alle modalità di erogazione delle risposte per garantirli, oltre che il loro dimensionamento sul territorio. Diventa quindi necessario sviluppare una analisi dei processi assistenziali e dei relativi requisiti essenziali che garantiscano la qualità nell'intero percorso, a partire dalla fase di accesso ai servizi.

Si propone quindi di istituire un gruppo di lavoro istituzionale attraverso l'Ufficio di Piano in merito allo studio dello stato dell'arte sull'applicazione dell'ISEE nella zona (analisi dei casi sperimentati) per la redazione di proposte da sottoporre al Comitato dei Sindaci. Le proposte saranno sottoposte a confronto con le organizzazioni sindacali, di volontariato e degli utenti.

6.2 Metodi e strumenti della qualità

La rete dei servizi alla persona che i cittadini utilizzano nel territorio è un oggetto plurimo ossia formato da più dimensioni e variabili.

Pertanto il sistema qualità, pensato per tutti i servizi e progetti dell'Ambito IX, deve controllare regolare e verificare più aspetti, quali:

- la rete complessiva dei servizi e degli interventi rivolti ai cittadini ;
- il singolo servizio
- il gruppo degli operatori che lavorano all'interno dei servizi,

A seconda dell'oggetto da valutare cambia lo strumento di valutazione.

L'Ambito T.S. IX propone i seguenti strumenti di valutazione, tenendo in considerazione il contenuto da monitorare:

OGGETTO DI VALUTAZIONE	STRUMENTO DELLA QUALITA'
Rete dei Servizi	Osservatorio Accreditamento
Servizio	Regolamento Carta del servizio Indagini sulla soddisfazione dell'utenza Sistema dei reclami
Operatore	Regolamento Carta del servizio Indagini quali-quantitative sul personale
Impatto sociale	Bilancio sociale

6.2.1 Osservatorio

Per monitorare la qualità della rete occorrono punti con funzioni da osservatorio, che hanno il compito di misurare l'incontro tra bisogni e risposte in un dato territorio. Nell'ottica della qualità partecipata, occorre che tali uffici, non si limitino a registrare servizi realizzati e bisogni espressi, ma sappiano far emergere anche i bisogni sommersi anche attraverso il coinvolgimento ed il raccordo permanente con le associazioni che operano nella promozione e tutela dei diritti. Tale funzione sarà svolta dagli UPS, che rappresenteranno un primo significativo elemento di qualità, in ordine alla raccolta, verifica ed analisi della domanda e dell'offerta dei servizi sociali. Inoltre tali Uffici, ubicati in tutto il territorio dell'ambito, serviranno a misurare la qualità della rete, in termini di efficacia ed efficienza per la programmazione socio-sanitaria.

Fondamentale sono, inoltre, il raccordo costante e le sinergie da sviluppare con l'Osservatorio Provinciale per le Politiche Sociali.

6.2.2 Autorizzazione e Accreditamento

La Legge regionale 20/02 la cui scadenza è stata prorogata al 31/12/2005 rimane il riferimento per la realizzazione di un sistema di servizi territoriali che pongano le basi alla realizzazione di un riconoscimento univoco per l'accreditamento. Di conseguenza la Regione stabilirà le tariffe e i criteri di convenzionamento tra il pubblico e il privato sociale. In attesa di procedere l'Ambito attraverso la commissione tecnica prevista dal regolamento applicativo della L.R.20/02 ha già iniziato a prendere in esame le richieste di autorizzazione avanzate dalle organizzazioni che gestiscono servizi residenziali e semiresidenziali nel territorio di competenza. La Commissione svolge anche un ruolo di assistenza tecnica preventiva a valere di eventuali richieste. L'Ambito intende accrescere la cultura della qualità dei servizi anche attraverso Seminari informativi.

6.2.3 Regolamenti, Carta dei servizi, Indagini e Reclami

I Regolamenti e la Carta dei Servizi servono a monitorare la qualità dei singoli servizi e degli operatori impegnati nell'attività sociale.

I regolamenti sintetizzano le norme di funzionamento, le procedure, ed in alcuni casi i parametri a cui devono attenersi gli operatori. L'Ambito IX sta procedendo in vari settori, (disabilità, minori, anziani) a regolamenti comuni al fine di uniformare procedure, responsabilità e modalità operative omogenee in tutto il territorio.

La Carta del servizio è finalizzata a rendere trasparente e verificabile da parte di tutti i cittadini il funzionamento del servizio. Pertanto essa rappresenta uno strumento di comunicazione e al tempo stesso uno strumento di miglioramento della qualità, con l'obiettivo di incidere sui rapporti tra soggetti erogatori e cittadini-utenti. I contenuti tenuti presenti all'interno della costruzione delle Carte di servizi, secondo le indicazioni dell'Art. 13 L. 328/2000, possono essere così sintetizzati:

- criteri per accedere al servizio
- funzionamento del servizio
- valutazione da parte degli utenti
- procedure di tutela degli utenti.

