

Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo

Indice

1. PRESENTAZIONE	2
1.1 LE MOTIVAZIONI	2
1.2 GLI OBIETTIVI	3
1.2.1 Obiettivi strategici	3
1.2.2 Obiettivi operativi	4
1.3 LA STRUTTURA	4
2. IL GOVERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA	6
2.1 IL LIVELLO REGIONALE	7
2.1.1 Governo regionale di programmazione e integrazione: soggetti e azioni	7
2.1.2 Progettazione e gestione integrata degli interventi a livello regionale: soggetti, azioni e modalità di lavoro	9
2.2 IL LIVELLO LOCALE	12
2.2.1 Governo locale di programmazione e integrazione: soggetti e azioni	12
2.2.2 Progettazione e gestione integrata degli interventi a livello locale: soggetti, azioni e modalità di lavoro	15
2.3 MODALITÀ DI RACCORDO TRA I LIVELLI REGIONALE E LOCALE	18
3. LE FUNZIONI DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA	22
3.1 LE FUNZIONI	22
3.2.1 Promozione	22
3.2.2 Accesso	25
3.2.3 Accompagnamento/Abilitazione	27
3.2.4 Educazione	29
3.2.5 Assistenza/Cura	31
4. PROSPETTIVE NELLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI	34
4.1 ORGANISMI E PROCEDURE PER L'INTERVENTO E L'AZIONE	34
4.2 DAL SISTEMA DEI SERVIZI ALLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI	35
4.3 VERSO UNA BANCA DATI DI "BUONE PRATICHE" E "FATTORI DI SUCCESSO"	37
4.4 TRACCIA METODOLOGICA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI	38
4.4.1 Esempi di sviluppo delle schede	41
4.4.2 Griglia di progettazione operativa di sviluppo delle azioni progettuali	45
ALLEGATI:	47
A. LA CONOSCENZA DELLA CONDIZIONE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA NELLE MARCHE	48
B. LE FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA	84

1. PRESENTAZIONE

1.1 LE MOTIVAZIONI

Con il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche, la Regione Marche intende assolvere ad un duplice impegno, nei confronti dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie e nei confronti degli operatori impegnati in servizi, attività e iniziative a favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

I bambini, i ragazzi, le famiglie sono destinatari e insieme protagonisti degli interventi che il documento descrive: è a loro che abbiamo pensato quando abbiamo ritenuto di doverlo scrivere, per comporre in un disegno unitario le norme, le linee di indirizzo, le strategie, ma anche i percorsi operativi, l'intreccio dei servizi, delle attività e delle azioni che fanno capo a competenze diverse e sono contenuti in provvedimenti diversi, ma rispondono a una finalità comune: migliorare la qualità della vita dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie.

Ma abbiamo pensato anche agli addetti ai lavori, agli amministratori locali, agli operatori dei servizi, al mondo delle associazioni di volontariato e della cooperazione sociale, poiché siamo consapevoli che realizzare sul campo un sistema integrato degli interventi rivolti all'infanzia e all'adolescenza, che tenga insieme tutte le opportunità che il sistema stesso mette a disposizione, è un lavoro complesso e faticoso, ma indispensabile: non cresce la qualità dei servizi senza il contributo consapevole di coloro che vi prestano ogni giorno la propria attività.

Il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche si propone quindi come uno strumento che, disegnando il sistema in forma quanto più possibile chiara e compiuta, aiuti gli operatori nella loro pratica quotidiana.

Il tema dell'infanzia e dell'adolescenza non può essere considerato un tema marginale della politica, confinato all'interno di questioni specifiche o di problematiche emergenti. Siamo responsabili delle condizioni di vita che assicuriamo ai bambini e ai ragazzi, delle opportunità di esperienze che offriamo loro e quindi di come li mettiamo in grado di sviluppare le loro potenzialità e diventare adulti a loro volta responsabili e consapevoli. Contemporaneamente dobbiamo assumerci pienamente la responsabilità del futuro che assicuriamo alle giovani generazioni, del genere di mondo che consegniamo nelle loro mani.

Il tema dell'infanzia e dell'adolescenza è pertinente alla politica nel suo insieme.

Questo significa in primo luogo armonizzare gli indirizzi e le scelte politiche che attraversano tutte le aree della vita della collettività, dalle politiche per la tutela dell'ambiente, alle politiche urbane, alle politiche scolastiche, culturali, sociali e sanitarie: la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza, la promozione dei diritti di cittadinanza, la promozione del benessere delle famiglie debbono diventare oggetto di attenzione che orienta e dà forma a qualsiasi scelta politica, poiché in qualunque momento si operi una scelta, su qualsiasi tema, non possiamo non interrogarci su come quella scelta influenzi la qualità della vita nel mondo di oggi e di domani.

Se il tema della complessità ci insegna qualcosa, questa è la consapevolezza che non sono permesse politiche settoriali, parziali e frammentarie: tutto è intrecciato con tutto.

Il presente documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" rappresenta dunque un primo passo in questa direzione: una rivisitazione delle politiche adottate dalla Regione Marche, assumendo come focus la qualità della vita dei bambini, dei ragazzi e delle loro famiglie: quale immagine di infanzia, quali prospettive per il suo sviluppo,

quali opportunità emergono dal quadro dei provvedimenti regionali, all'interno della legislazione nazionale.

L'attenzione è puntata in particolare sugli aspetti qualificanti delle politiche regionali in materia sociale e sanitaria, ove più forte è l'intreccio delle competenze e degli interventi sul piano operativo e più consolidato il processo di concertazione delle scelte politiche, che ha portato alla definizione di linee di indirizzo comuni, che a loro volta hanno trovato un'elaborazione concreta in particolare nella legge regionale 9/2003, nella stesura del piano sanitario, nell'elaborazione del progetto obiettivo materno infantile, nelle linee di indirizzo per la costruzione dei piani sociali di zona.

L'impegno che è stato profuso nella costruzione degli atti fondamentali che regolano i servizi sanitari e sociali, per costruire un quadro di sistema omogeneo e coerente, orientato ad obiettivi comuni, costituisce il primo passo verso la costruzione di politiche integrate, che dovrà ulteriormente estendersi e qualificarsi, in due direzioni:

- da un lato attraverso un processo di pianificazione integrata tra sociale e sanitario, che si traduca nella definizione di uno strumento unitario di programmazione regionale: il piano socio-sanitario;
- dall'altro allargando la pratica della concertazione ad altre aree della programmazione regionale, affinché la consapevolezza del valore dell'integrazione delle scelte politiche si concretizzi nella definizione di atti condivisi, all'interno dei quali sia chiaramente ed esplicitamente presente il tema della tutela e della promozione dei diritti dell'infanzia, come elemento qualificante di una politica responsabile.

Il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche assume il tema dell'infanzia e dell'adolescenza come tema centrale, attorno al quale articolare il sistema degli interventi promossi dal quadro normativo nazionale e regionale, con l'intento di specificare percorsi ed opportunità, intrecci e ramificazioni.

1.2 GLI OBIETTIVI

I macro-obiettivi che attraverso questo strumento ci si propone di raggiungere, sul piano politico-strategico e sul piano tecnico-operativo sono sintetizzati nei seguenti punti:

1.2.1 Obiettivi strategici

1. Promuovere la costruzione di una cultura politica che assume l'infanzia e l'adolescenza come soggetti di politiche integrate;
2. Promuovere una conoscenza diffusa del quadro normativo nazionale e regionale, come strumento per ripensare e rielaborare un sistema di interventi sociali e sanitari integrati;
3. Promuovere nei servizi una cultura che assume l'infanzia e l'adolescenza come soggetti che esprimono una propria cultura e bisogni propri;
4. Costruire processi di partecipazione e di decisione coerenti a livello regionale e locale;
5. Creare una base di confronto comune tra le forme di governo regionale e locale del sistema;
6. Contribuire a sviluppare nei territori scelte integrate, mettendo a disposizione uno strumento di lettura e interpretazione dei processi di integrazione praticabili.

1.2.2 Obiettivi operativi

1. Promuovere nei servizi la costruzione di una metodologia di lavoro che assume come criterio ordinatore il bisogno di salute e benessere dell'infanzia, dell'adolescenza e della famiglia;
2. Incrementare il lavoro di rete nei servizi e tra servizi;
3. Favorire l'implementazione di processi integrati tra interventi sociali e sanitari;
4. Facilitare gli scambi e il confronto tra i territori, partendo da una base di conoscenza comune.

All'interno del capitolo sulle funzioni del sistema di servizi per l'infanzia e l'adolescenza questi obiettivi verranno declinati operativamente come obiettivi di salute da perseguire con l'applicazione delle diverse iniziative collegate all'attuazione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche.

1.3 LA STRUTTURA

Dopo aver presentato motivazioni e obiettivi del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche si presenta la struttura del testo per poter comprendere come si sviluppa la logica complessiva.

Il "corpo" del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche è costituito da due capitoli che delineano il sistema dei servizi rivolti all'infanzia e all'adolescenza sia sul piano politico, che sul piano tecnico operativo, prendendo in esame i due distinti livelli di governo del sistema: il livello regionale e il livello locale.

Un capitolo concerne il quadro della programmazione dei servizi, un altro delinea, seppure in senso generale, le linee operative per la realizzazione di un sistema integrato di servizi ed interventi per l'infanzia e l'adolescenza.

Nel capitolo 2 il documento prende in considerazione i processi di partecipazione e consultazione attraverso i quali si definiscono le scelte di governo, di programmazione, sul piano politico e sul piano tecnico, a livello regionale e a livello locale.

In altri termini, viene descritto il modello della programmazione:

- a livello regionale, quali criteri e quale metodologia di lavoro supportano le decisioni politiche e amministrative di competenza della Regione;
- a livello locale, quali attori, attraverso quali percorsi, stabiliscono le scelte di priorità per la progettazione dei servizi e degli interventi nel proprio territorio.

Il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche intende delineare un metodo di programmazione coerente, che, sia a livello centrale che a livello periferico, garantisca processi di decisione partecipata, sostenuti da procedure di analisi integrate.

Nel capitolo 3 si prende in esame la gestione dei servizi e degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza, concentrando l'attenzione soprattutto sull'obiettivo dell'integrazione tra interventi sociali e sanitari e di conseguenza sul metodo di lavoro e sulle procedure che devono assicurare la costruzione di progetti e piani di intervento coerenti e condivisi.

L'ipotesi di lavoro che viene indicata non ha la pretesa di costruire un unico modello organizzativo standardizzato, che si debba riprodurre nella stessa forma in tutte le

realtà territoriali. C'è la piena consapevolezza che non soltanto le scelte di progettazione e l'individuazione delle priorità, ma anche le modalità organizzative della realizzazione di un sistema integrato, debbono essere orientate da un'autonoma ed accurata analisi della realtà locale, con le risorse e le opportunità che offre.

Ciò che si vuole mettere in evidenza è piuttosto un modo di declinare concretamente le forme dell'integrazione tra sociale e sanitario, esplicitando come le diverse funzioni che esplicano i servizi si possono/debbono intrecciare tra loro nella realizzazione di un sistema di servizi e di interventi, che sia in grado di valorizzare tutte le potenzialità in esso contenute. Non un modello dunque, ma una sorta di catalogo ragionato, dal quale auspichiamo che ogni territorio possa trarre indicazioni utili, per farle proprie, per contestualizzarle, per leggere ed interpretare, con uno strumento in più, la propria realtà e orientare il proprio lavoro.

Il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche si chiude con una presentazione delle ipotesi di lavoro sulle quali si sta muovendo la programmazione regionale in materia d'infanzia e adolescenza: quali azioni si prefigurano per garantire ai bambini, ai ragazzi e alle loro famiglie, decisioni politiche integrate che pensano a costruire per loro il maggior benessere possibile oggi e il mondo migliore possibile domani. Viene presentato ai territori uno schema metodologico di organizzazione integrata dei servizi e di progettazione operativa degli interventi; ancora una volta non un esempio da prendere rigidamente a riferimento ma una proposta di lavoro e una traccia comune per garantire da un lato l'unitarietà e la contestualità dell'azione in favore dell'infanzia e dell'adolescenza sul territorio, dall'altro la circolarità delle idee e la socializzazione dei fattori di eccellenza per migliorare la qualità di servizi ed interventi.

In allegato si riportano alcuni dati sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nelle Marche ed una sintetica ricognizione della legislazione nazionale e regionale in materia di infanzia e adolescenza, allo scopo di definire con chiarezza il quadro conoscitivo ed il quadro normativo entro cui si collocano servizi ed interventi.

2. IL GOVERNO DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

La duplice caratteristica del presente documento "Sviluppo programmatico e organizzativo": la sistematizzazione degli obiettivi di benessere per l'infanzia e l'adolescenza presenti nella regione Marche e la realizzazione di un sistema integrato di responsabilità e gestione delle politiche e degli interventi sociali e sanitari in favore dell'infanzia e dell'adolescenza delle Marche, viene sviluppata in questo capitolo che si occupa del governo del sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza. Il termine "governo" va colto nella sua pienezza, come modalità partecipata e condivisa di guidare, amministrare, coordinare, reggere, curare, regolare, gestire i processi connessi con la sua attuazione.

L'analisi della realtà marchigiana che, anche per le politiche in favore dell'infanzia e dell'adolescenza, rischia di caratterizzarsi troppo spesso per la frammentazione e la sovrapposizione delle competenze e per la difficoltà di individuare canali di comunicazione certi ed efficaci tra i diversi soggetti coinvolti, al "centro" come in "periferia", ha spinto a suddividere il capitolo in due parti.

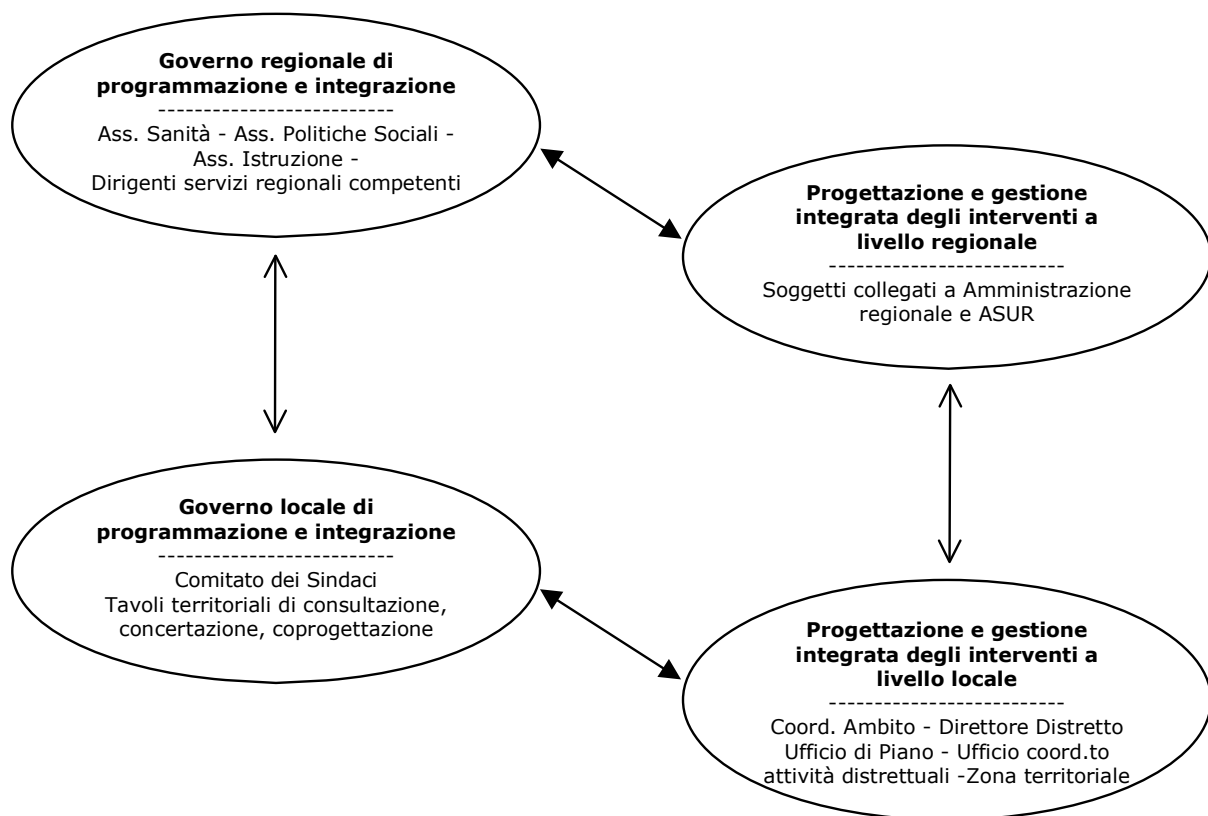
L'obiettivo è quello di far trovare alla dimensione regionale e alla dimensione territoriale un "equilibrio" di simmetria, correlazione, interdipendenza, in quanto il "metodo" di programmare, di prendere le decisioni, di gestire i processi di intervento deve essere analogo al livello centrale e nei territori locali, per l'indispensabile coerenza e la necessaria corrispondenza.