Sarà cura dell'Ambito IX promuovere e sostenere lo sviluppo omogeneo di tale strumento presso i servizi di tutto il territorio ed eventualmente gestire in modo uniforme il **sistema dei reclami** ed eventuali indagini sulla soddisfazione dell'utenza, anche attraverso la valutazione e l'adozione di appositi sistemi informatizzati su piattaforma web che agevolino il più possibile la comunicazione diretta con il cittadino e l'aggiornamento costante.

Sarà inoltre promossa la partecipazione delle organizzazioni degli utenti nella valutazione, controllo e vigilanza - come già previsto in alcuni Regolamenti vigenti - al fine del miglioramento continuo della qualità dei servizi.

6.2.4 Bilancio sociale

Per valutare le strategie, le politiche, i progetti e gli aspetti gestionali relativi alla costruzione del Piano Sociale di Zona, l'Ambito IX svilupperà la costruzione del Bilancio Sociale. Esso rappresenta lo strumento per giudicare e valutare la rendicontazione sociale, attraverso il quale l'ambito diventa un'organizzazione che valuta, rende conto e comunica agli stakeholders e alla comunità comportamenti, risultati e impatti attinenti alle scelte attuate dagli organi politici e tecnici delle amministrazioni locali, in merito a questioni sociali ed economiche. Esso rappresenta uno strumento per ridefinire obiettivi, ri-programmare azioni valutando le ricadute e l'impatto a livello di comunità, un efficace strumento di verifica del complessivo avanzamento progettuale dell'ambito Territoriale.

Vista la complessità e la articolazione strutturale e culturale che la realizzazione di tale strumento prevede (in cui la partecipazione del territorio che va infatti ben preparato è fondamentale) si sottolinea la necessità di dar corso all'avvio di tale percorso solo a partire dal secondo anno del PdZ.

6.3 Uffici di promozione sociale

Forte è stata l'azione di sensibilizzazione che le attività della pianificazione e gestione degli UPS hanno promosso.

Tale lavoro ha visto un sostanziale contributo integrato di intelligenze e risorse differenti, presenti nel territorio, al fine di arrivare ad una condivisa co-progettazione nella impostazione della fase di avvio degli Uffici di Promozione Sociale. Nella conoscenza reciproca tra servizi e nello sforzo comune di tentare di stabilire condivise sinergie di lavoro comuni, hanno svolto un ruolo importante gli operatori ASUR Z.T. n.5, le tre Assistenti Sociali dei Comuni dell'ambito, i patronati, le associazioni di volontariato, gli uffici di informazione sociale rivolti in particolare agli immigrati.

Il processo continuerà con una nuova dotazione di personale, composta da n. 5 AA. SS., che realizzeranno su tutto il territorio dell'ambito in modo uniforme il servizio di informazione e promozione sociale che fa capo alla sigla UPS come previsto dalle linee guida del Piano regionale.

Grande attenzione dovrà essere posta in particolare:

- alla costruzione dei **protocolli operativi integrati** con gli altri servizi territoriali compresi i sindacati e i patronati e tutte le organizzazioni interessate al processo,
- la promozione e sperimentazione di strumenti utili al monitoraggio degli interventi e al miglioramento della qualità dell'offerta e del lavoro sociale grazie al loro utilizzo integrato tra servizi ed enti (**cartella sociale informatizzata unica**),
- la **formazione** degli operatori.

Il modello di funzionamento già ratificato nella prima fase di gestione dovrà essere rafforzato e dovrà prevedersi **l'ampliamento dei nodi di rete** per offrire al territorio l'opportunità di codificare e strutturare prassi operative già sperimentate e fondamentali per tutta il territorio dell'ambito.

6.4 Informazione e diffusione

6.4.1 Formazione e aggiornamento

Per quanto riguarda la formazione alcuni percorsi sono già in agenda (formazione professionale orientata alla gestione del lavoro sociale – corso per operatori UPS e operatori ASUR Z.T. 5, seminari di accompagnamento nel percorso dello studio di fattibilità dell'Azienda Consortile) e altri dovranno essere messi in calendario (Bilancio Sociale, Pronto Intervento Sociale, Assistenti domiciliari familiari per le persone anziane, Politiche abitative, ecc.).

Per la progettazione di tali percorsi sarà strategico l'utilizzo di bandi per la formazione professionale e di ulteriori risorse economiche che possono essere offerte dal territorio.

6.4.2 Comunicazione e diffusione

La recente messa in rete del sito dell'Ambito costantemente aggiornato e con una area riservata ai componenti dei gruppi di lavoro, diventa uno strumento fondamentale e indispensabile per la cura della comunicazione sia verso la cittadinanza che verso gli operatori sociali.

Una particolare cura dovrà essere adottata per l'utilizzo di altri strumenti (conferenze e comunicati stampa, articoli sulle pubblicazioni delle amministrazioni locali, newsletter, ecc).

6.5 Responsabilità sociale di impresa

Il mondo delle imprese deve essere coinvolto non solo sulle politiche di sviluppo ma anche nell'assunzione di responsabilità perché solo un modello che coniughi i processi economici e produttivi con il benessere dei cittadini porta allo sviluppo del territorio.

L'obiettivo di coinvolgere il mondo delle imprese, accanto al terzo settore e ai sindacati, è volto a superare la "separatezza" che le politiche sociali hanno mantenuto fino ad oggi nell'assetto della programmazione ai vari livelli.

L'assunzione di responsabilità da parte delle imprese nei settori ambientali e sociali apre un percorso di democrazia impegnativo.

L'Unione Europea (Libro verde per la responsabilità sociale delle imprese) e il Ministero del Welfare hanno elaborato un insieme di linee guida per le imprese che intendono impegnarsi contro il disagio sociale. Il Libro considera la responsabilità d'impresa come qualcosa di pienamente libero, cui la singola azienda può decidere di aderire ma senza obblighi.

La responsabilità sociale dell'impresa non è beneficenza ma significa che le imprese contribuiscono attivamente alla creazione di un sistema di benessere, di qualità dell'ambiente e di capitale sociale.

L'Ambito Territoriale intende quindi promuovere un tavolo con la partecipazione delle aziende, dei sindacati e del terzo settore, finalizzato ad elaborare nel territorio un progetto sperimentale di applicazione delle linee guida europee e ministeriali.

6.6 Risorse Comunitarie (FSE)

Per la UE la politica sociale è un elemento chiave per un'economia basata sulla conoscenza, capace di una crescita economica duratura accompagnata da un miglioramento quantitativo e qualitativo dell'occupazione e da una maggiore coesione sociale. Le politiche sociali e dell'occupazione si rafforzano a vicenda.

Con la predisposizione del prossimo Piano di Zona si rafforzerà la progettazione finalizzata soprattutto a quei settori che si riterranno prioritari.

La solidarietà internazionale è un elemento portante di un processo di pianificazione che vede l'Ambito inserito in un sistema di relazioni più ampie finalizzate a sostenere quei Paesi in via di sviluppo che rientrano nei processi di priorità indicati dalla Regione Marche.

Valorizzando l'esperienza di Ong locali, si potrebbero individuare alcune aree di paesi in via di sviluppo in cui avviare progetti di cooperazione, che da una parte sostengono e accompagnano detti paesi, dall'altra aprono la nostra progettualità oltre i confini dell'Ambito.

7. Priorità per aree di bisogno sociale

Dalla valutazione del primo periodo di gestione del piano di zona e dal **profilo di comunità** emergono **trend oggettivi** su cui possiamo basare ipotesi concrete di programmazione.

Con queste ipotesi sarà necessario confrontarsi ai tavoli della concertazione e a quelli della partecipazione per la definizione degli obiettivi e delle azioni da programmare nel PdZ triennale.

7.1 I trend oggettivi

- **Anziani**

Aumento della popolazione anziana, sia nei Comuni urbanizzati che in quelli periferici. La comunità d'Ambito raggiunge le 102.296 (con un incremento rispetto al 2001 di + 19%) unità con una popolazione sopra i sessantacinque anni di 23.275 e una popolazione sotto i 14 anni di 12.814 (con un decremento rispetto al 2001 di - 8,53%). Indagando **l'indice di vecchiaia** emerge che, con una popolazione sopra i sessantacinque anni che raggiunge una media del 22,3% e una popolazione sotto i 14 anni stimata attorno all'12,6%, l'indice è di **181,3**. Questo significa che per ogni 100 giovani sotto i 14 anni, vi sono 181 ultrasessantacinquenni. Si rileva inoltre che, diversi comuni sono sopra la media: Poggio San Vicino (346,4), Montecarotto (235), Cupramontana (228), Poggio Sna Macello (217), Apiro (214), Belvedere Ostrense (207), Jesi (202), Morro d'Alba (188). Altre riflessioni non ancora supportate dai dati oggettivi dicono che a fronte di un aumento della longevità, gli anziani a rischio di malattie invalidanti aumentano esponenzialmente con il passare degli anni. L'invecchiamento della popolazione sta modificando fortemente le reti familiari e l'insieme dei bisogni. E' interessante inoltre rilevare che, rispetto ai legami con la comunità, e quindi ai meccanismi di appartenenza sociale, mentre da un lato aumentano le persone anziane che contribuiscono alla vita sociale, dall'altro permangono situazioni di debolezza e fragilità dipendenti anche dall'indebolimento dei ruoli sociali.