Nel Piano sanitario della Regione Marche vengono individuati i soggetti e i livelli territoriali per lo sviluppo della concertazione tecnica, istituzionale, amministrativa e di comunità; nel Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002 si indica che la costruzione del sistema di servizi privilegia il regime della concertazione attraverso una serie di passaggi quali: la capacità di lavoro comune tra i diversi comuni dell'ambito; la capacità di lavoro integrato tra i diversi servizi del comparto socio-assistenziale; la capacità di raccordo funzionale tra servizi del settore sociale, sanitario e degli altri settori coinvolti; la capacità di raccordo con gli altri soggetti territoriali istituzionali e privati.

Coerentemente con questi due documenti, lo schema del modello organizzativo del governo delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche, previsto dal documento "Sviluppo programmatico e organizzativo", individua due livelli, corrispondenti, per il territorio regionale e per i territori locali, del "raccordo e coordinamento" sia amministrativo-istituzionale che tecnico-operativo"; il "raccordo e coordinamento di comunità", che è scelta al tempo stesso strategica e funzionale del nuovo modello marchigiano di governo delle politiche sociali e sanitarie, è distribuito tra le azioni di ognuno sia dei livelli territoriali che dei tipi di competenze previsti.

Il modello proposto cerca di "tenere insieme" gli elementi espressi in una logica unitaria che può essere sintetizzata nello schema concettuale seguente, sviluppato nei paragrafi successivi.

Tavola 1 - Schema di riferimento per l'organizzazione delle decisioni, della programmazione e della gestione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo", a livello regionale e locale



2.1 IL LIVELLO REGIONALE

L'organizzazione delle decisioni, della programmazione e della gestione in materia di infanzia e adolescenza a livello di Regione Marche deve darsi un assetto in grado di conciliare da un lato l'approccio alla persona globale e non settoriale e dall'altro la valorizzazione del territorio nella logica della sussidiarietà. Una conciliazione resa ancor più urgente rispetto alla prima dimensione dalla compresenza di leggi (nazionali e regionali) di settore e generali e, per la seconda, dalla estrema varietà di situazioni e di esperienze nei diversi Ambiti sociali e Distretti sanitari della regione.

2.1.1 Governo regionale di programmazione e integrazione: soggetti e azioni

Il governo regionale della integrazione e della programmazione delle politiche sociali e sanitarie per l'infanzia e l'adolescenza viene garantito dai **soggetti** istituzionali competenti in materia e, precisamente, da:

- *Assessore regionale alle Politiche sociali;*
- *Assessore regionale alla Sanità;*
- *Assessore regionale all'Istruzione;*
- *Direttore del dipartimento servizi alla persona e alla comunità della Regione Marche;*
- *Dirigente del Servizio Politiche sociali ed integrazione socio-sanitaria della Regione Marche;*

- *Dirigente del Servizio Assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria della Regione Marche;*
- *Dirigente del Servizio Istruzione della Regione Marche.*

Per la realizzazione delle azioni di governo previste i responsabili istituzionali si avvarranno delle competenze professionali e umane afferenti alle rispettive strutture operative.

Con incontri periodici, a cadenza almeno bimestrale, questi soggetti realizzeranno una serie di **azioni** orientate al governo delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche. Nello specifico le azioni di governo da realizzare sono le seguenti:

- *Individuazione e condivisione degli obiettivi prioritari*

I responsabili dell'integrazione e della programmazione regionale per l'infanzia e l'adolescenza individuano gli obiettivi da perseguire complessivamente, sia generali (di livello regionale) che specifici (rispetto ai diversi temi collegati al settore di intervento), di lungo e medio termine. La identificazione di tali obiettivi viene realizzata a partire da: le normative nazionali e regionali vigenti; i documenti di programmazione regionale; le risultanze delle attività di conoscenza, monitoraggio e valutazione (dell'Osservatorio delle Politiche sociali e sanitarie, del Centro regionale documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani e dei contributi dei diversi soggetti, istituzionali e non, operanti a livello regionale nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza).

- *Armonizzazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza*

L'armonizzazione delle politiche regionali per l'infanzia e l'adolescenza consiste, prevalentemente, del dare agli uffici regionali competenti e ai servizi sociali, sanitari, educativi del territorio le indicazioni cogenti per realizzare gli obiettivi prioritari individuati. In particolare la armonizzazione deve riguardare fattori determinanti delle politiche territoriali quali: le modalità di integrazione tra le sezioni specifiche per l'infanzia e l'adolescenza dei Piani di Zona e dei Programmi delle attività distrettuali; le regole per l'utilizzo unitario e sinergico dei fondi di competenza del sociale, del sanitario e della scuola per sostenere la progettazione territoriale integrata in favore dell'infanzia e dell'adolescenza; i criteri di assegnazione di incentivi economico-finanziari alla gestione comune e associata degli interventi tra i diversi soggetti, istituzionali e non, operanti nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza.

- *Individuazione degli atti formali e degli strumenti per raggiungere gli obiettivi definiti*

Le modalità definite di armonizzazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza devono trovare la concretizzazione in atti formali e scelte operative che impegnino effettivamente e concretamente gli uffici competenti dell'amministrazione regionale e i servizi sui territori regionali nel conseguimento degli obiettivi prefissati. Gli atti e gli strumenti da trovare devono attenersi alle seguenti indicazioni metodologiche: la predisposizione tecnica deve essere realizzata collettivamente dai diversi uffici competenti all'interno dell'amministrazione regionale; l'approvazione di atti e strumenti deve competere congiuntamente ai primi responsabili, politici e amministrativi.

- *Implementazione e monitoraggio del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche*

La costanza della periodicità degli incontri di "governo" dell'integrazione e della programmazione per l'infanzia e l'adolescenza è finalizzata alla verifica continua del

processo di attivazione e realizzazione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo". Particolare attenzione sarà data al monitoraggio *in itinere* per valutare l'entità degli eventuali scostamenti tra attività realizzate, risultati conseguiti e obiettivi previsti e per intervenire con i possibili o necessari correttivi.

▪ *Raccordo e coordinamento di comunità*

La programmazione e l'attuazione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" impegna l'amministrazione regionale anche nell'attività di raccordo con soggetti esterni, istituzionali e non, per istaurare e mantenere i necessari rapporti di collaborazione nel perseguimento degli obiettivi del documento medesimo. In questo contesto il coordinamento di comunità riguarda il livello regionale dei soggetti impegnati nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza. In primo luogo va trovato il raccordo con il Consiglio Regionale e con il Garante per l'infanzia e l'adolescenza. Attraverso la formalizzazione di accordi di cooperazione specifica vanno fatti partecipi del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" gli altri soggetti istituzionali che hanno competenze in materia di infanzia e adolescenza: gli organi della Giustizia minorile, le Prefetture e le Forze dell'ordine, l'amministrazione scolastica... Analoghe o simili procedure di coinvolgimento devono riguardare i livelli regionali delle forze sociali operanti nelle Marche in favore dell'infanzia e dell'adolescenza: sindacati, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, volontariato, confessioni religiose...

2.1.2 Progettazione e gestione integrata degli interventi a livello regionale: soggetti, azioni e modalità di lavoro

La gestione integrata degli interventi a livello regionale per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche viene realizzata attraverso una "cabina di regia" tra gli uffici regionali afferenti al Dipartimento dei servizi alla persona.

I **soggetti** che costituiscono la "cabina di regia" sono operatori delle seguenti strutture regionali delegati dai rispettivi dirigenti:

- Servizio Politiche sociali ed integrazione socio-sanitaria;
- Servizio Assistenza territoriale ed integrazione socio-sanitaria;
- Servizio Istruzione;
- Agenzia Regionale Sanitaria;
- Osservatori delle politiche sociali e sanitarie;
- Centro analisi e documentazione infanzia, adolescenza, giovani;
- Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) delle Marche.

La "cabina di regia", congiuntamente ad un "tavolo di lavoro allargato" (comprendente: sul versante "interno", i funzionari dei servizi interni alla "cabina di regia" che hanno competenze nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza; sul versante "esterno" referenti, istituzionali e non, di soggetti che si occupano di infanzia e adolescenza a livello regionale - magistratura minorile, scuola...), realizzerà una serie di **azioni** finalizzate a concretizzare la gestione integrata a livello regionale degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche.

In particolare le azioni della programmazione e della gestione integrata a livello regionale sono:

▪ *Realizzazione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche*

La "cabina di regia" si deve occupare dell'esecuzione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" con particolare attenzione alle "cose da fare" per l'attuazione corretta delle normative nazionali e regionali in materia di infanzia e

adolescenza, per il conseguimento degli obiettivi di livello regionale prefissati e per l'accompagnamento dei territori.

In questa azione appare opportuno che il "tavolo di lavoro allargato" mantenga un approccio multidimensionale che privilegi l'approccio per "fasce d'età" (0-3 anni, 3-6 anni, 6-10 anni, 10-14 anni, 14-18 anni) individuato come prioritario dal documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" (riferimento al successivo capitolo 4: "Prospettive nella programmazione degli interventi"), ma che si preoccupi anche di dimensioni trasversali in relazione sia ad "aspetti particolari" della condizione dell'infanzia e dell'adolescenza (ad esempio: handicap, minori stranieri, abuso e maltrattamento, sfruttamento, devianza, malattia, diritti di cittadinanza, promozione della partecipazione...), che a "questioni specifiche" della vita dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze, dei giovani e delle giovani nelle Marche (ad esempio: famiglia, salute, sociale, educativa/formativa, tutela, opportunità...).

- *Analisi congiunta dei dati e delle informazioni provenienti dal territorio, dall'Osservatorio, dal Centro di Documentazione*

Con il supporto del "tavolo di lavoro allargato" e con riferimento alle competenze del livello di "governo regionale" del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo", la "cabina di regia" analizzerà ed elaborerà dati e informazioni riguardanti sia la condizione ed i bisogni dell'infanzia e dell'adolescenza nel territorio regionale che lo stato delle attività e le prospettive dei servizi destinati a questa fascia d'età sul territorio regionale.

- *Confronto nella stesura degli atti*

All'interno del "tavolo di lavoro allargato" i diversi uffici competenti incaricati della stesura di atti che riguardano l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche sono tenuti ad un costante e approfondito confronto in fase sia di ideazione che di elaborazione degli stessi. Con i servizi "corrispettivi" degli altri assessorati regionali la collaborazione deve essere stretta e tendere all'elaborazione congiunta dei documenti; a tutti gli altri servizi va garantita la comunicazione in itinere del lavoro e la possibilità di interagire per migliorare l'integrazione dei documenti con il complesso delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza. La "cabina di regia" svolge, per questa azione, una funzione di supervisione.

- *Promozione/divulgazione dei punti di eccellenza*

Per ognuna delle dimensioni di realizzazione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche vanno raccolti dati, informazioni, documentazione e materiali in grado di evidenziare le eccellenze e le buone prassi presenti sul territorio regionale in favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Questa azione è finalizzata alla individuazione dei fattori di successo e delle modalità di trasferibilità ed estensione delle esperienze positive per il miglioramento continuo del livello di qualità dei servizi e degli interventi nei diversi territori della regione.

- *Individuazione dei punti critici e delle azioni correttive*

Per ognuna delle dimensioni di realizzazione del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche vanno raccolti dati, informazioni, documentazione e materiali in grado di evidenziare le criticità e le disfunzioni dei servizi e degli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza sul territorio regionale.

Questa azione è finalizzata alla individuazione dei fattori di insuccesso, di resistenza, di ostacolo e, conseguentemente, alla indicazione delle strategie e delle azioni per

superare positivamente le difficoltà dei servizi e degli interventi nei diversi territori della regione.

▪ *Supporto ai territori nella applicazione delle normative e delle strategie per il conseguimento degli obiettivi condivisi*

La conoscenza da un lato delle normative nazionali e regionali e dall'altro della reale situazione e delle modalità reali di operatività nei territori della regione, attivano la "cabina di regia" con il supporto del "tavolo di lavoro allargato" nell'accompagnamento dei servizi e degli operatori, degli Ambiti territoriali e dei Distretti sanitari, impegnati nella realizzazione concreta del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche. Tale supporto si deve esplicitare in molteplici forme: favorire la circolarità ("verticale" e "orizzontale") delle informazioni; elaborare documenti e note esplicative che permettano una migliore comprensione delle norme e delle buone prassi ad esse collegate; attivare momenti informativi decentrati ed eventi formativi su tematiche specifiche o generali, rivolti a specifiche categorie di operatori o alle diverse professionalità coinvolte in un servizio o in un progetto...

▪ *Raccordo e coordinamento di comunità*

Con riferimento diretto a quanto indicato per questa azione nel livello di "governo dell'integrazione e della programmazione" il raccordo previsto coinvolge il livello dei responsabili amministrativi e dei funzionari nel rendere partecipi i soggetti collettivi, di livello regionale, impegnati nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza. Come indicazioni operative, non esaustive, appare opportuno indicare: il raccordo con le competenti Commissioni del Consiglio Regionale che va tenuto costantemente al corrente dell'andamento dello "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche; la comunicazione e lo scambio di dati e informazioni con i funzionari degli altri soggetti istituzionali che hanno competenze in materia di infanzia e adolescenza: gli organi della Giustizia minorile, le Prefetture e le Forze dell'ordine, l'amministrazione scolastica e con le forze sociali operanti nelle Marche in favore dell'infanzia e dell'adolescenza: sindacati, cooperazione sociale, associazionismo di promozione sociale, volontariato, confessioni religiose...

Luoghi privilegiati di coordinamento di comunità a questo livello devono essere gli organi consultivi previsti dall'ordinamento regionale che hanno collegamenti con la condizione dell'infanzia e dell'adolescenza.

In base a quanto esposto è possibile descrivere nel modo seguente la complessiva **modalità di lavoro** della "cabina di regia" e del "tavolo di lavoro allargato".

La "cabina di regia" si raccorda periodicamente con il "tavolo di lavoro allargato" attraverso modalità differenziate ed integrate quali:

- l'organizzazione e l'accompagnamento degli incontri del "tavolo di lavoro allargato";
- il far predisporre ai componenti del "tavolo di lavoro allargato" la fase istruttoria delle azioni di propria competenza;
- il far raccogliere dati e informazioni al "tavolo di lavoro allargato" sia dalle strutture che lo compongono che da soggetti ed organismi esterni;
- il favorire la circolarità dei dati e delle informazioni raccolte e la restituzione delle elaborazioni effettuate alle strutture che compongono il "tavolo di lavoro allargato".

Alla "cabina di regia" competono in particolare i seguenti compiti:

- garantire circolarità delle informazioni sulle attività tra gli uffici competenti - sociale, sanitario, istruzione - rispetto alle questioni rilevanti per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche;
- segnalazione delle questioni di competenza "dai" e "ai" singoli uffici; le questioni riguarderanno aspetti quali: normative e atti, funzionamento e attività dei servizi territoriale, informazione dai e dei territori, formazione e aggiornamento degli operatori nei territori...
- presa in carico delle questioni individuate (da parte del "tavolo di lavoro allargato" o, congiuntamente, dagli uffici competenti - sociale, sanitario, istruzione -);
- confronto nel "tavolo di lavoro allargato" ed eventuale decisione operativa o invio al livello di governo regionale;
- restituzione al "tavolo di lavoro allargato" delle decisioni del livello di governo regionale
- implementazione delle decisioni (ogni ufficio - sociale, sanitario, istruzione -) per le proprie competenze;
- raccordo con il livello amministrativo degli altri soggetti istituzionali e non attivi a livello regionale;
- verifica periodica.