La Regione Marche ha fornito i seguenti dati relativi alla non autosufficienza al **31.12.2003**: **ASUR Z.T. 5** (che coincide con **l'Ambito Territoriale IX**) ospiti non autosufficienti (RSA + PSA): **486**; ASUR Z.T. 4 (Ambito Senigallia): 598; ASUR Z.T. 6 (Ambito Fabriano): 156 ; ASUR Z.T. 7 (Ambito Ancona, Falconara, Osimo): 974.

Un forte impegno ed impulso dovrà essere, dunque, dato alla risposta sociosanitaria riguardo alle esigenze degli anziani non autosufficienti, attraverso un forte sostegno agli interventi alternativi all'istituzionalizzazione (interventi domiciliari, assegni di cura, centro diurno) alla chiara definizione dei percorsi (sistema di valutazione) e alla appropriatezza della risposta in regime residenziale.

Particolarmente strategiche saranno le politiche sociali circa la **non autosufficienza** che si delinea come una vera e propria emergenza sociale.

Andranno inoltre sviluppati interventi a sostegno della **domiciliarità** che sostengono e valorizzano la presenza degli anziani sul territorio.

Particolare attenzione dovrà essere posta sulla valorizzazione delle **assistenti familiari domiciliari** delle persone anziane, ruolo spesso ricoperto da donne immigrate. Sarà strategico promuovere iniziative per monitorare il fenomeno e per attivare percorsi informativi formativi che garantiscono i diritti delle persone assistite e i diritti dei lavoratori/lavoratrici.

- **Disagio Giovanile**

Se la percentuale di coloro che sono sotto i 14 anni denuncia un ricambio generazionale in forte difetto, la fascia di popolazione compresa tra i 14 e i 17 anni non riflette un dato migliore. I dati ISTAT relativi (rilievo al 31/12/2000) indicano una percentuale sulla popolazione totale d'ambito pari al 3,6%, con il dato più alto nel comune di Poggio San Marcello 4,6% e il più basso in Morro d'Alba con il 3,0%.

Il dato relativo alla fascia 18-25 anni è pari a 8,9% .

A fronte di un calo della popolazione giovanile, l'esperienza sociale e sanitaria sul territorio denuncia un **aumento del disagio giovanile** stesso che oggi si manifesta secondo forme già note (consumo di sostanze stupefacenti, abuso di alcool, atti di vandalismo, ecc.), ma anche con modalità nuove ed altrettanto allarmanti, quali un'accentuata apatia e un diffuso disimpegno in tutti i settori della vita quotidiana (scuola, lavoro, ecc.).

L'indice di vecchiaia più alto e la diversità delle opportunità socio-lavorative e ricreative suggeriscono una particolare attenzione verso i giovani che vivono nei Comuni periferici.

L'aumento del disagio obbliga anche a cogliere una richiesta qualificata di tutto il territorio volta a promuovere ed estendere la cultura della **promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza**. L'attivazione di queste politiche non è considerata attualmente un atto essenziale all'interno del complesso sistema di gestione del territorio, ma proprio per questo costituisce un indicatore della qualità sociale che la comunità deve essere in grado di mettere in atto.

CAG (Centri di Aggregazione Giovanile)

Nella prospettiva della prevenzione dei comportamenti a rischio tra i minori (e della promozione del benessere): un'importanza crescente stanno assumendo nel territorio i centri di aggregazione giovanile, luoghi in cui preadolescenti ed adolescenti hanno la possibilità di soddisfare desideri ed interessi, realizzare attività di varia natura e vivere relazioni amicali costruttive; ma in pari tempo anche luoghi in cui possono allacciare e mantenere un rapporto significativo con figure adulte di riferimento (gli educatori). Nell'ultimo triennio l'esperienza del coordinamento dei sei Cag attualmente presenti nel territorio dell'ambito ha consentito di consolidare questo tipo di lavoro, oltre che di gettare le basi per le prime forme di collaborazione con le altre realtà territoriali a vario titolo coinvolte in attività con i giovani (oratori, associazioni, società sportive, ecc.). Più o meno continuativamente (a seconda delle situazioni e del tipo di attività svolto), l'équipe degli educatori in servizio nei **CAG**, mantiene contatti e relazioni con un **numero di giovani che oscilla tra le 800 e le 1000 unità**. D'altra parte, **con alcune iniziative specifiche**, come l'ultima indagine sul tempo libero dei minori della Vallesina (del 2000), **si sono raggiunti oltre 4 mila soggetti in età compresa tra gli 11 e i 20 anni**. Non è esagerato quindi affermare che gli educatori dei CAG – personale professionalmente preparato e con anni di esperienza alle spalle – rappresentano una risorsa preziosa sul versante della prevenzione del disagio e della promozione dell'agio, in quanto interlocutori diretti e in certo senso privilegiati di preadolescenti ed adolescenti. In tal senso, essi appaiono essere, oggi, come dei veri e propri **"terminali" sul territorio di una rete** in cui però necessariamente dovranno via via **coinvolgersi sempre più anche altri soggetti, sia istituzionali (come la scuola) che non (come ad esempio allenatori, gestori di pub, disc-jockey, ecc.)**. In futuro, pertanto, uno degli obiettivi di fondo a cui tendere potrebbe essere essenzialmente questo: qualificare ulteriormente ed **estendere nel territorio la metodologia di lavoro e di relazione adottata dagli operatori dei centri di aggregazione**; una metodologia che in ultima analisi punta a fare degli stessi giovani e giovanissimi i protagonisti della prevenzione del disagio e della promozione dell'agio. E ciò sia indirettamente - coinvolgendoli in attività e progetti che consentano loro di crescere e di "star bene" con se stessi e con gli altri - sia direttamente, chiamandoli progressivamente in causa anche per la realizzazione di iniziative specifiche riguardanti quelli che oggi vengono riconosciuti come i principali "fattori di rischio" (abuso di alcool, uso di stupefacenti, giochi estremamente pericolosi, ecc.).

Servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali

Per ciò che riguarda invece i preadolescenti, cioè i minori tra i 10 e i 14 anni (ma il discorso è valido anche per i minori delle elementari), attualmente nel territorio dell'Ambito un'attività specifica di prevenzione in ambiente extrascolastico - intesa come servizio pubblico stabile e strutturato - si sostanzia eminentemente nei centri pomeridiani per minori a rischio ("Il Castagno" di Jesi (n. 20 utenti) e "L'Abete" di Moie di Maiolati (n.15 utenti)): una tipologia di servizio, questa, ormai consolidata e rispetto alla quale è possibile disporre

di utili elementi di valutazione. Trasversali ai centri pomeridiani (ma anche ai Cag) appaiono invece essere altri tre tipi di servizio pure presenti nel territorio dell'Ambito a favore dei minori:

il tutoraggio dei minori a rischio di emarginazione (un servizio flessibile, volto a sostenere sia il percorso scolastico che quello di inserimento lavorativo e integrazione sociale, ancora in fase sperimentale ed attivato in sei comuni dell'Ambito) è partito nel 1° aprile 2005, ha già coinvolto 10 minori;

la Comunità Alloggio "Il sentiero" di Poggio Cupro, che ospita 10 minori in stato di abbandono e/o soggetti a provvedimenti di allontanamento dal nucleo familiare.

la Comunità Educativa "Paidés" - Ass. Oikos di Jesi che ospita 10 minori.

Va precisato però che a parte le Comunità - gli altri servizi per i minori sopra indicati **non sono estesi, attualmente, all'intero territorio dell'ambito.**

L'auspicio quindi è che in futuro si possa prevedere un loro ampliamento, partendo dalla messa in rete e dall'ottimizzazione di tante piccole esperienze "sparse" (specie nei comuni più piccoli) che non sempre riescono a superare le difficoltà date dalla piccola dimensione e dalla mancanza di operatori qualificati ed inquadrati in un servizio vero e proprio. Più in generale, inoltre, si evidenzia qui l'opportunità di promuovere una maggiore integrazione tra i servizi realizzati in orari extrascolastici da un lato e le iniziative poste in essere dalla scuola dall'altro; **una integrazione passante in primo luogo attraverso il coinvolgimento degli istituti scolastici e di tutti gli enti pubblici e privati interessati in un coordinamento, e quindi in una effettiva ed efficace "rete" di tutte le risorse e realtà esistenti,** non solo per ciò che riguarda l'educazione alla salute (star bene con se stessi, gli altri, le istituzioni), ma anche in termini di educazione ambientale, sportiva, ecc.

- **Servizio Dipendenze (ASUR Z.T. 5)**

Pazienti in carico al Servizio per assunzione di sostanze stupefacenti

ANNO 2003: n. 259

ANNO 2004: N. 283 di cui 239 maschi e 44 femmine.

Pazienti in carico per assunzione di alcol

ANNO 2003: n. 82 di cui 66 maschi e 16 femmine

ANNO 2004: n° 99 di cui 80 maschi e 19 femmine

N.B. Si fa presente che l'alcolologia non è stata prevista dalla Legge di istituzione dei Ser.T., per cui non esiste in tutti i Ser.T.

L'aumento di pazienti alcolisti nel 2004, rispetto al 2003, è stato del 18,9 % circa.

Per i pazienti in carico, **nel 2004**, sono stati effettuati i seguenti interventi :

Attività cliniche : 41.788

certificazioni, esami ematici e urinari, somministrazione farmaci sostitutivi, test, visite, colloqui, psicoterapie individuali, familiari, di coppia, counselling, consulenze in Ospedale, visite domiciliari, ecc.