2.2 IL LIVELLO LOCALE

Nel rispetto e nella valorizzazione della estrema varietà di situazioni e di esperienze (anche in materia di interventi per l'infanzia e l'adolescenza) negli Ambiti sociali e nei Distretti sanitari della regione Marche, appare indispensabile proporre un modello di organizzazione delle decisioni, della programmazione e della gestione in materia di infanzia e adolescenza a livello territoriale locale che sia da un lato coerente con il modello della Regione Marche e, dall'altro adeguato a raccogliere e "governare" le molteplici interconnessioni presenti sui territori; questo sia per favorire la circolazione delle idee e delle buone pratiche che per accompagnare in modo unitario i processi di miglioramento della qualità dei servizi alla persona.

2.2.1 Governo locale di programmazione e integrazione: soggetti e azioni

La pianificazione e la integrazione locale dei servizi e degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche passa attraverso un processo definito parallelamente ma con orientamento comune dai due strumenti di programmazione sanitaria e sociale regionale:

- quella che il Piano Sanitario regionale chiama "programmazione organizzativa" per "integrare i processi di committenza socio-sanitaria, per addivenire alla definizione di un *budget* "non virtuale" che consenta alla comunità locale una più incisiva partecipazione al processo di programmazione e controllo delle risorse allocate nell'ambito territoriale integrato (distretto-ambito sociale)";
- quella dei "Piani di Zona territoriali", definita "programmazione dal basso" nel Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali, risultante da un collegamento e un coordinamento stabile tra i Comuni, tra questi e tutti gli altri soggetti pubblici e privati della comunità locale che può consentire un salto di qualità nell'offerta dei servizi e nella realizzazione di un sistema integrato. Una programmazione dal basso che è anche "istituzionale" in quanto il Piano di Zona è adottato mediante un accordo tra i comuni associati e gli enti pubblici coinvolti.

Nel Piano sanitario regionale, a questo proposito, si legge: "Considerato che il Programma delle attività distrettuali rappresenta le scelte di salute a livello distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e

socio-sanitaria e che il Piano sociale di Zona è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari, diventa consequenziale e necessario gestire i due strumenti all'interno di un'unica strategia programmatica attuata in modo integrato tra Sanità ed Enti locali, tra Distretti e Ambiti Territoriali”.

I **soggetti** del governo locale della programmazione e della integrazione dei servizi e degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza sono:

- Comitato dei Sindaci

Il Comitato dei Sindaci rappresenta ormai il riferimento istituzionale privilegiato sia nell'ambito sociale (secondo le indicazioni della L.328/00) che nella prospettiva della integrazione socio-sanitaria (il "Piano Sanitario Regionale 2003/2006" delle Marche fa riferimento al Comitato dei Sindaci per tutta una serie di competenze mentre non nomina mai la Conferenza dei Sindaci). In tema di infanzia e adolescenza

- Tavoli territoriali di consultazione, concertazione, coprogettazione

Sono quelli previsti dal "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002", costituiti da: soggetti pubblici (amministratori e operatori dei Comuni e degli Ambiti territoriali, dei Distretti sanitari, delle Zone sanitarie, delle Province, della Scuola, delle IPAB...) e soggetti non istituzionali (operatori della Cooperazione sociale, Volontariato, Associazionismo di promozione sociale, Sindacato, appartenenti ad aggregazioni informali di cittadini e famiglie...). In ambito sanitario si può trovare una corrispondenza, che deve diventare coincidenza in futuro, con i soggetti chiamati a partecipare alla stesura del Piano Comunitario per la Salute dal "Piano Sanitario Regionale 2003/2006" che, "oltre gli Enti Locali aggregati in ambiti territoriali sociali, sono: la zona territoriale, le organizzazioni no profit, l'associazionismo strutturato, le organizzazioni sindacali, le associazioni imprenditoriali, le organizzazioni di categoria, la Regione, le istituzioni scolastiche, ecc."

Appare indispensabile che i "Tavoli territoriali di consultazione, concertazione, coprogettazione" sull'infanzia e sull'adolescenza di ogni Ambito territoriale coincidano con il "comitato territoriale" di cui all'art.3 della L.R. 9/03.

Le **azioni** di questi due soggetti collettivi, ognuno per la propria competenza (istituzionale quella del Comitato dei Sindaci e partecipativa e concertativa quella dei Tavoli), possono essere sintetizzate nella "programmazione territoriale integrata per l'infanzia e l'adolescenza" che deve riguardare, mantenendo l'unitarietà, tutte le normative inerenti la tematica e deve costruire (in attesa della unificazione della programmazione socio-sanitaria a livello regionale e territoriale): il Piano di settore territoriale per l'infanzia e l'adolescenza nel Piano di Zona dell'Ambito territoriale, il Progetto dell'area infanzia nel Programma delle attività distrettuali del Distretto sanitario. Questa programmazione territoriale integrata andrà declinata, congiuntamente dai versanti sociale e sanitario e coinvolgendo il versante della scuola, attraverso le seguenti azioni specifiche:

▪ *Valutazione congiunta dell'esistente*

Dalle Linee guida sul Piano di Zona della Regione Marche è opportuno richiamare il concetto di "consultazione" in quanto, la valutazione congiunta dell'esistente implica il consultare stabilmente, il raccogliere il parere e l'opinione ma anche le conoscenze dei molti "portatori di interesse" del territorio rispetto alla situazione dell'infanzia e dell'adolescenza. Non è opportuno che le forme di questa azione consultiva siano "altre" rispetto a quelle previste dalla normativa vigente; si rileva anzi la necessità che è indispensabile ricondurre ad unità, per quanto possibile, le diverse modalità di consultazione e partecipazione presenti nelle disposizioni normative nazionali e

regionali che riguardano l'infanzia e l'adolescenza. Questa indicazione di unitarietà dei luoghi di confronto riguarda anche le azioni successive.

▪ *Condivisione di obiettivi e priorità*

L'azione di stabilire obiettivi e priorità d'accordo tra i soggetti istituzionali e gli attori sociali coinvolti nel processo di programmazione degli interventi territoriali in favore dell'infanzia e dell'adolescenza coincide con la "concertazione", il 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. Ribadendo che luoghi privilegiati della concertazione sono progettazione e attuazione del Piano di settore territoriale per l'infanzia e l'adolescenza nel Piano di Zona, e del Progetto dell'area infanzia nel Programma delle attività distrettuali del Distretto sanitario, appare utile sottolineare come anche le progettualità orientate - alle diverse "fasce d'età", ad "aspetti particolari", a "questioni specifiche" debbano mettere in pratica concretamente questa modalità di lavoro comune.

▪ *Condivisione delle strategie di intervento*

Il termine che può sintetizzare questa azione è "coprogettazione". Nella dimensione operativa è il processo collettivo e partecipato di costruzione di un progetto, di organizzazione di un servizio, di attivazione di un intervento... svolto attraverso le diverse fasi che lo compongono: definizione del problema, finalità, obiettivi, target, attività, risultati attesi, disegno di valutazione, piano finanziario ecc. Nello specifico dei servizi e degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza a livello di Ambito territoriale e di Distretto sanitario, la condivisione delle strategie di intervento deve privilegiare dimensioni importanti quali: lo sviluppo di comunità, la globalità della presa in carico, la continuità assistenziale.

La costruzione comune di progetti deve privilegiare l'approccio per "fasce d'età" (0-3 anni, 3-6 anni, 6-10 anni, 10-14 anni, 14-18 anni) individuato come prioritario; vanno ricondotti a questo approccio, per quanto possibile, sia gli "aspetti particolari" che le "questioni specifiche" della condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nei territori della regione. Questi progetti vanno collocati, a seconda della dimensione prevalente, nel Piano di settore territoriale per l'infanzia e l'adolescenza nel Piano di Zona dell'Ambito territoriale, se "sociali" e nel Progetto dell'area infanzia nel Programma delle attività distrettuali del Distretto sanitario, se "sanitari", con raccordi e rimandi espliciti tra l'uno e l'altro e con riferimenti diretti al Bilancio Sociale nella prospettiva di bilancio unitario tra Ambito e Distretto.

▪ *Raccordo e coordinamento di comunità*

Risulta evidente che se si svolgono correttamente le azioni precedenti che possiamo "riclassificare" in consultazione, concertazione e coprogettazione, il raccordo e il coordinamento di comunità viene realizzato in modo completo ed efficace.

Naturalmente ogni Comitato dei Sindaci individuerà le forme più appropriate per un proficuo sviluppo del governo locale della programmazione e della integrazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nei territori; sembra comunque opportuno suggerire l'indicazione (anche per il necessario raccordo con la dimensione operativa) che siano il Coordinatore d'Ambito ed il Direttore di Distretto i soggetti deputati ad assecondare e sostenere il lavoro del Comitato dei Sindaci e dei Tavoli di consultazione, concertazione, coprogettazione.

2.2.2 Progettazione e gestione integrata degli interventi a livello locale: soggetti, azioni e modalità di lavoro

La gestione integrata degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche a livello locale corrisponde a quella che il "Piano Sanitario Regionale 2003/2006" chiama "programmazione operativa", che "attraverso la definizione di piani lavoro coerenti con i volumi quali-quantitativi stabiliti in sede di programmazione organizzativa, consente di adeguare l'allocazione delle risorse in forma speculare ai bisogni attesi"; per far ciò il piano auspica che "a livello locale possa concretizzarsi l'unificazione socio-sanitaria della programmazione operativa, rendendosi quindi occorrente la comunanza lavorativa dei Direttori di Distretto sanitario e dei Coordinatori di Ambito sociale".

Coerentemente con questa impostazione i **soggetti** dell'integrazione a livello locale, dalla cui capacità di lavoro comune discende la possibilità concreta di una collaborazione autentica con gli altri attori del territorio impegnati nel settore dell'infanzia e dell'adolescenza, sono i seguenti:

- *Coordinatore di Ambito - Direttore di Distretto*

Sono i due professionisti che hanno responsabilità dirette di coordinamento delle politiche territoriali locali, rispettivamente sociali e sanitarie. Le funzioni e le competenze specifiche sono definite dagli atti normativi di riferimento ("Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002" e "Piano Sanitario Regionale 2003/2006")

- *Ufficio di Piano - Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali*

Sono le due "staff" che, rispettivamente, affiancano il Coordinatore di Ambito ed il Direttore di Distretto; anche in questo caso composizione e funzioni vengono definiti dalla normativa regionale ma si auspica che la sperimentazione della integrazione effettiva nell'ambito del presente documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" in tema di infanzia e adolescenza contribuisca a orientare correttamente la futura normativa regionale unitaria in termini di programmazione e gestione socio-sanitaria.

Le **azioni** di competenza della gestione integrata degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche a livello locale trovano corrispondenza in quelle del livello regionale, con particolare riferimento alla Realizzazione dello "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche, e si declinano secondo le determinazioni successive:

- *Concertazione di progetti di intervento mirati*

La concertazione di progetti di intervento mirati deve, come già ricordato, privilegiare l'approccio per "fasce d'età". Per ogni progetto di intervento mirato, anche all'interno di uno o più servizi coordinati tra loro, vanno identificati: obiettivi, tempi, risorse impiegate, metodologie, strumenti, risultati attesi, mezzi utilizzati per la documentazione, il monitoraggio, la valutazione. La concertazione di progetti di intervento mirati, sia nella fase della progettazione che in quella della gestione, deve interessare e fare partecipe il più ampio numero di soggetti attivi sul territorio in favore dell'infanzia e dell'adolescenza, anche con diretto riferimento ai soggetti elencati successivamente nell'azione "Raccordo e coordinamento di comunità".

- *Definizione dei gruppi operativi*

La gestione, come anche la programmazione, dei servizi e dei progetti di intervento per l'infanzia e l'adolescenza previsti nelle specifiche sezioni dei Piani di Zona e dei Programmi delle attività distrettuali deve superare la logica settoriale ed autoreferenziale del singolo servizio o della equipe separata dagli altri. La definizione di gruppi operativi deve identificare: titolarità, responsabilità collegate, modalità di

confronto, verifiche in itinere e può riguardare una o funzioni comuni all'interno di progetti ed interventi quali quelle di: accesso, valutazione, accoglienza, presa in carico, dimissione...

Per identificare correttamente il ventaglio complessivo per la definizione dei possibili gruppi operativi, anche in questo caso, con le specifiche indicazioni di attenzione, appare utile il riferimento ai soggetti elencati successivamente nell'azione "Raccordo e coordinamento di comunità".

▪ *Individuazione delle modalità di relazione tra i soggetti coinvolti*

Le modalità di relazione tra i soggetti coinvolti nella programmazione e nell'attuazione dei progetti per l'infanzia e l'adolescenza nelle specifiche sezioni dei Piani di Zona e dei Programmi delle attività distrettuali vanno gestite costruendo gli strumenti di trasparenza e di verifica che consenta la piena partecipazione e la reale concertazione delle diverse realtà istituzionali (Comuni, Ambito territoriale, Province, Comunità Montane, Zone sanitarie, Distretti sanitari, Scuole...) e non istituzionali (Cooperazione sociale, Volontariato, Associazionismo di promozione sociale...). Modalità di relazione condivise, trasparenti e verificate vanno anche comunicate per favorire lo scambio e la circolarità delle conoscenze e delle buone prassi anche in materia di organizzazione della partecipazione alla realizzazione dello "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche.

▪ *Raccordo e coordinamento di comunità*

Per l'applicazione coordinata e coerente delle indicazioni del Piano sanitario regionale e del Piano sociale regionale in merito all'integrazione socio-sanitaria appare opportuno che in tutte le azioni precedenti vengano trovate adeguate forme di raccordo e coordinamento di comunità, senza dimenticare alcuna delle realtà "portatrici di interessi" (oltre che responsabili di competenze specifiche) nell'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza. Per memoria e per contestualizzare adeguatamente le indicazioni operative del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche si elencano i soggetti da coinvolgere così come si evincono dalle diverse normative, nazionali e regionali, di settore:

Rispetto al versante sociale:

- Servizio segretariato sociale (comunale)
- Servizio sociale professionale (comunale)
- Servizio di pronto intervento sociale (comunale)
- Servizio socio-educativo (comunale)
- Ufficio di Promozione Sociale
- Equipe integrata d'ambito

Rispetto al versante sanitario:

- Sportello della salute
- Consultorio
- Unità Multidisciplinare Età Evolutiva
- Equipe integrata d'ambito
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Salute Mentale
- Ospedale

Rispetto al versante scolastico:

- Scuola Materna - Scuola Elementare
- Scuola Media inferiore
- Scuola Media superiore
- Formazione professionale

- Università
- Rispetto la versante giudiziario:*
 - Tribunale per i minorenni
 - Procura per i minorenni
 - Centro per la giustizia minorile
- Rispetto al Terzo settore:*
 - Cooperative sociali
 - Organismi di volontariato
 - Associazioni di promozione sociale
 - Associazioni non riconosciute
 - Fondazioni
 - Patronati
- Rispetto alla società civile:*
 - Sindacati
 - Associazioni di categoria
 - Self-help - Gruppi informali
 - Famiglie
 - Cittadini

Nella opportunità di dare indicazioni sulle **modalità di lavoro** della "Programmazione e gestione integrata degli interventi a livello locale" per l'infanzia e l'adolescenza è indispensabile tener conto da un lato della necessità di avere un livello minimo unitario e comunicabile/confrontabile tra i diversi territori della regione e, dall'altro, della volontà di rispettare l'autonomia dei territori e di favorire l'adeguata contestualizzazione delle procedure.

Un'ulteriore elemento da considerare è rappresentato dalle molteplici interconnessioni tra Coordinatore di Ambito e Direttore di Distretto, Ufficio di Piano e Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali in relazione diretta con i Servizi sociali dei Comuni, con gli altri servizi territoriali gestiti da soggetti pubblici e privati, con le Unità Operative sanitarie attive nei territori e all'integrazione.

Le indicazioni generali che possono essere espresse con questi "vincoli" in merito alle relazioni tra i diversi soggetti impegnati nella gestione integrata degli interventi a livello locale per l'infanzia e l'adolescenza, sono le seguenti:

- oltre ad essere condivise, trasparenti e verificate (come già indicato), devono essere documentate e comunicate;
- devono prevedere un collegamento esplicito tra tre dimensioni qualificanti la programmazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche: Servizi previsti dalla L.R. 9/03 e dalla L.R. 20/02; Percorsi avviati con leggi o norme, afferenti a servizi sociali, sanitari, educativi e altro; Aree organizzative previste dal Piano sociale regionale.

Per opportuna memoria e per favorire la consapevolezza collettiva si riportano per esteso le dimensioni menzionate:

Servizi previsti dalla L.R. 9/03 (integrati dalle strutture residenziali per minori di cui alla L.R. 20/02)

- Nidi d'infanzia
- Centri per l'infanzia
- Spazi per bambini, bambine e per famiglie
- Centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti
- Servizi itineranti
- Servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative familiari
- Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali
- Comunità familiare

Comunità educativa
Comunità di pronta accoglienza
Comunità alloggio per adolescenti

Percorsi avviati con leggi o norme, afferenti a servizi sociali, sanitari, educativi e altro
Azioni previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile
Piani di intervento a sostegno delle politiche per i giovani
Azioni di prevenzione e di intervento collegate all'Atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze
Azioni previste dal Progetto Obiettivo sulla Tutela della Salute mentale nella parte relativa ai bambini e ai giovani
Progetti di integrazione scolastica dei soggetti disabili
Autonomia scolastica e piani, degli ambiti territoriali, di prevenzione del disagio scolastico e di sostegno all'agio
Interventi finanziati con la legge regionale 8/94 sugli affidi e le adozioni
Servizio di mediazione penale minorile
Politiche di sostegno ai minori stranieri non accompagnati

Aree organizzative previste dal Piano sociale regionale
Promozione sociale e comunitaria
Servizi a domicilio
Servizi semiresidenziali
Servizi residenziali
Interventi per l'emergenza

Sembra opportuno indicare agli Ambiti territoriali e ai Distretti sanitari un'unica "raccomandazione" sulle modalità di lavoro e riguarda l'attenzione da mantenere sempre e da perseguire con tenacia e continuità alla finalizzazione unitaria di tutti gli interventi in favore di infanzia e adolescenza sul territorio. I "luoghi" privilegiati dell'unitarietà sono il Piano di Zona e il Programma delle attività distrettuali e pare opportuno che anche azioni, progetti mirati ed interventi non direttamente inseribili in questi due strumenti di programmazione, ad essi facciano riferimento e ci siano dei rimandi espliciti. Un'altra dimensione di unità, che in una fase di carenza di risorse finanziarie per gli interventi ed i servizi alla persona permette anche di attivare delle sinergie indispensabili, è costituita dalla desiderabile tendenza a definire dei budget per i progetti ed i servizi integrati che siano costruiti con il contributo di diverse fonti e capitoli, sia regionali (del sociale, della sanità, della scuola) che "altri" (fondi nazionali, fondi europei, fondi di sponsor...).

2.3 MODALITÀ DI RACCORDO TRA I LIVELLI REGIONALE E LOCALE

Avendo definito soggetti e azioni dei livelli regionale e territoriale sia del "Governo della programmazione e della integrazione" che della "Programmazione e gestione integrata degli interventi" rimangono da indicare le **modalità di raccordo** tra il livello regionale e il livello locale, non con intento costrittivo ed esaustivo ma con la finalità di accompagnare in maniera unitaria l'indispensabile relazione tra i due versanti di azione.

Per il "Governo della programmazione e della integrazione", rispetto ai "contenuti" sembra necessario, coerentemente con quanto esposto precedentemente, che le diverse questioni siano ricondotte all'interno dell'approccio per "fasce di età" e solo in subordine ad "aspetti particolari", a "questioni specifiche".

Riguardo ai "canali" di relazione tra il livello regionale e il livello locale si ritiene necessario che ci sia chiarezza ed uniformità rispetto ai seguenti filoni:

- comunicazione - con la trasmissione bidirezionale: di informazioni su norme e atti regionali e locali; di dati e flussi rispetto alla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza e allo stato e alle attività di servizi e dei progetti...

- integrazione - con il perseguimento, salvaguardando la diversa titolarità di competenze, di una reciprocità effettiva: nella presentazione e risoluzione di questioni specifiche rispetto a casi personali, situazioni di particolari servizi, interventi, progetti...; nel supporto formativo-consulenziale...; nella partecipazione al riaggiustamento e alla ridefinizione di procedure, orientamenti, opzioni...

Gli "strumenti" delle modalità di raccordo evidenziate saranno proposti dal livello regionale e concordati con il livello locale di "Governo della programmazione e della integrazione" dei servizi e degli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza; per migliorare l'adeguatezza e la velocità del raccordo andranno privilegiati gli strumenti informatici e telematici anche se vanno mantenute occasioni di incontro "faccia a faccia" e di relazioni interpersonali tra i diversi soggetti.

Le modalità di raccordo tra il livello regionale e il livello locale della "Programmazione e gestione integrata degli interventi" vanno sviluppate in relazione a quanto già indicato a proposito delle relazioni tra i due livelli del "Governo della programmazione, della integrazione, della gestione". L'attenzione all'uniformità e alla chiarezza rispetto a "contenuti", "canali" e "strumenti" deve essere analoga ma coniugata in modo ancora più "operativo" e funzionale all'attività quotidiana dei funzionari e degli operatori coinvolti a questo livello di realizzazione dello "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche.

Tavola 2 - Governo regionale di programmazione e integrazione: soggetti, azioni, collegamenti



Tavola 3 - Progettazione e gestione integrata degli interventi a livello regionale: soggetti, azioni, collegamenti

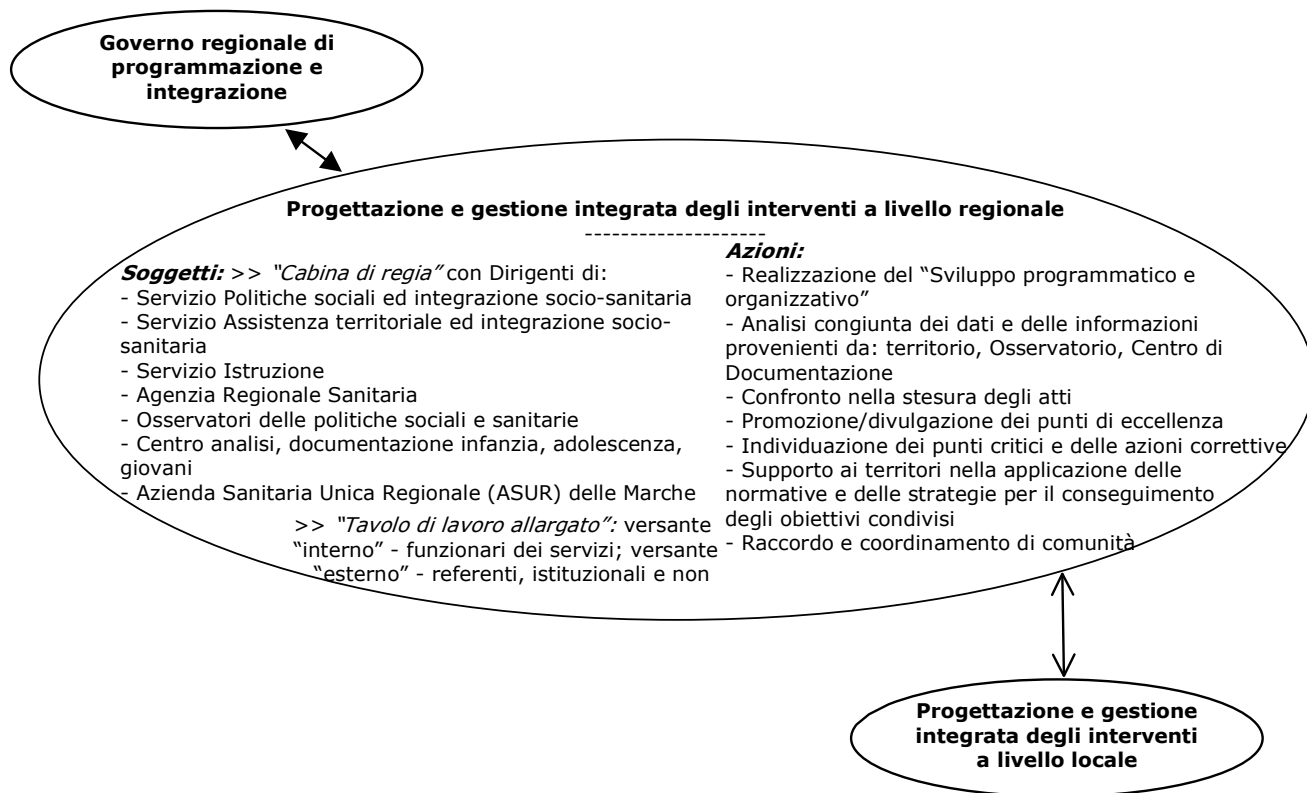


Tavola 4 - Governo locale di programmazione e integrazione: soggetti, azioni, collegamenti

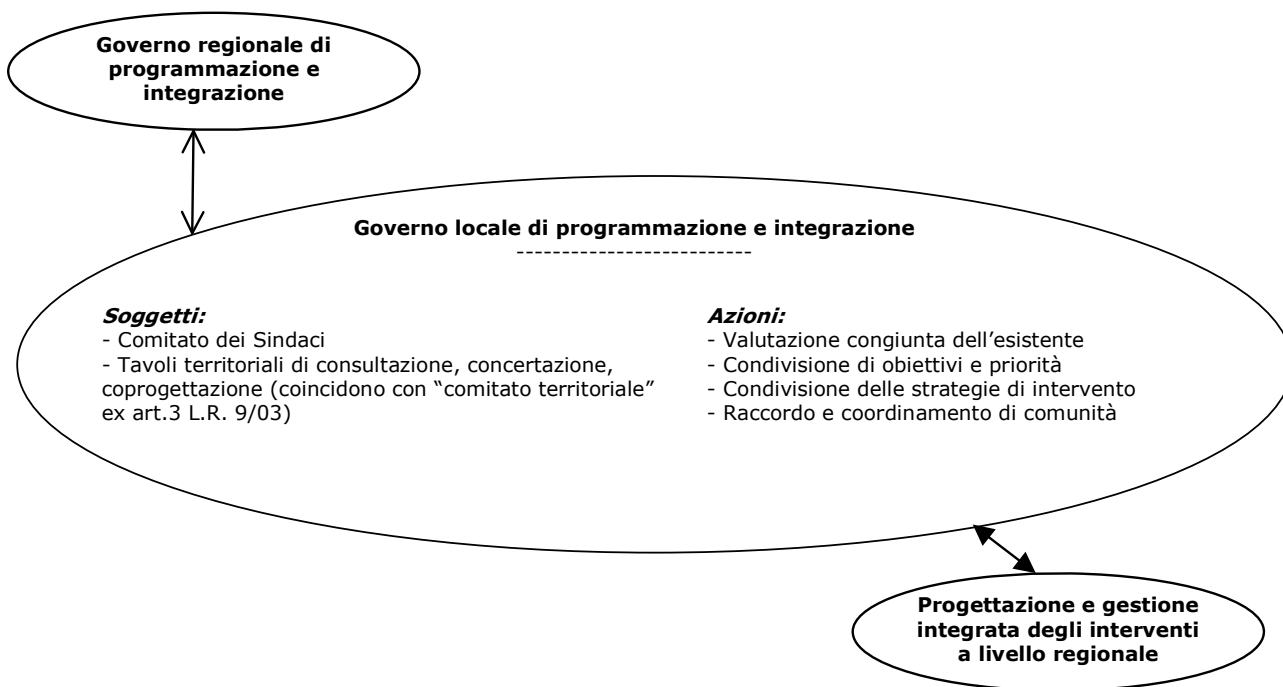


Tavola 5 - Progettazione e gestione integrata degli interventi a livello locale: soggetti, azioni, collegamenti



3. LE FUNZIONI DEL SISTEMA DEI SERVIZI PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

3.1 LE FUNZIONI

Nel Glossario delle Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona 2003 della Regione Marche si può leggere una definizione di "Funzione" che il presente documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" riprende totalmente: "Complesso di atti e di attività connesse ad un ente, ad un ufficio o ad un ruolo, che devono essere assolte per il perseguimento di obiettivi predefiniti. Nel modello organizzativo del sistema integrato di servizi e interventi sociali delle Marche rappresentano le caratterizzazioni prevalenti dei servizi rispetto alle finalità del sistema di protezione sociale".

Il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche utilizza le "funzioni" come riferimento concettuale unitario nella definizione dei progetti e delle azioni di intervento in favore dell'infanzia e dell'adolescenza delle Marche.

Le funzioni fondamentali del sistema, individuate dal Piano sanitario regionale e dalle Linee guida per la costruzione dei Piani sociali, possono schematicamente essere sintetizzate in:

- Promozione
- Accesso
- Accompagnamento/abilitazione
- Educazione
- Assistenza
- Cura

Ciascuna di tali funzioni verrà analizzata singolarmente nei paragrafi che seguono, come se si trattasse di elementi separati e distinti, ma si tratta di una distinzione adottata per comodità di descrizione: nella realtà le funzioni che si realizzano attraverso gli interventi non sono nettamente distinguibili e, soprattutto, l'orientamento complessivo ai bisogni della persona deve prevalere su un approccio settoriale.

In un sistema di servizi integrati, ogni attività/intervento esplica una molteplicità di funzioni; il grado di consapevolezza con cui gli interventi sono progettati e realizzati in forma integrata è importante proprio perché consente di potenziare la pluralità di valenze che sono implicite in ciascun intervento.

3.2.1 Promozione

Il Piano sanitario nazionale e regionale, la L. 328/00, il Piano sociale regionale e le Linee di indirizzo per la costruzione dei piani sociali di zona assumono come principio chiave, attorno al quale progettare ed articolare il sistema dei servizi sanitari e sociali, il principio della promozione della salute e del benessere.

La funzione di promozione include, ma va ben oltre, la realizzazione di campagne informative e promozionali specifiche: è piuttosto un criterio che informa qualunque attività ed iniziativa, che struttura tutta l'attività del sistema, poiché qualsiasi intervento ha in sé la potenzialità di favorire il benessere, se orientato ad incrementare relazioni di inclusione, rapporti di solidarietà, processi di coinvolgimento della comunità.

Obiettivi di benessere sociale:

- Generali:
 - Riconoscere nei bambini e nei ragazzi soggetti titolari di diritti
 - Favorire l'esercizio della loro autonomia e lo sviluppo delle loro potenzialità
 - Promuovere e sostenere processi di responsabilizzazione e senso di appartenenza alla comunità

- Specifici:

Rispetto alla famiglia:

- Garantire al minore una famiglia "adeguata" attraverso il sostegno alla funzione genitoriale
- Facilitare i rapporti intergenerazionali
- Promuovere forme di mutuo aiuto tra famiglie

Rispetto alla scuola:

- Promuovere e sostenere relazioni positive tra allievi e insegnanti
- Promuovere e sostenere rapporti di collaborazione
- Aiutare gli insegnanti nei processi di motivazione all'apprendimento

Rispetto al territorio:

- Promuovere la fruibilità dell'ambiente urbano
- Favorire la mobilità autonoma
- Favorire la creazione di luoghi di aggregazione
- Favorire la partecipazione di bambini e ragazzi alla vita della comunità

Nell'ambito della promozione della salute e del benessere dell'infanzia, ha grande rilevanza la tutela della maternità e della gravidanza: è ovvio infatti che una gravidanza scelta e vissuta con serenità è una premessa importante per la tranquillità della famiglia e per una buona crescita del bambino.

L'implementazione condivisa tra servizi territoriali e ospedalieri, distretto e dipartimento materno infantile, delle diverse fasi e attività del "percorso nascita", dai corsi di preparazione al parto, agli interventi a domicilio dopo la dimissione, alla capillare informazione sui servizi per genitori e bambini nel primo anno di vita, consente di incrementare l'efficacia degli interventi.

Un'azione efficace di promozione del benessere sociale dei bambini e dei ragazzi con ogni evidenza va molto al di là delle possibilità del sistema dei servizi sanitari e sociali: riguarda il governo della comunità nel suo complesso, coinvolge la politica nel senso più ampio e compiuto.

Le competenze e le attività dei servizi sanitari e sociali nell'esercizio delle loro funzioni promozionali in materia di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza si interfacciano nei servizi territoriali: Distretto sanitario, Ambito sociale, Servizi educativi e scolastici.

Il Distretto sanitario, in particolare attraverso la funzione di coordinamento dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale, il consultorio, ricopre un ruolo essenziale in materia di promozione di stili di vita e comportamenti orientati alla salute.

L'Ambito territoriale attraverso i servizi sociali territoriali costruisce occasioni importanti per favorire la promozione del benessere sociale attraverso la gestione di spazi di aggregazione, gruppi di auto e mutuo aiuto, interventi di comunità, con particolare riferimento alla realizzazione di attività di sostegno alla genitorialità. .