Attività socioriabilitative : 749

assistenza ai detenuti, programmi di alternativa al carcere, inserimenti lavorativi, programmi in C.T.

Attività di Servizio Sociale : 998

attività amministrativa, di soccorso sociale, segnalazioni delle Prefetture, elaborazioni di dati e statistiche, sostegno per problemi socioeconomici, rapporti con il Tribunale per i minorenni, supporto sociale alle famiglie.

Dati sulla popolazione sommersa di consumatori non in carico al Ser.t.

Difficilissimo calcolarli con precisione.

Una stima approssimativa del fenomeno del consumo (saltuario o continuativo) di sostanze e/o di alcol tra giovani e adulti, si può dedurre dai dati delle:

Segnalazioni delle Prefetture art. 121, per consumo di cannabinoidi :

n° 52 di cui maschi 43 e 9 femmine -

Fino a 19 anni : M. 7, F. 1 -

Dai 20 ai 25 anni : M. 18, F. 1

Segnalazioni delle Prefetture art. 75, per consumo di eroina, cocaina, amfetamine o per ripetuta segnalazione di cannabinoidi :

n° 28 solo uomini

Fino a 29 anni : n° 23

Revisioni delle patenti per alcol :

ANNO 2003 n. 241 di cui 233 maschi e 8 femmine

ANNO 2004 n° 370

Fino a 19 anni : M. 3...20 - 25 anni : M. 74...26 – 29 anni : M. 107

Risorse attuali del servizio

A fronte di 382 pazienti seguiti nell'anno 2004, il personale in servizio risulta inadeguato in quanto ricopre appena un terzo del personale previsto dal D.M. 444/90 per un Ser.t ad alta utenza.

Criticità

La sproporzione tra risorse reali e risorse previste, anche in considerazione della complessità del nostro lavoro, evidenzia una **carezza strutturale** del Ser.t nel fornire risposte significative ad una domanda così vasta e diversificata.

Un elemento strategico è senz'altro quello della **formazione congiunta e integrata** con i diversi servizi e agenzie educative che si occupano di giovani (Scuola, Sport, Agenzie Educative e Ricreative, ecc.)

Altro settore inevitabilmente sacrificato è quello della **prevenzione**, occorre andare oltre "i recinti" di ciascun servizio e progettare un intervento complessivo mirato non solo sui giovani, ma anche sulle famiglie, sugli insegnanti, sugli educatori, che oltre alla prevenzione secondaria (per es.interventi a seguito delle segnalazioni delle Prefetture), punti anche a quella primaria (es. diagnosi precoce).

- **Famiglia**

Aumento delle criticità familiari dovute da un lato al cambiamento sociale del nucleo familiare e dei relativi ruoli, dall'altro alla complessità della vita quotidiana che scatena nelle relazioni affettive dinamiche che favoriscono l'isolamento e la incomunicabilità tra generazioni.

Questo aspetto è strettamente collegato al disagio giovanile e rappresenta l'altra faccia della medaglia della necessità della promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Sostenere le famiglie significa, quindi, garantire ai genitori ed agli educatori spazi e tempi di confronto, di scambio di esperienze, di sostegno rispetto alle loro difficoltà di relazione con i figli nella difficile fase dell'età adolescenziale.

- **Immigrazione**

Aumento della **popolazione immigrata straniera** (con un dato di ambito di 2450 unità nel 2000, pari ad un valore medio del 2.4%). Si è passati nel 2003 ad una percentuale media del 9,7%.

La recente progettazione sulla **L.R. 2/98** ha evidenziato alcune problematiche tra cui:

1. la necessità di integrare il lavoro dei servizi educativi con quello dei servizi sociali (con particolare in riferimento al sostegno scolastico ed extrascolastico dei minori immigrati);
2. la necessità di sostenere le associazioni degli immigrati regolarmente iscritte negli appositi registri e che lavorano a favore del sostegno dei diritti della popolazione immigrata;

3. la ridefinizione degli interventi relativi ai minori non accompagnati che rappresentano un fenomeno in aumento nel nostro territorio.

- **Mobilità Interna**

Un trend significativo è assunto dalla **mobilità interna** i dati in nostro possesso permettono di individuare relazioni territoriali in merito alla capacità di un punto di attrarre iscritti da altre anagrafi. Il dato che emerge è che il comune di Jesi è in una pausa "riflessiva" aiutato in questo dalla presenza dei comuni limitrofi che invece fanno il "pieno" anche aiutati di costi abitativi inferiori e da ottime possibilità di collegamento.

- **Disabilità**

Aumento **della complessità in riferimento alla popolazione con disabilità** a causa dei seguenti aspetti quantitativi e qualitativi: aumento nelle prime classi delle scuole di soggetti con disabilità; aumento delle situazioni invalidanti a causa di incidenti; aumento della vita media con conseguente incremento della popolazione disabile anziana; esigenza di risposte innovative, il cui bisogno emerse diverso tempo fa, grazie ad una produzione normativa importante (Legge 104/92 e L.R. 18/96), che ha contribuito a costruire una nuova cultura e numerosi servizi dedicati.