I servizi educativi e scolastici, in quanto luoghi di aggregazione naturale delle famiglie, rappresentano a loro volta contenitori privilegiati per favorire il confronto, facilitare relazioni, avviare processi di riflessione e rielaborazione di modelli e stili di vita.

Una co-progettazione forte e vincolante tra Distretto sanitario e Ambito sociale, relativa a strumenti e modalità di intervento nei servizi educativi e scolastici e negli spazi di aggregazione giovanile appare come la linea prioritaria per sviluppare in modo integrato la funzione di promozione.

Un ventaglio di iniziative possibili che, proposte e realizzate con coerenza e organicità, appaiono in grado di far crescere la cultura dell'infanzia e di sviluppare il senso di comunità si possono concretizzare nel: costruire progetti di lavoro comune nella scuola e nei centri di aggregazione giovanile, ripensare con educatori ed insegnanti percorsi di riflessione sugli stili educativi o sulle relazioni con le famiglie, favorire iniziative tra insegnanti e genitori, occasioni di incontro e di impegno comune tra famiglie, manifestazioni cittadine che vedano la partecipazione attiva di bambini e ragazzi costituisce.

La sensibilizzazione ed il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta può rappresentare una scelta strategica, per la fiducia di cui godono da parte delle famiglie, per la capillarità e la diffusione del loro intervento.

Un ruolo importante possono esercitare ancora associazioni culturali e ricreative, nel realizzare interventi che favoriscano esperienze positive di aggregazione tra bambini e ragazzi, occasioni di conoscenza ed appropriazione delle opportunità presenti sul territorio, per creare in sostanza un legame forte con la comunità di appartenenza.

Analogamente, la capacità di stimolare attenzione e mobilitare risorse da parte di altri soggetti, generalmente estranei al mondo dei servizi all'infanzia, può contribuire a dare ulteriore impulso e spessore alla promozione del benessere: i servizi comunali dell'urbanistica, della cultura, dell'ambiente, le parrocchie, le associazioni giovanili, le associazioni sportive, le redazioni di giornali, radio e televisioni locali, le associazioni di tutela ambientale, le associazioni di consumatori, le associazioni di pensionati possono certamente offrire contributi significativi per esperienze che sviluppino nei bambini e nei ragazzi consapevolezza del mondo che li circonda e del ruolo che loro stessi possono svolgere.

Gli attori privilegiati, cui compete la responsabilità dell'integrazione, sono rappresentati dall'Ambito sociale e dal Distretto sanitario.

Le funzioni di promozione del benessere è riconoscibile perché deve essere oggetto di progettazione specifica e realizzazione dedicata; una "sezione" della programmazione territoriale per l'infanzia e l'adolescenza deve essere indirizzata alla promozione.

Le iniziative di promozione, inserite nella programmazione territoriale, si sviluppano:

- all'interno di "attività strutturali", come l'assistenza medica di base, la pediatria di comunità, la gestione di spazi di aggregazione, gli interventi psico-sociali nella scuola e nelle famiglie;
- attraverso "attività occasionali", su contenuti specifici.

Rispetto alle "attività strutturali" è necessario un doppio livello di concertazione:

- sulla metodologia di lavoro, in particolare per quanto concerne le modalità di intervento degli operatori sociali e sanitari nei servizi educativi e scolastici;
- sulla costruzione di progetti di intervento specifici (ad esempio con gruppi di insegnanti o di genitori, per sperimentazioni innovative), che individuino volta per volta quali altri attori sollecitare e coinvolgere.

La necessità di proporre anche "attività occasionali" scaturisce dalla convinzione che il mondo dell'infanzia e dell'adolescenza oggi è forse fin troppo sollecitato da proposte di attività che ne organizzano il tempo in una scansione preordinata di impegni. La frammentarietà e la fruizione troppo spesso individuale, quando non prettamente individualistica e prestazionale di tali opportunità, sembra talvolta procurare fatica, tensione e dipendenza, piuttosto che stimolare l'iniziativa autonoma e promuovere il benessere.

"Attività occasionali" che si propongono come "eventi", occasioni autenticamente partecipative, tese a sviluppare relazioni piuttosto che abilità, senso di appartenenza piuttosto che prestazioni individuali, saranno promosse a partire dalla condivisione della definizione del bisogno, da cui scaturirà l'ipotesi di intervento. Si sottolinea come l'occasionalità tuttavia non deve aver niente in comune con l'estemporaneità: se sono occasionali le singole iniziative, esse hanno significato in quanto parti ed eventi di un disegno complessivo, teso a valorizzare la partecipazione attiva di bambini e ragazzi alla vita della comunità.

Infatti anche le attività occasionali hanno il carattere della organicità in quanto concertate con il sistema dei servizi anche quando sono promosse da altri soggetti; in questa logica, è auspicabile che il disegno globale sia condiviso con la scuola, anche quando le iniziative specifiche non la coinvolgono in forma diretta.

3.2.2 Accesso

Un sistema mirato al benessere dovrebbe tendere a orientare l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e sociali formali da un lato evitando l'uso improprio di risorse e prestazioni, dall'altro facilitando l'accesso ai soggetti più fragili e bisognosi in una corretta interpretazione dell'universalismo selettivo previsto dalla L.328/00.

Un accesso corretto ai servizi alla persona:

- privilegia l'esercizio della funzione promozionale, che ha la propria sede elettiva nei luoghi di vita e di aggregazione abituali dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie;
- riesce a cogliere segnali, interpretare indizi e accompagnare i bisogni dei bambini, dei ragazzi e delle famiglie, piuttosto che attenderne passivamente le richieste;
- diffonde una informazione accurata su servizi ed attività, grazie alla quale anche l'accesso autonomo avviene in modo semplice e diretto.

Obiettivi di benessere sociale:

- Generali:
 - Rendere specificamente competenti per l'infanzia e l'adolescenza gli operatori degli "sportelli" di accesso ai servizi sociali e sanitari del territorio
 - Prevedere percorsi "facilitati" e protetti per l'accesso dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze ai servizi sociali e sanitari del territorio

- Specifici:

Rispetto alla famiglia:

- Favorire un accesso e un'accoglienza che tutelino i diritti del minore pur recependo la domanda della famiglia

Rispetto alla scuola:

- Promuovere e sostenere contatti sistematici e scambi di informazioni e di segnalazioni tra i servizi sociali e sanitari del territorio e i vari ordini di scuola

Rispetto al territorio:

- Rendere evidenti alla collettività le attenzioni specifiche per l'accesso ai servizi dei minori e favorire la condivisione di tali scelte prioritarie

La funzione di accesso al sistema dei servizi socio-sanitari integrati rivolti all'infanzia e all'adolescenza trova la sua articolazione primaria nell'attività degli Uffici di promozione sociale e degli Sportelli della salute.

Al livello più semplice, l'Ufficio di promozione sociale rappresenta la porta di ingresso al sistema dei servizi sociali di ambito, lo Sportello della salute ai servizi sanitari: insieme costituiscono l'interfaccia tra il sistema dei servizi formali e i cittadini.

Tuttavia, in una logica di integrazione e soprattutto in una prospettiva di promozione dell'agio e della salute, è indispensabile rimarcare che la funzione di "accesso" si articola in più attività: da quella informativa sui servizi e sulle prestazioni "interne", a quella di orientamento; dalla "presa in carico" di situazioni "semplici", all'accoglienza e all'invio...

Il primo passo in questa direzione riguarda la conoscenza diffusa e la comunicazione reciproca in merito a tutte le opportunità presenti sul territorio per le famiglie, l'infanzia, gli adolescenti, riuscendo a mettere in rete i numerosi "sportelli" presenti.

L'Ufficio di Promozione sociale, presente in ogni ambito territoriale, con una organizzazione unitaria, anche se preferibilmente dislocato in più sedi per offrire la maggior vicinanza possibile ai cittadini, rappresenta in questo contesto l'anello di congiunzione tra il territorio del sociale, nella sua accezione più generale, e il sistema dei servizi sociali.

Sul piano delle relazioni istituzionali, esso è l'anello di congiunzione tra i comuni, il distretto, i servizi ospedalieri, ovvero tra servizi ed opportunità indirizzati alla generalità della popolazione e servizi specialistici, orientati a bisogni specifici, capace di offrire il quadro complessivo delle opportunità sul piano socio-educativo, in grado di orientare correttamente una domanda di prestazioni specifiche (individuando il referente appropriato all'interno del sistema sociale o sanitario), come di riconoscere una generica condizione di disagio, che ha bisogno di essere accolta e decodificata da operatori sociali competenti.

Ad un livello più articolato e complesso, la funzione di accesso chiama in causa il processo di accoglienza, ovvero il passaggio da un'attività di informazione e orientamento rispetto ai servizi ed alle prestazioni erogati dal sistema, ad una attività di rilevazione e interpretazione della domanda, che prepara la possibile "presa in carico".

È ormai consolidata la consapevolezza che l'impatto iniziale con il sistema dei servizi concorre in misura significativa ad influenzare il percorso successivo: dice molto infatti rispetto a quanto ci si può fidare, a quanto si è ascoltati e presi in considerazione; in particolare, trasmette un messaggio importante sul piano del grado di integrazione interna del singolo servizio, ove si svolge il primo approccio, e del servizio con le restanti parti del sistema.

L'aver creato nei cittadini la percezione di modelli di funzionamento "a compartimenti stagni" è probabilmente uno degli elementi di maggior fragilità del sistema, che talvolta inficia il risultato stesso degli interventi.

La metodologia dell'integrazione deve essere resa visibile fin dal primo approccio:

- l'operatore che accoglie, nel momento in cui decodifica la domanda e individua un bisogno, deve disporre delle informazioni sul funzionamento del sistema nel suo insieme; o quanto meno deve poter disporre degli strumenti necessari per accedere con tempestività alle informazioni necessarie;
- il cittadino, bambino, ragazzo, genitore deve poter disporre di un punto di riferimento certo.

Il processo di accoglienza infatti è strettamente interconnesso con il processo di "invio": chi accoglie, accoglie una domanda; la risposta non è mai una singola prestazione, ma la costruzione di un progetto, che con ogni probabilità includerà un insieme ragionato di prestazioni, coinvolgendo ed impegnando operatori diversi. Con l'accoglienza, si apre un rapporto, che evolverà in un insieme di impegni reciproci, che richiederanno tempo e confronti successivi: la continuità del rapporto con un referente certo deve essere salvaguardata ed è quindi il primo impegno del servizio che accoglie, mantenere tale continuità, fino a quando il percorso non è chiaramente definito, con l'individuazione di un "responsabile del caso".

Tale principio vale ovviamente sia per i processi di aiuto a specifiche situazioni di difficoltà, che per interventi rivolti a gruppi.

3.2.3 Accompagnamento/Abilitazione

In senso generale, la funzione di accompagnamento/abilitazione traduce e sviluppa, sul piano dell'azione, il principio di reciprocità che deve caratterizzare ogni intervento. Qualunque servizio/intervento non si configura come un'azione "per" qualcuno (individuo o gruppo) per risolvere un problema, ma piuttosto come un insieme di azioni pensate e realizzate "con" qualcuno, per aumentare il ventaglio di possibilità e di risorse, che permettono di fronteggiare in modo più soddisfacente la situazione ed eventualmente risolvere un problema.

Attribuire al sistema dei servizi una funzione di accompagnamento significa riconoscere alle persone il diritto di scegliere il proprio cammino, avendo accanto qualcuno che le sostiene e le appoggia; significa rinunciare a fare da guida, rifiutando ogni delega, per restituire alle persone la libertà, ma anche la responsabilità della propria vita.

In questo senso deve essere intesa l'espressione che tiene insieme accompagnamento-abilitazione: accompagnare non è seguire passivamente in modo acritico, ma piuttosto rendere esplicite le scelte che si compiono, chiarire le alternative possibili, affinché il percorso sia vissuto come strumento e occasione di sviluppo che incrementa, rafforza o aiuta a recuperare le potenzialità che sono presenti in ogni persona.

Questo vale ovviamente anche nei confronti dei bambini e dei ragazzi: dare loro la possibilità di sperimentare e sentire che ogni intervento diretto a loro è pensato e realizzato con loro e non semplicemente per loro, è costruito insieme e richiede un loro impegno personale e diretto, non è meno importante per i bambini che per gli adulti.

Obiettivi di benessere sociale:

- Generali:
 - Sostenere il processo di sviluppo dei bambini e degli adolescenti
 - Favorire processi di *empowerment* dei bambini e delle bambine, dei ragazzi e delle ragazze
 - Facilitare processi di integrazione sociale e di partecipazione alla vita collettiva nei bambini e nelle bambine, nei ragazzi e nelle ragazze
 - Sostenere le famiglie nell'esercizio delle funzioni genitoriali

▪ Specifici:

Rispetto alla famiglia:

- Creare le condizioni affinché le famiglie non si sentano sole
- Valorizzare e sostenere le risorse della famiglia
- Predisporre strumenti per facilitare le normali operazioni della vita quotidiana delle famiglie
- Dare aiuto per fronteggiare condizioni di difficoltà
- Favorire la costituzione di reti di famiglie, disponibili alla solidarietà e all'accoglienza
- Estendere e qualificare le reti di aiuto informali

Rispetto alla scuola:

- Favorire la socializzazione delle conoscenze e delle esperienze tra gli insegnanti
- Facilitare i processi di integrazione di bambini e ragazzi in situazioni di difficoltà
- Agevolare le relazioni tra insegnanti e genitori
- Sostenere esperienze di qualificazione delle attività educative e didattiche

Rispetto al territorio:

- Favorire le esperienze di aggregazione sociale
- Sostenere gruppi ed occasioni di mutuo aiuto

Le funzioni di accompagnamento/abilitazione appartengono, seppur con sfumature diverse, a tutti i servizi del sistema sociale e sanitario: non esiste intervento o azione che i servizi realizzano, in cui non siano tenuti a sostenere un processo di cambiamento, aiutando le persone ad impegnarvi le proprie capacità, valorizzandole e possibilmente ampliandole.

Il "protagonismo" dei destinatari ha tuttavia una pregnanza ed uno spessore diversi nell'ambito degli interventi sociali rispetto agli interventi sanitari: l'intervento sociale infatti investe in misura maggiore la totalità dell'esperienza, è più intensamente intrecciato con la quotidianità, con lo stile di vita, mentre l'intervento sanitario riguarda prevalentemente aspetti più circoscritti e di norma è esercitato da professionisti in possesso di conoscenze disciplinari a cui affidarsi.

L'accompagnamento si sostanzia allora nella capacità di rendere le persone consapevoli del processo, nell'impegno a far comprendere, nel ricercare la collaborazione attiva e informata, piuttosto che nel mettere in gioco i criteri di scelta, rispetto ai quali le conoscenze dell'operatore e del cittadino sono fortemente squilibrate.

Se la scelta è sempre e comunque delle persone che accedono ai servizi, se sempre e comunque deve essere confermata e valorizzata la loro autonomia e la loro responsabilità, tuttavia le forme dell'accompagnamento e dell'abilitazione sono diverse, negli interventi sociali e sanitari.

Il sociale, che si caratterizza per una maggiore a-specificità rispetto al sanitario, dovrà in un certo senso "contaminare" con il proprio metodo di lavoro lo stile di intervento sanitario, specie in quella vasta gamma di attività che prevedono prestazioni congiunte, come ad esempio tutti gli interventi di aiuto a bambini e ragazzi con deficit, dal supporto all'integrazione nella scuola, alla gestione dei centri semiresidenziali o residenziali oppure gli interventi di tutela dei bambini maltrattati.

In senso generale, esercitare in modo integrato la funzione di accompagnamento/abilitazione è in primo luogo integrazione di un metodo di lavoro,

che sollecita e valorizza le risorse personali, che crea lo spazio per scelte consapevoli, che in sostanza assume l'interlocutore come partner attivo, soggetto che deve essere aiutato ad appropriarsi, fin dove le sue possibilità lo consentono, del processo che si realizza con lui.

In termini molto schematici, si potrebbe definire come un metodo di lavoro che fa della competenza tecnica e specialistica uno strumento a servizio della relazione.

In senso più specifico, in alcune aree di attività, dove più intensa e continuativa è la convergenza/contemporaneità dell'intervento sanitario e sociale, "accompagnare insieme", con coerenza, potenziando l'efficacia degli interventi, comporta la condivisione dei fini, la definizione congiunta dei risultati attesi, la suddivisione concordata dei compiti, l'individuazione esplicita dei livelli di responsabilità, in cui deve essere chiara per ciascuno la responsabilità diretta rispetto alla propria parte specifica e contemporaneamente si assume insieme la responsabilità globale del risultato.