Il Servizio Handicap fornito dai Comuni associati pur situandosi ad un livello medio alto rispetto alla qualità delle prestazioni erogate, mostra alcuni aspetti critici per i quali è urgente intervenire efficacemente

- **Aumento del numero dei soggetti assistiti**, nel periodo 1999-2004 il numero delle persone in situazione di handicap assistite nei 18 Comuni Associati è salito **da 106 a 155 unità.**
- **Residenzialità**, circa due anni fa da una rilevazione fatta dalla ASL e dal Comune si erano evidenziate **14 situazioni familiari a rischio** di tenuta per cui era urgente trovare una soluzione residenziale, la situazione non è migliorata se teniamo in conto il fatto che **più del 20% degli assistiti vive in casa con un solo genitore anziano.** E' pertanto molto urgente mettere in opera concrete risposte a questa situazione che rischia di non essere più gestibile. Sarà prioritario il completamento della rete dei servizi socio-sanitari con la realizzazione della risposta residenziale (COSER).
- **Servizi domiciliari** attivazione del Servizio aiuto alla persona, accanto al Servizio di Assistenza Educativa Individuale;
- **Centri Diurni** , attualmente la situazione è gestita bene, le prestazioni erogate sono molto buone ma ci troviamo in **difficoltà per i futuri inserimenti.** Il CD di Jesi ospita 13 assistiti e non è in grado di accogliere altre persone, stesso discorso per il CD di Staffolo che attualmente ospita 14 persone e non è possibile procedere in ulteriori inserimenti. Attualmente non c'è una lista di attesa ma sono imminenti altri inserimenti, pertanto è necessario progettare l'apertura di un altro CD a Moie che dimezzerebbe gli ospiti di Staffolo, e risolverebbe l'annoso problema del trasporto che è molto oneroso per i Comuni e obbliga alcuni assistiti a lunghi tragitti La situazione a Jesi è da tempo satura, negli ultimi due anni abbiamo inserito i nuovi ospiti al CD di Monsano ma ora ci troviamo nella necessità di progettare un nuovo CD anche a Jesi.
- **Trasporto**, è necessario **migliorare la rete del trasporto** , soprattutto in prospettiva dell'avvio del Servizio Aiuto Alla Persona in cui il trasporto costituisce una base fondamentale, attualmente vengono trasportati tutti gli ospiti dei Cd e alcuni territoriali, inoltre è attivato un **servizio Taxi** che trasporta quotidianamente, nei luoghi di lavoro sette persone. E' evidente la necessità di ampliare questo servizio soprattutto per coloro che lavorano e per i futuri assistiti del Servizio di Aiuto Alla Persona
- **Decompressione Familiare**, sempre più famiglie si trovano nell'impossibilità di vivere gli aspetti di socialità comuni a tutte le famiglie, si ritiene pertanto importante costruire un **servizio di sollievo**, su prenotazione e con la partecipazione economica della famiglia, che permetta alle famiglie e agli assistiti di vivere momenti di socialità e svago. Questo progetto ha trovato una forte partecipazione da parte di molte famiglie che sarebbero disposte a contribuire in maniera sostanziale alla realizzazione di questa attività

- **Laboratori**, si ritiene importante realizzare sul territorio dell'ambito tre laboratori di attività artistiche e ricreative, aperti a tutti in cui inserire alcuni assistiti del territoriale che sono obbligati, per mancanza di spazi, a svolgere la propria attività nel domicilio della persona assistita. **Detti laboratori, aperti a tutti, costituirebbero uno spazio di socializzazione reale** e con una adeguata organizzazione potrebbero essere lo spazio utile per creare dei gruppi e abbattere il rapporto uno ad uno dell'assistenza territoriale.
- **Servizio Inserimento Lavorativo**, dopo l'Accordo di Programma firmato il 15.09.2004 tra Ambito territoriale Sociale IX, ASUR Z.T. 5 e Provincia di Ancona, si è implementata la rete di servizi per l'inclusione socio-lavorativa dei soggetti svantaggiati. Significativi sono i primi dati emersi dal report:
31 inserimenti lavorativi nel 2004;
17 inserimenti lavorativi (gennaio – aprile 2005).
 Particolarmente interessante, inoltre, la ricerca finalizzata al reperimento di aziende non sottoposte all'obbligo di assunzione e disponibili all'integrazione lavorativa delle fasce deboli: su 177 aziende contattate, 93 si sono rese disponibili a compilare il questionario, 52 hanno dato la disponibilità agli inserimenti lavorativi.

A fronte di servizi così diffusi in tutto il territorio dell'Ambito, particolarmente significativo sarà il lavoro di coordinamento e di valutazione degli stessi.