A salvaguardia dell'integrazione, ad assicurare la "manutenzione" in itinere, uno strumento importante sta proprio nella definizione delle responsabilità: per ogni progetto di intervento il "soggetto di coordinamento" è responsabile del progetto e, prima di tutto, dell'integrazione; è colui che si rende garante di mantenere aperta la comunicazione e lo scambio, che si impegna a promuovere confronti e verifiche di percorso, a rendere visibile a tutti il quadro di insieme.

3.2.4 Educazione

La funzione educativa che il sistema dei servizi sanitari e sociali è chiamato ad esercitare è riconoscibile a due diversi livelli:

a un livello generale, presente in forma più o meno esplicita in tutti gli interventi, riguarda l'impegno del sistema a far emergere e aiutare a sviluppare le risorse e le potenzialità delle singole persone, dei gruppi, della comunità nel suo insieme;

a un livello più specifico, riguarda in particolare i servizi socio-educativi rivolti all'infanzia e all'adolescenza, ove la funzione educativa rappresenta la ragione stessa dell'intervento.

Obiettivi di benessere sociale

- Generali:
 - Favorire la consapevolezza di sé, personale e di gruppo
 - Favorire il senso di appartenenza e la fiducia reciproca all'interno della comunità
 - Valorizzare l'impegno personale, gli scambi, i risultati
 - Dare visibilità ai processi di cambiamento

- Specifici:

Rispetto alla famiglia:

- Garantire alle famiglie spazi sicuri di crescita per i figli, di incontro e di scambio per i genitori
- Offrire occasioni di crescita delle competenze educative dei genitori di tutte le età, attraverso eventi di formazione specifica, attiva e partecipata

Rispetto alla scuola:

- Accompagnare l'integrazione dei ruoli formativi ed educativi degli insegnanti sostenendo e potenziando le occasioni di formazione integrata con il territorio e con i servizi sociali e sanitari

- Incentivare la partecipazione degli insegnanti agli eventi di integrazione tra attività di scuola e di extrascuola per valorizzare la loro figura di "operatori territoriali" e migliorare le relazioni con gli allievi

Rispetto al territorio:

- Creare luoghi di accoglienza che sostengano la crescita di bambini e ragazzi
- Garantire all'infanzia e all'adolescenza occasioni di ascolto, di impegno e di divertimento

Educare quindi non è insegnare e non riguarda soltanto bambini e ragazzi: educare, in quanto funzione del sistema socio-sanitario, è aiutare a crescere, cioè aiutare a riconoscere le proprie possibilità e ad utilizzarle pienamente.

La funzione educativa più specifica, ovvero la realizzazione di interventi e la gestione di servizi educativi, rappresenta area di attività prevalentemente dei servizi sociali: tiene insieme la promozione dell'agio, la prevenzione e il recupero del disagio, poiché i servizi pensati per tutti, realizzati nella prospettiva del benessere, sono quelli che più efficacemente possono accogliere anche chi è in difficoltà.

Nei confronti delle famiglie i servizi non propongono modelli da cui i genitori devono apprendere una pratica educativa, ma si offrono come partner che, integrando la funzione educativa dei genitori, mettono a disposizione spazi e occasioni di confronto, ipotesi per ampliare le opzioni possibili, strumenti che vanno ad incrementare il loro personale bagaglio.

Sul piano generale, la funzione educativa si collega da un lato al tipo di approccio alla persona, che deve caratterizzare tutte le attività dei servizi, dall'altro richiama soprattutto il lavoro di comunità: attorno ad ogni intervento è necessario mobilitare tutte le risorse dei destinatari, ma anche sollecitare risorse esterne, allargare la rete di chi si prende cura, sensibilizzare e far intervenire la comunità, da quella più prossima fino a tutte le ramificazioni percorribili.

La responsabilità della funzione educativa deve essere condivisa pienamente tra il sistema formativo, quello dei servizi sociali e il sistema sanitario, che si integreranno in tutte le dimensioni di sviluppo delle azioni educative, oltre ad essere coinvolti a fronte di esigenze collegate alle specifiche competenze.

Sul piano della realizzazione di specifici interventi, la funzione educativa richiama in primo luogo l'interazione con il sistema dei servizi educativi gestiti dell'ente locale e con i servizi scolastici statali e autonomi.

In questo contesto molti possono essere gli esempi di un'integrazione necessaria tra i "luoghi" dell'educazione: tra il nido di infanzia e le famiglie; tra l'associazionismo sportivo ed i servizi sanitari...

Un'esperienza esemplificativa ed emblematica può essere rappresentata da come la quotidianità dei bambini e dei ragazzi nella scuola e nel centro socio-educativo si accompagnano e si intrecciano, interagiscono nei fatti, indipendentemente dalle intenzioni degli attori.

Armonizzarli diventa una necessità che va affrontata con equilibrio e delicatezza:

- per evitare la frammentazione, ma anche per evitare che i ragazzi si sentano accerchiati, assoggettati ad una specie di controllo permanente da parte di adulti sempre solidali tra loro;
- per evitare ogni forma di subalternità o di contrapposizione: il servizio socio-educativo come strumento per il recupero degli insuccessi scolastici o viceversa come

l'alternativa della libertà e del gioco, rispetto a una scuola, luogo di costrizione e fatica;

- per evitare che il centro socio-educativo diventi una forma sottile di emarginazione sociale, lo spazio destinato a coloro che non sono all'altezza.

I servizi sociali dell'Ambito territoriale dovranno riconoscere nella scuola il soggetto privilegiato, affinché i significati dei servizi socio-educativi siano condivisi e sia trasmessa ai ragazzi la percezione di una continuità che, senza diventare omologazione, dà tuttavia il senso che gli adulti costruiscono con loro percorsi coerenti, nella diversità.

3.2.5 Assistenza/Cura

Il binomio assistenza/cura individua la funzione che il sistema esercita quando mette in atto interventi di aiuto nei confronti di situazioni di difficoltà: l'assistenza è più direttamente riferibile all'intervento sociale, la cura all'intervento sanitario.

Si conferma il principio secondo cui, in una prospettiva di promozione del benessere e della salute, anche negli interventi rivolti a fronteggiare il disagio e la patologia, non deve venir meno l'orientamento del sistema ad incrementare le risorse personali e favorire lo sviluppo di comunità: assistenza e cura si aggiungono, non si sostituiscono, alle altre funzioni.

Aiutare a rimuovere cause e condizioni di difficoltà è efficace se e quando la difficoltà è accolta e trattata come occasione per sollecitare processi di coinvolgimento della comunità.

Assistenza

Obiettivi di benessere sociale

▪ Generali

Aiutare persone e gruppi ad individuare processi e strumenti per fronteggiare situazioni difficili

Concordare impegni reciproci dei servizi e dei cittadini che richiedono l'intervento

Contribuire ad estendere la rete degli aiuti disponibili

Mettere a disposizione l'insieme delle prestazioni professionali e degli strumenti di aiuto propri dei servizi

▪ Specifici

Rispetto alla famiglia:

- Favorire la consapevolezza delle proprie difficoltà
- Individuare gli obiettivi raggiungibili
- Sostenere il percorso di cambiamento con specifici strumenti di aiuto alle relazioni intrafamiliari, parentali e allargate

Rispetto alla scuola:

- Sostenere l'integrazione scolastica di bambini in difficoltà
- Aiutare gli insegnanti a fronteggiare situazioni di disagio nelle classi
- Collaborare alla realizzazione di attività educative di gruppo, extracurricolari
- Offrire consulenza psicopedagogica
- Collaborare alla qualificazione delle relazioni con le famiglie

Rispetto al territorio:

- Facilitare l'inclusione
- Sostenere relazioni solidali
- Valorizzare la responsabilità collettiva

L'assistenza implica ascolto e responsabilizzazione, definisce un contratto che include gli impegni del servizio come quelli dei destinatari degli interventi, offre tutti gli aiuti necessari, ma orientandoli sempre in una prospettiva di autonomizzazione, poiché il servizio lavora per la "dimissione" dal servizio.

Per non degenerare nell'assistenzialismo, l'assistenza comporta un progetto che stabilisce dei tempi, impegnando tutti gli attori a rispettarli.

Cura

Obiettivi di salute

- Generali
 - Aiutare persone e gruppi a recuperare le migliori condizioni di salute, compatibili con la patologia da cui sono affetti
 - Aiutare a comprendere, accettare e compensare i vincoli imposti dalla patologia
 - Mettere a disposizione l'insieme delle prestazioni professionali, degli ausili e degli interventi terapeutici propri dei servizi
 - Facilitare l'accesso a prestazioni specialistiche sovraterritoriali

- Specifici

Rispetto alla famiglia:

- Favorire la consapevolezza delle proprie difficoltà
- Individuare gli obiettivi di salute raggiungibili
- Favorire la partecipazione dei familiari al percorso di cura
- Concordare il percorso terapeutico e fornire le prestazioni specialistiche

Rispetto alla scuola:

- Mettere a disposizione degli insegnanti strumenti di conoscenza utili ad affrontare i problemi connessi a particolari patologie
- Concordare tempi e modalità di eventuali interventi riabilitativi nella scuola
- Fornire gli ausili necessari a facilitare l'integrazione scolastica di bambini con difficoltà
- Collaborare alla realizzazione di attività educative di gruppo, extracurricolari
- Collaborare alla qualificazione delle relazioni con le famiglie

Rispetto al territorio:

- Informare e offrire consulenza in merito a rischi e patologie ricorrenti
- Valorizzare la responsabilità collettiva

Rispetto all'assistenza, la cura evidenzia una maggior rilevanza di competenze specialistiche; ha una dimensione più settoriale, che deve tuttavia tenere conto della globalità della persona e del contesto di vita all'interno del quale si inserisce. Agisce direttamente su una parte, ma prestando attenzione al quadro di insieme, a come il proprio intervento lo modifica e agli effetti che produce: quanto e come, ad esempio, la scelta di un particolare metodo riabilitativo per un bambino condiziona lo stile di

vita di una famiglia, quali nuove difficoltà organizzative comporta, chi e come può aiutare la famiglia ad affrontarle.

L'intreccio di cura e assistenza, di prestazioni sanitarie e sociali deve trovare la sua formalizzazione nella condivisione degli specifici progetti di intervento che si costruiscono per ciascun caso o situazione che viene presa in carico.

La responsabilità di promuovere la definizione concordata del progetto compete al servizio che accoglie la richiesta di intervento, fino a quando concordemente viene individuato l'operatore che è il "soggetto di riferimento", il responsabile del caso, a cui è affidato il compito di farsi garante dell'integrazione, o in altri termini, di mantenere aperti i canali di comunicazione tra i servizi e gli operatori coinvolti.

4. PROSPETTIVE NELLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

4.1 ORGANISMI E PROCEDURE PER L'INTERVENTO E L'AZIONE

In questo contesto, i termini "organismi" e "procedure" non devono essere intesi nel significato che generalmente assumono nel linguaggio tecnico della burocrazia: da un lato un "insieme funzionale di elementi o strutture che operano per un fine comune" e, dall'altro una "successione di azioni consequenziali rigorosamente definita a priori e non modificabile".

Il sistema dei servizi alla persona ovviamente non può funzionare così, poiché la relazione tra servizi e destinatari dei servizi è una relazione dinamica e ricorsiva, aperta al cambiamento e orientata a produrre cambiamento.

È indispensabile pensare al lavoro dei servizi, qualunque sia la tipologia di intervento, come a un dialogo, a una conversazione nella quale ciascuno degli interlocutori possiede una traccia che contempla gli argomenti e i temi di cui si vuole trattare, ma di cui non possiede lo sviluppo, poiché lo sviluppo si costruisce insieme nell'interazione, facendo entrare i contributi di ciascuno.

È evidente che, nel salvaguardare la reciprocità, nel mantenere l'apertura, nel cogliere e sviluppare i segnali che provengono dall'interlocutore, il servizio, o meglio gli operatori che di volta in volta incarnano il servizio, hanno una responsabilità diversa dai destinatari dell'intervento: agli operatori è richiesta una consapevolezza dei significati dell'interazione, una cura all'attenzione ed all'ascolto, che non è lecito pretendere da chi avanza una richiesta o segnala una difficoltà.

Forse una prima, sostanziale competenza del bagaglio professionale di qualunque operatore sociale e sanitario deve essere individuata proprio in questa capacità di ascolto attivo, che va oltre la semplice disponibilità di "stare ad ascoltare"; è quel tipo di ascolto che prima di tutto crea l'apertura, trasmette un interesse autentico e un rispetto esente da preconcetti e pregiudizi, e nello stesso tempo è un ascolto che cerca di cogliere nelle parole dell'altro lo spazio per offrire un aiuto che sia percepito come ampliamento delle possibilità presenti nella situazione.

Qualunque intervento evolve dunque in un contesto concreto, tra interlocutori reali, tenendo conto delle loro specificità, in un rapporto di reciprocità.

Il servizio possiede una propria identità, ha un'organizzazione e compiti definiti, eroga prestazioni specifiche, ma l'operatore o il gruppo di operatori che incontrano il destinatario degli interventi, nella logica dell'integrazione, devono possedere una mappa, che va oltre il servizio di cui sono parte, che include tutte le opportunità disponibili, e grazie alla quale l'operatore orienta ed accompagna il percorso di vita della persona/gruppo di cui si occupa, nella prospettiva di arricchirne l'esperienza, svilupparne le potenzialità, aprire percorsi nuovi.

Il termine "organismo" va a definire quindi un complesso integrato di operatori, servizi, soggetti collettivi che interagiscono e il termine "procedura" assume quindi il significato di declinazione di percorsi possibili, si propone di esplicitare come, in un sistema integrato, l'intreccio tra sistema degli interventi sanitari e degli interventi sociali può essere modulato, con la consapevolezza che l'evolversi degli interventi concreti non può essere predefinito, pena la perdita del suo stesso significato, ma nello stesso tempo deve essere pensato e previsto, perché è possibile accordare, adattare, accomodare, personalizzare soltanto ciò a cui si sono date forma e struttura. La mappa degli intrecci che si cerca di delineare qui prende in esame non il contenuto delle attività che si svolgono nei servizi, che devono trovare la loro espressione più compiuta nei piani di intervento locali, ma le funzioni che i servizi esplicano, così come sono individuate dalle Linee guida per la costruzione dei Piani sociali di zona della Regione Marche: armonizzare le funzioni, ovvero esplicitare e raccordare con

chiarezza in che modo, con quali obiettivi, affini e diversi, la stessa funzione viene esercitata da parti diverse del sistema costituisce un nodo cruciale dell'integrazione.

4.2 DAL SISTEMA DEI SERVIZI ALLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

È già stato esplicitato come lo sviluppo dei servizi e degli interventi sociali e sanitari per l'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche sia caratterizzato da percorsi che, avviati in tempi distinti e con riferimenti normativi diversi, si stanno costruendo "sistema integrato" e orientando progressivamente alla definizione di "regole" unitarie. Attualmente le dimensioni qualificanti della programmazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza nella Regione Marche che il presente documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" intende collegare stabilmente sono:

- i servizi previsti dalla L.R. 9/03, opportunamente integrati, per quanto riguarda l'area organizzativa della residenzialità, dalle strutture previste dalla L.R. 20/02;
- il Progetto Obiettivo Materno Infantile;
- altri percorsi avviati con leggi o norme, afferenti a servizi sociali, sanitari, educativi...;
- le Aree organizzative previste dal Piano sociale regionale.

Il collegamento che intende realizzare il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche è dichiaratamente nell'ambito del Piano sanitario della Regione Marche e del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali e, anzi, il presente documento prefigura gli orientamenti unitari futuri.

D'altra parte la stessa integrazione che si persegue a livello di "sistema dei servizi" deve essere oggetto di attenzione, impegno e operatività concreta anche a livello di programmazione e gestione degli interventi rivolti alla persona.

Questo capitolo, in continuità con i precedenti, vuole proprio "trasportare" la logica dell'integrazione dal sistema all'azione per raggiungere le due finalità generali della promozione dell'"agio" e del contrasto del "disagio" dell'infanzia e della adolescenza della Regione Marche.

In questa prospettiva va letta anche la scelta di privilegiare l'approccio per "fasce d'età" (0-3 anni, 3-6 anni, 6-10 anni, 10-14 anni, 14-18 anni) nella programmazione degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza sul territorio regionale.

Questo approccio è stato individuato come prioritario in quanto risponde ad alcuni requisiti ritenuti importanti:

segue il normale sviluppo della vita della persona, permettendo di programmare la indispensabile continuità tra le fasce di età differenti;

considera i "cittadini in crescita" in una prospettiva unitaria e globale, evitando l'approccio per categorie particolari o per problematiche;

contribuisce a mantenere e consolidare l'approccio interdisciplinare dei servizi sociali e sanitari rivolti alle diverse età dell'infanzia e dell'adolescenza;

trova corrispondenze in altri sistemi di servizi (come quello formativo o quello giudiziario), favorendo il raccordo e l'integrazione degli interventi.

Questa opzione non nega la presenza di dimensioni trasversali dell'essere bambini e bambine, ragazzi e ragazze, giovani nelle Marche oggi.

Da un lato è possibile e necessario prendere in considerazione anche "aspetti particolari" della condizione dell'infanzia e dell'adolescenza sia come svantaggio (ad esempio: la presenza di deficit motori, intellettivi o sensoriali; l'essere straniero; l'essere stato oggetto di abuso e maltrattamento o di sfruttamento sessuale, lavorativo, economico...; l'aver sperimentato la devianza, la delinquenza...; l'essere malato...) che come opportunità (ad esempio: la tutela dei diritti di cittadinanza; le

opportunità di favorire la partecipazione alla vita sociale; la promozione dell'essere bambino-bambina, ragazzo-ragazza...).

Dall'altro è indispensabile mantenere l'attenzione anche a "questioni specifiche" della vita dei cittadini di minore età che vivono nelle Marche: l'essere inseriti in una famiglia con le implicazioni che ciò comporta; trovarsi in una certa condizione di salute da promuovere e tutelare; partecipare alla vita sociale, culturale, politica del territorio; crescere in una dimensione educativa e formativa; trovarsi in un sistema di "tutele" che sviluppi una sicurezza, personale e collettiva, non orientata dalla necessità del controllo ma dalla volontà di far maturare un'identità equilibrata nei minori; l'aver opportunità diversificate per far crescere gli interessi, le attitudini, le passioni, le competenze...).

Il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche chiede ai territori di ricondurre, per quanto possibile, all'approccio per fasce d'età sia gli "aspetti particolari" che le "questioni specifiche", anche se non vuole indicare "il" modo per farlo, garantendo così la indispensabile autonomia ai territori. Sono accettabili (ed è auspicabile la circolarità delle informazioni sulle soluzioni adottate) sia scelte che prevedono "argomenti o temi" all'interno dell'approccio per fasce d'età, che opzioni orientate a accorpate le dimensioni particolari all'interno delle varie "funzioni" che caratterizzano l'azione verso l'infanzia e l'adolescenza... che altre possibilità ancora.

Nel capitolo precedente, sia rispetto al "governo" che alle "funzioni", è stata prestata particolare attenzione agli "organismi", agli attori del sistema integrato di servizi per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche.

Questa specifica considerazione ai "soggetti" coinvolti negli interventi in favore dell'infanzia e dell'adolescenza e alle relazioni che intercorrono tra essi viene, se possibile, ulteriormente rimarcata in questo capitolo dedicato alla dimensione operativa della progettualità orientata alla persona.

Ribadendo la convinzione che, nella prospettiva di una diffusa responsabilità educativa degli adulti, solo la reale partecipazione di più "soggetti" (servizi, unità operative, enti, organismi, associazioni...) alla progettualità complessiva può favorire lo sviluppo di ogni "cittadino in crescita", è indispensabile che in ogni azione progettuale vengano definite le diverse responsabilità funzionali dei soggetti coinvolti e l'organizzazione delle relazioni tra di essi.

Viene proposto uno schema concettuale di determinazione delle responsabilità e di connessioni tra i soggetti che dovrebbe essere acquisito ed inserito in ogni "progetto" di intervento destinato ai bambini e alle bambine, ai ragazzi e alle ragazze, ai giovani e alle giovani delle Marche. Anche in questo caso si raccomanda ai territori di utilizzare l'indicazione in maniera non banale e acritica, ma di cogliere il senso profondo di risposta ad un reale bisogno di integrazione, individuando le modalità ritenute più appropriate al proprio territorio per garantire le diverse responsabilità nelle varie funzioni.

Il sistema di responsabilità nei servizi alla persona destinati all'infanzia e all'adolescenza delle Marche prevede, per ogni progettualità, la individuazione:

- del soggetto di coordinamento: chi ha la titolarità, la responsabilità "ultima" dell'intervento e si preoccupa di attivare e mantenere le relazioni tra i soggetti coinvolti, promuovendo anche il protagonismo del destinatario dell'intervento;
- del soggetto di riferimento: chi "prende in carico" effettivamente la persona (può coincidere in qualche caso con il soggetto di coordinamento)
- dei soggetti direttamente coinvolti: coloro che contribuiscono direttamente ad integrare l'intervento del soggetto di riferimento;

- degli altri soggetti collegati direttamente: le realtà che garantiscono la "rete" dei servizi;
- degli altri soggetti collegati indirettamente: le realtà di supporto alla "rete" dei servizi.

Con il termine "soggetto" si fa riferimento a organismi diversi sia per natura che per tipologia; possono essere servizi, unità operative, enti, istituzioni, associazioni, cooperative sociali, organizzazioni; si rimanda alla parte relativa al "Raccordo e coordinamento di comunità" del paragrafo 2.2.2, dove sono stati elencati i soggetti da coinvolgere così come si evincono dalle diverse normative, nazionali e regionali, di settore nei diversi ambiti: sociale, sanitario, scolastico, giudiziario, terzo settore, società civile.

Oltre a quella che può essere chiamata "gerarchia funzionale" dei soggetti coinvolti nella realizzazione di attività e interventi destinati all'infanzia e all'adolescenza è indispensabile che nelle progettualità specifiche sia sviluppata anche l'"organizzazione" delle relazioni, con riferimento alle connessioni, stabili e variabili, tra i soggetti e alle connessioni, stabili e variabili, tra le attività e gli interventi.

4.3 VERSO UNA BANCA DATI DI "BUONE PRATICHE" E "FATTORI DI SUCCESSO"

Nonostante l'impegno di questi ultimi anni le politiche ed i servizi alla persona nelle Marche sono, a volte, contraddistinti da uno sviluppo eterogeneo sul territorio regionale, aggravato dalla carenza di canali di comunicazione delle informazioni e delle conoscenze acquisite, di scambio delle esperienze realizzate, di socializzazione e verifica delle buone pratiche e di trasmissione dei fattori di successo individuati per favorire la trasferibilità delle "eccellenze".

L'informazione si intreccia sempre più con le dimensioni della convivenza civile e della qualità della vita delle persone, per cui è fondamentale che anche gli atti di programmazione delle politiche e dei servizi si pongano il tema dell'informazione e delle implicazioni connesse:

- informazione e trasparenza; in quanto anche l'informazione sul sociale e sul sanitario deve essere: corretta, chiara, comprensibile e completa;
- informazione e partecipazione; perché non deve esistere l'informazione "di" e "per" pochi e il coinvolgimento deve riguardare sia la fase di raccolta che la fase di diffusione/restituzione dei dati e delle informazioni;
- informazione e programmazione; poiché è sempre più rilevante la "cultura informativa", cioè la capacità di individuare tra i diversi dati e le loro correlazioni quelle informazioni che risultano utili per la gestione e il governo del territorio.

Nell'ambito dell'infanzia e dell'adolescenza l'applicazione della L.285/97 ha permesso di avviare un processo in controtendenza che, attraverso le attività di ricognizione e di monitoraggio e la realizzazione della Banca Dati sui progetti L.285/97, ha favorito il confronto, la formazione comune degli operatori, la diffusione delle conoscenze; questo processo di crescita di una cultura dell'informazione all'interno dei servizi sociali e sanitari deve trovare consolidamento nell'attuazione del Piano sanitario regionale e del Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. In questa prospettiva un obiettivo non secondario del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche è proprio quello di attivare una "banca dati" dei servizi e degli interventi per l'infanzia e l'adolescenza; un luogo aperto e partecipato dove si possa contribuire e attingere con le "buone pratiche" e "fattori di successo" sperimentati.

La "banca dati" andrà ad integrare il "sistema informativo", cioè quel complesso di norme, strumenti e procedure che regolano e permettono lo scambio di informazioni fra elementi del sistema, che è stato avviato dal Piano sanitario regionale e dal Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali

La "banca dati" sarà realizzata nell'ambito delle attività del Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani, anche in considerazione delle competenze ad esso assegnate dall'art. 5 della L.R. 9/03, in stretta connessione e raccordo con l'Osservatorio delle Politiche Sociali; le modalità ed i tempi di realizzazione della "banca dati" saranno concertati nell'ambito degli organismi individuati nel capitolo 2 del presente documento. Fin d'ora si può già indicare che sarà rispettato il corretto "ciclo" dell'informazione che va: raccolta, selezionata, integrata, classificata, archiviata, aggiornata, aggregata/elaborata, interpretata, trasmessa, restituita a chi l'ha prodotta, diffusa alla popolazione.

Poiché c'è una stretta relazione tra sistema informativo e sistema organizzativo, in questa fase di sistematizzazione delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche, è sembrato utile avviare anche l'integrazione del sistema informativo partendo proprio da una proposta di "modellizzazione" non rigida ma definita e coerente con l'intero impianto organizzativo del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche.

Per l'avvio della "banca dati" risulta quindi fondamentale iniziare a condividere una prassi di documentazione delle attività, che non sia considerata facoltativa o aggiuntiva al processo di realizzazione degli interventi, ma che li accompagni fin dalla fase di progettazione, passando a quella di realizzazione e giungendo a quella della verifica e valutazione.

4.4 TRACCIA METODOLOGICA PER LA PROGRAMMAZIONE E LA GESTIONE DEGLI INTERVENTI

Lo sviluppo della dimensione metodologica operativa del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" e la volontà di avviare e sostenere la circolarità comparata delle informazioni su quanto viene realizzato nelle Marche in favore dell'infanzia e dell'adolescenza hanno determinato la proposta di "Schede metodologiche per la programmazione e la gestione degli interventi" a livello territoriale, per l'infanzia e l'adolescenza nelle Marche, da utilizzare per definire "profili" di processi e procedure di intervento condivisi tra i diversi soggetti coinvolti.

Nella predisposizione della griglia delle schede da un lato è stato adottato l'approccio per fasce d'età e, dall'altro, è stato confermato l'approccio per "Funzione", tratteggiato nel capitolo precedente.

Fascia d'età:

0-3 anni

3-6 anni

6-10 anni

10-14 anni

14-18 anni

Funzione:

Promozione

Accesso

Accompagnamento/Abilitazione

Educazione

Assistenza/Cura

È stata predisposta una "scheda metodologica", che dovrà essere sviluppata a livello territoriale dai soggetti che partecipano alla "Programmazione e gestione integrata degli interventi a livello locale" almeno per ognuna delle cinque fasce di età definite.

Appare opportuno e necessario che ogni territorio (Ambito territoriale e Distretto sanitario) declini e espanda le schede (sempre con la distinzione per fascia di età) in base agli "Argomenti" ritenuti utili a definire meglio gli obiettivi e le attività finalizzate al loro raggiungimento.

Argomento:

Il termine "Argomento" è generale ma non deve essere generico in quanto deve identificare uno specifico che qualifica i vari "incroci" tra fasce di età e funzioni. Gli "Argomenti" sviluppati dalle varie schede possono essere diversi (confrontare, ad esempio, quanto indicato a proposito di "aspetti particolari" e "questioni specifiche") e vanno derivati dal lavoro di programmazione generale del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche, con riferimento diretto al "profilo di comunità" e alle indicazioni dei Piani di Zona e dei Programma delle attività distrettuali dei rispettivi territori.

In questo senso la scelta e la declinazione degli "argomenti" spetta al livello locale; d'altra parte appare evidente come l'analisi delle indicazioni che emergeranno dai territori costituirà un forte elemento di conoscenza degli orientamenti di azione e delle capacità progettuali rispetto ai bisogni dell'infanzia e dell'adolescenza delle Marche; una conoscenza che sarà valorizzata nella ridefinizione degli obiettivi di programmazione delle politiche regionali in favore dell'infanzia e dell'adolescenza.

Oltre alla "Fascia di età", alla "Funzione" e all'"Argomento" (eventuale ma auspicabile) di seguito vengono indicati e descritti gli altri elementi concettuali che compongono la "scheda metodologica".

Finalità distinte per Funzioni:

Per ognuna delle funzioni individuate vanno indicate le finalità particolari, relative alla fascia di età e/o all'argomento individuato. Nella descrizione delle finalità appare opportuno mantenere la doppia distinzione delle finalità generali del presente documento, da un lato la "promozione dell'agio e del benessere", dall'altro la "prevenzione e contrasto del disagio e del malessere".

Un utile riferimento è a quanto espresso nel capitolo precedente a proposito degli "Obiettivi di benessere sociale", sia generali che specifici, rispetto a tre "luoghi": La famiglia - La scuola - Il territorio (la città e l'ambiente urbano); appare opportuno trovare forme di raccordo tra quegli obiettivi e queste finalità.

Obiettivi specifici:

Ad ogni finalità individuata devono corrispondere degli obiettivi specifici. Si suggerisce di indicare distintamente gli obiettivi specifici (se possibile per ogni funzione): Per il bambino - Per la famiglia - Per la comunità.

Questo permetterebbe di mantenere la necessaria coerenza di tutto il documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche, che intende perseguire il diritto individuale del benessere del bambino, inserito nel contesto di positive relazioni familiari con il supporto e nell'orizzonte della intera comunità sociale, accogliente e solidale.

Soggetti:

Per ognuna delle finalità individuate vanno indicati i diversi soggetti coinvolti nelle azioni che si intende promuovere per raggiungerle. A seconda della articolazione delle finalità ci potrà essere una maggiore o minore strutturazione dei soggetti; si conferma comunque la necessità che, possibilmente con una distinzione specifica per ogni funzione, venga indicata la "gerarchia funzionale" tra i soggetti coinvolti negli

interventi che si realizzeranno: Soggetto di Coordinamento - Soggetto di Riferimento - Soggetti coinvolti - Soggetti collegati.

È auspicabile un'accezione estensiva del concetto di "soggetti" da interessare e far partecipare alle azioni, pur nella necessità di distinguere i diversi livelli di coinvolgimento e le competenze-responsabilità collegate; un approccio di "rete" ampio già in fase progettuale favorirà una reale gestione integrata degli interventi.

Interventi:

Le finalità individuate andranno perseguite attraverso attività ed interventi¹. Per ognuna delle finalità espresse va dichiarato e sviluppato un "elenco ragionato" delle "azioni" possibili con riferimento esplicito e diretto (individuando collegamenti operativi): alla L.R. 9/03, ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza di competenza della L.R. 20/02, ai "processi attivati", alle Aree organizzative del Piano sociale regionale (Promozione sociale e comunitaria - Servizi a domicilio - Servizi semiresidenziali - Servizi residenziali - Interventi per l'emergenza).

In questa sede non si tratta tanto di indicare i "servizi" che si attiveranno (già evidenziati tra i "soggetti"), ma di descrivere sinteticamente gli interventi che si vogliono realizzare.

È evidente che la definizione e la descrizione degli interventi dovrà essere l'esito di un impegnativo e costante lavoro di confronto tra gli operatori dei servizi e delle realtà operanti sui territori. D'altra parte la filosofia del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche è proprio quella di evitare di fornire "mansionari" o elenchi più o meno esaustivi di azioni che si possono o, peggio, si devono fare in favore dell'infanzia e dell'adolescenza, e di valorizzare i contributi dei territori che saranno messi in circolo e comunicati dalla "banca dati" che si intende di costituire.

Processi/Connessioni:

Nell'ultima colonna della scheda metodologica vanno indicati i processi attivati con gli interventi promossi e le connessioni, stabili e variabili, tra soggetti e attività.

Pur nella diversità degli sviluppi delle schede appare utile individuare uno spazio in cui si possano specificare le relazioni, finalizzate al conseguimento degli obiettivi, tra soggetti e interventi.

Con il termine "processo" si intende l'attenzione al metodo utilizzato nella programmazione e la esplicitazione dei modi di intervento che si intende utilizzare.