- **Nuove Povertà**

Aumento ed emersione di quelle che oggi vengono definite **nuove povertà** dovute in particolare al **problema della casa**, ai bassi redditi, alla presenza di popolazione immigrata (extracomunitaria e italiana con difficoltà economiche e relazionali, a cui si aggiunge facilmente il disagio sociale e l'emarginazione), alle implicazioni, anche non economiche, del disagio adulto, ecc...

I dati 2004 forniti dalla Caritas Diocesana circa l'attività svolta su questo settore sono i seguenti:

Centro di Ascolto (apertura quattro mattine la settimana): n. 14 utenti/giorno per un totale di 3000 interventi annui;

Mensa Diurna (apertura tutti i giorni) ha fornito 4000 pasti;

Pacchi viveri: 500/anno;

Interventi finanziari: contributi per un totale di circa € 6000,00.

- **Salute Mentale**

Per quanto riguarda la salute mentale, ci è semplice apprezzare un miglioramento dei ricoveri ripetuti dal 2003 in quanto sul totale complessivo dei ricoveri effettuati la percentuale dei ricoveri ripetuti nel 2003 era del 14,13% mentre nel 2004 è stata dell'11,14%.

Si può inoltre affermare che soltanto 8 pazienti hanno avuto sul totale ricoveri ripetuti sia nel 2003 che nel 2004, testimoniando una certa capacità di affrontare da parte del servizio gli altri 31 pazienti pluri ricoverati del 2003.

Ci sembra una condizione di particolare valore il dato emergente dall'ultima tabella inerente l'inversione di tendenza in merito ai ricoveri per trattamento sanitario obbligatorio (TSO) nel 2003 rispetto al 2004: mentre nel 2003 si ospitavano 24 TSO provenienti dalla Zona 5 e 14 da altre Zone, nel 2004 ne sono stati effettuati 19 dalla Zona 5 mentre 24 da altre Zone.

Un importante indice di efficienza del funzionamento e delle strutture psichiatriche si evince dai giorni totali di degenza che sono calati a 3971 da 4189 pur essendo aumentato cospicuamente il numero di ricoveri da 276 a 323. Tale dato fa pensare ad una migliorata comunicazione intra e inter istituzionale nell'elaborazione del progetto terapeutico, soprattutto se associato ad un dato inerente l'efficacia che denota la diminuzione dei ricoveri ripetuti.

Un ultimo dato importante ci sembra una migliorata capacità di determinare la presa in carico di pazienti che passano a **550** effettivi nel CSM. Tale dato andrà verificato nella sua efficacia valutando il numero dei dimessi nei prossimi anni.

Si ambisce pensare che si incomincino a vedere gli effetti degli interventi formativi e di promozione della salute mentale.

AREA	DATI	ANNO 2003	ANNO 2004
SPDC	Ricoveri totali	276	323
	- Ricoveri ordinari	276	323
	- di cui TSO	38	43
	- di cui inappropriati	6	19
	- di cui ripetuti	39	36 di cui ○ 32 in zona 5 ○ 4 altre zone
	GG.DD. totali	4189	3971
	- GG.DD.R.O.	4189	3971
CSM	Pazienti in carico	350	550

Evidenziamo di seguito alcuni bisogni che riteniamo prioritari:

Residenze

individuazione di strutture per Gruppi Appartamento diffuse in maniera equilibrata sul territorio; valorizzazione della Comunità terapeutica di Tabano per il possibile recupero di soggetti in vista di un'integrazione socio-lavorativa.

Centro Diurno

individuazione di una struttura per il Centro Diurno, situato impropriamente presso l'SRR.

Promozione della Salute mentale

Sono presenti numerose e significative iniziative delle strutture pubbliche, del volontariato e del terzo settore, sia sul fronte della formazione che dell'informazione, (v. Rassegna "Malati di Niente" e Progetto Sollievo). Manca forse una sede di dialogo strategico dove si possa integrare linguaggi ed obiettivi .

7.2 Gli orientamenti e le priorità generali in sintesi

In sintesi gli orientamenti di indirizzo politico su cui porre attenzione per la programmazione triennale sono:

- Focalizzazione sulle politiche a favore degli anziani con particolare attenzione a quelli non autosufficienti;
- Azioni a favore degli adolescenti e dei giovani con particolare riferimento alla prevenzione all'alcolismo e alla tossicodipendenza;
- Valorizzazione delle responsabilità familiari: la famiglia come risorsa del territorio e protagonista della coesione sociale;
- Promozione di percorsi di inclusione sociale con particolare attenzione alla popolazione immigrata e alle nuove fasce di popolazione a grave rischio di esclusione sociale;
- Attenzione alla promozione dell'innovazione nelle politiche della disabilità;
- Attenzione alle politiche a favore dei soggetti con disturbo mentale.