Con il termine "connessione" si intende il collegamento tra soggetti e azioni che può configurarsi, ad esempio, nella esplicitazione delle modalità di funzionamento del servizio o nella descrizione dei legami operativi tra le risorse (strutturali, finanziarie...) impiegate.

¹ Per opportuna conoscenza si riportano le definizioni di quattro concetti inerenti la tematica, riportate nel Glossario delle Linee guida per la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona 2003 della Regione Marche.

Servizio: È un'unità di offerta stabile nel tempo mediante la quale si interviene a dare risposte ai bisogni sociali rilevati. Ordinariamente è normato dalla programmazione regionale e prevede standard relativi alla struttura della sede e standard gestionali inerenti l'organizzazione, le prestazioni, il personale, il progetto educativo, i destinatari, le relazioni con altri servizi e con il contesto sociale di riferimento, il finanziamento, ecc.

Intervento: Sinonimo di azione, indica una porzione di un progetto che ne realizza una parte omogenea delle finalità, prevedendo per ciò un'opportuna coordinazione di mezzi, risorse, tempi e attività.

Prestazione: In generale indica l'oggetto dell'espletamento di un impegno e il contenuto di un'obbligazione, la "cosa" che l'obbligato deve dare o garantire. Nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali rappresenta l'elemento di base, l'articolazione elementare di un intervento; i singoli atti collegati all'attività e alle finalità del servizio (ad esempio: scrivere una relazione, sostenere un colloquio, fare una visita domiciliare...)

Attività: In generale indica il complesso delle azioni, delle opere, dei lavori di un soggetto individuale o collettivo. Nell'ambito dei servizi e degli interventi sociali identifica impegni, azioni e prodotti di un'unità di offerta distinti per tipologie omogenee (ad esempio: attività di coordinamento, attività di documentazione... ma anche: sostegno individuale, segretariato sociale, accompagnamento...).

L'articolazione dei diversi elementi ritenuti importanti in fase di programmazione e la gestione degli interventi ha portato alla definizione della griglia presentata di seguito.

Va sottolineato che, se non la griglia della scheda nella sua totalità (in quanto i territori potranno sviluppare modalità autonome di redazione e composizione) ma le informazioni in essa contenute, rappresenteranno la base conoscitiva per la costruzione della "banca dati" di cui al paragrafo precedente.

Ad ogni "scheda metodologica" corrisponderà una o più "schede progettuali" in cui sarà necessario sviluppare le singole azioni progettuali. Al punto 4.4.2 viene presentata una "Griglia di progettazione" che sarà utilizzata nei territori.

Griglia generale della "Scheda metodologica per la programmazione e la gestione degli interventi"

Fascia di età: (indicare)	Argomento: (eventuale)			
Finalità distinte per Funzioni:	Obiettivi specifici	Soggetti	Interventi	Processi/Connessioni
Promozione	<i>Per il bambino/ragazzo:</i> <i>Per la famiglia:</i> <i>Per la comunità:</i> N.B. Se possibile specificare distinzione per ogni funzione	<i>Coordinamento:</i> <i>Riferimento:</i> <i>Coinvolti:</i> <i>Collegati:</i> N.B. Se possibile specificare distinzione per ogni funzione		
Accesso				
Accompagnamento/ Abilitazione				
Educazione				
Assistenza/Cura				

4.4.1 Esempi di sviluppo delle schede

Cercando di mantenersi coerenti con l'impostazione complessiva del documento "Sviluppo programmatico e organizzativo" del Sistema dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche, non si viene presentato uno sviluppo completo delle "Schede metodologiche per la programmazione e la gestione degli interventi" distinte per fasce d'età, ma solo due esempi per a titolo di esemplificazione.

Si confida nella capacità e nella competenza degli operatori dei territori per uno sviluppo originale ma coerente e comparabile dei possibili "utilizzi" delle schede stesse.

Esempi:

Fascia di età: 0-3 anni *Argomento: Integrazione sociale di un bambino con deficit*

Fascia di età: 3-6 anni *Argomento: Allontanamento temporaneo dalla famiglia di origine*

Fascia di età: 0-3 anni	Argomento: Integrazione sociale di un bambino con deficit			
Finalità distinte per Funzioni:	Obiettivi specifici	Soggetti	Interventi	Processi/Connessioni
<p>Promozione Ampliare le opportunità di sviluppo del bambino</p> <p>Allargare le risorse della famiglia</p> <p>Aumentare la consapevolezza solidale della comunità</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Incontrare altri bambini Sperimentare relazioni positive con altri adulti Conoscere ambienti e situazioni nuove</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Essere parte di una collettività Disporre di tempo Poter contare su un affidamento sicuro</p> <p><i>Per la comunità:</i> Prendersi cura della diversità Incrementare le competenze educative</p>	<p><i>Coordinamento:</i> Servizio sociale minori</p> <p><i>Riferimento:</i> Nido d'infanzia</p> <p><i>Coinvolti:</i> Unità Multidisciplinare Età Evolutiva</p>	<p>Programmazione dell'inserimento al nido d'infanzia</p>	<p>Incontro preliminare tra: operatori sociali che seguono la famiglia, operatori sanitari (UMEE), educatori Informazione e comunicazione reciproche</p> <p>Incontro educatori/genitori: presentazione del servizio, definizione dei tempi e delle modalità di inserimento</p>
<p>Accesso Facilitare il rapporto con le istituzioni attraverso un'esperienza di "normalità"</p>	<p>Offrire un luogo e relazioni accoglienti al bambino e alla famiglia, con il personale e con le altre famiglie</p>	<p>Nido d'infanzia</p>	<p>Frequenza</p>	<p>Accoglienza quotidiana Informazione/comunicazione</p>
<p>Accompagnamento/Abilitazione Sostenere la famiglia e la rete di supporto</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Essere accolto, essere soggetto attivo nel gruppo</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Trovare ascolto e riconoscimento delle proprie competenze Arricchire la conoscenza del proprio bambino</p> <p><i>Per la comunità:</i> Apprendere dalla diversità</p>	<p>Servizio sociale minori</p> <p>Unità Multidisciplinare Età Evolutiva</p> <p>Nido d'infanzia</p>	<p>Frequenza al nido d'infanzia</p> <p>Spazi bambini/genitori</p>	<p>Colloqui informali</p> <p>Opportunità di incontro con altri genitori</p>
<p>Educazione Potenziare l'autonomia della rete e della famiglia</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Esercitare le proprie competenze, svilupparle con i propri tempi</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Acquistare fiducia nei confronti del bambino, del servizio, della comunità Incrementare la propria autonomia attraverso il confronto</p> <p><i>Per la comunità:</i> Apprendere dalla diversità</p>	<p>Servizio sociale minori</p> <p>Unità Multidisciplinare Età Evolutiva</p> <p>Nido d'infanzia</p>	<p>Frequenza al nido d'infanzia</p>	<p>Incontri periodici di verifica tra gli operatori (sociali, UMEE, nido) e con la famiglia Elaborazione del Piano Educativo Individualizzato</p> <p>Incontri di gruppo tra genitori</p> <p>Consulenza pedagogica</p>
<p>Assistenza/Cura Assicurare gli interventi assistenziali e riabilitativi che favoriscono l'autonomia Responsabilizzare la famiglia e la comunità in merito al loro utilizzo</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Sviluppare tutte le sue potenzialità</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Usufruire delle facilitazioni che ne assicurino la massima autonomia</p> <p><i>Per la comunità:</i> Apprendere dalla diversità</p>	<p>Servizio sociale minori</p> <p>Unità Multidisciplinare Età Evolutiva</p> <p>Nido d'infanzia Volontari</p>	<p>Riabilitazione Eventuali ausili, agevolazioni economiche, facilitazioni per il trasporto, collaborazioni di volontari</p>	<p>Definizione del piano riabilitativo, con la famiglia, e comunicazione al nido (UMEE) Definizione del piano di facilitazioni e aiuti, con la famiglia, e comunicazione al nido (operatore sociale responsabile del caso)</p>

Fascia di età: 3-6 anni	Argomento: Allontanamento temporaneo dalla famiglia di origine			
Finalità distinte per Funzioni:	Obiettivi specifici	Soggetti	Interventi	Processi/Connessioni
<p>Promozione Predisporre un adeguato ventaglio di opportunità e di servizi residenziali, integrativi e alternativi alla famiglia.</p> <p>Sostenere le risorse della famiglia di origine per verificare le possibilità reali di reintegrazione del minore.</p> <p>Aumentare la consapevolezza solidale della comunità sociale verso i minori allontanati dalla famiglia di origine.</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Mantenere la fiducia nel futuro per se e nella società degli adulti.</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Garantire il sostegno e la promozione della genitorialità, anche per rendere minima la necessità dell'allontanamento.</p> <p><i>Per la comunità:</i> Favorire la cultura della solidarietà e la crescita di disponibilità diverse.</p>	<p><i>Coordinamento:</i> Equipe integrata d'ambito</p> <p><i>Riferimento:</i> Fam. Affidataria, Com. Familiare, Com. Educativa</p> <p><i>Coinvolti:</i> Scuola, T.p.M., Associazionismo, Volontariato...</p>	<p>Promozione della cultura dell'affido e dell'adozione, anche internazionale</p> <p>Selezione e formazione delle famiglie adottive e affidatarie</p> <p>Raccolta dati relativi alle famiglie affidatarie e adottive e alle comunità residenziali</p>	<p>Raccordo tra i servizi pubblici coinvolti</p> <p>Utilizzo di operatori di diverse professionalità con competenze specialistiche e specifiche</p> <p>Collaborazione con gli Enti autorizzati per le adozioni internazionali</p> <p>Collaborazione con le associazioni di famiglie affidatarie e adottive e con le comunità residenziali</p>
<p>Accesso Raccolta delle segnalazioni di bisogno.</p> <p>Tutelare il minore in condizione di abbandono o di urgente bisogno di ospitalità e protezione, anche stranieri non accompagnati, garantendo il diritto ad una famiglia.</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Rendere minimo il trauma del distacco</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Rendere minimo il trauma del distacco</p> <p><i>Per la comunità:</i> Far crescere la coscienza dell'intervento nel supremo interesse del minore.</p>	<p><i>Coordinamento:</i> Equipe integrata d'ambito</p> <p><i>Riferimento:</i> Fam. Affidataria, Com. Familiare, Com. Educativa</p> <p><i>Coinvolti:</i> Famiglia di origine T.p.M. - U.P.S.</p>	<p>Abbinamento del minore alla famiglia affidataria o alla comunità.</p> <p>Ingresso e accoglienza.</p>	<p>Rispetto dei temi e dei diritti di informazione</p>
<p>Accompagnamento/Abilitazione Avviare il percorso di acquisizione delle competenze e delle abilità psicologiche, relazionali e sociali collegate all'età.</p> <p>Offrire un sostegno alle famiglie e/o alle persone con gravi difficoltà sociali e/o educative, per il tempo necessario a superare i problemi della famiglia di origine, tramite l'accoglienza del minore presso un'altra famiglia, di parenti o di terzi, o comunità di tipo familiare.</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Imparare ad esistere e ad "attaccarsi" affettivamente.</p> <p><i>Per la famiglia:</i> Vedersi riconosciute le proprie difficoltà, trovare ascolto e supporto.</p> <p><i>Per la comunità:</i> Non isolare il minore e la realtà che lo accoglie (famiglia affidataria o comunità residenziale).</p>	<p><i>Coordinamento:</i> Equipe integrata d'ambito</p> <p><i>Riferimento:</i> Fam. Affidataria, Com. Familiare, Com. Educativa</p> <p><i>Coinvolti:</i> Famiglia di origine</p> <p><i>Collegati:</i> Realtà del territorio</p>	<p>Predisposizione del Progetto di affidamento</p> <p>Supporto alle famiglie di origine</p> <p>Supporto e collaborazione alle famiglie affidatarie</p> <p>Confronto e collaborazione con le strutture residenziali.</p>	<p>Raccordo con le agenzie di socializzazione del territorio.</p> <p>Opportunità di incontro tra il minore accolto e i genitori di origine.</p> <p>Attivazione di interventi di sostegno alla famiglia di origine (interventi abitativi, lavorativi, psicosociali...).</p>

<p>Educazione Integrare o sostituire le funzioni educative genitoriali e familiari temporaneamente compromesse.</p> <p>Garantire l'avvio o la prosecuzione di un percorso educativo articolato e diffuso.</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Acquisire competenze, "crescere" sereno. <i>Per la famiglia:</i> Essere sostenuta nel recupero delle capacità genitoriali o accompagnata della acquisizione della propria durevole incapacità. <i>Per la comunità:</i> Sentirsi coinvolta in un progetto di responsabilità educativa diffusa e di rimozione dello stigma.</p>	<p><i>Coordinamento:</i> Equipe integrata d'ambito <i>Riferimento:</i> Fam. Affidataria, Com. Familiare, Com. Educativa <i>Coinvolti:</i> Famiglia di origine <i>Collegati:</i> Realtà del territorio, Scuola, Agenzie di socializzazione e servizi territoriali</p>	<p>Progetto sul minore, redatto a cura dell'Equipe integrata d'ambito, comprendente anche le eventuali deliberazioni del Tribunale per i Minorenni, e gli obiettivi del lavoro con la famiglia di origine. Progetto educativo individualizzato, verificato periodicamente con l'Equipe integrata d'ambito.</p>	<p>Attivazione di occasioni di educazione e inclusione sociale, utilizzando le risorse della comunità locale.</p> <p>Sostegno educativo integrato tra il soggetto che accoglie e i servizi pubblici territoriali.</p> <p>Coinvolgimento delle reti di famiglie accoglienti a supporto della famiglia affidataria e delle comunità residenziali.</p>
<p>Assistenza/Cura Favorire l'inclusione sociale di minori con problematiche psico-sociali e/o familiari che risultano privi del necessario supporto familiare, o per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia impossibile o contrastante con il progetto individuale.</p> <p>Favorire la celere definizione di un progetto stabile: ritorno in famiglia, affidamento familiare, accoglienza in Comunità, adozione, rimpatrio assistito.</p>	<p><i>Per il bambino:</i> Intervenire tempestivamente nelle emergenze sanitarie e assistenziali, rimuovendo le cause della sofferenza. <i>Per la famiglia:</i> Intervenire tempestivamente nelle emergenze economiche, abitative, relazionali puntando a rimuovere le cause. <i>Per la comunità:</i> Sentirsi coinvolta in un progetto di accoglienza sociale diffusa e di rimozione dello stigma.</p>	<p><i>Coordinamento:</i> Equipe integrata d'ambito <i>Riferimento:</i> Fam. Affidataria, Com. Familiare, Com. Educativa <i>Coinvolti:</i> Famiglia di origine <i>Collegati:</i> Realtà del territorio, Scuola, Agenzie di socializzazione e servizi territoriali Servizi sanitari di riferimento.</p>	<p>Organizzazione quotidiana delle attività individuali e comunitarie</p> <p>Utilizzo da parte dei minori dei servizi esterni</p> <p>Raccordo con la scuola materna e con le associazioni sportive e del tempo libero.</p>	<p>Attivazione di occasioni di socializzazione e inclusione sociale, utilizzando le risorse della comunità locale.</p> <p>Sostegno psicologico, assistenziale e sociale da parte dei servizi pubblici territoriali.</p> <p>Eventuale supporto dei servizi sanitari di riferimento (DSM, UMEE, DDP).</p>

4.4.2 Griglia di progettazione operativa di sviluppo delle azioni progettuali

Griglia di progettazione operativa		
Inizio Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
1. ANALISI DEL CONTESTO	<ul style="list-style-type: none"> • Problema/Opportunità <i>Descrivere brevemente il problema/opportunità che deve essere risolto ed i vincoli in termini di costi e tempo.</i> • Obiettivi Strategici <i>Descrivere brevemente gli obiettivi strategici del progetto</i> • Contesto del Progetto <i>Descrivere brevemente le relazioni del progetto con altri progetti interni in termini di: risorse condivise, obiettivi...</i> • Analisi dei soggetti rilevanti per progetto <i>Fare un elenco delle persone/organizzazioni/istituzioni che possono influenzare il successo del progetto. Descrivere, per ogni attore, potenzialità/conflicti</i> 	<p>Disegno delle relazioni</p> <p>Analisi degli attori di progetto</p>
2. DISEGNO DELL'ORGANIZZAZIONE DI PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> • Composizione del <i>Team</i> di Progetto <i>Creare un semplice organigramma di progetto (es: "cabina di regia", soggetto di coordinamento, soggetto di riferimento, soggetti coinvolti e soggetti collegati - tutti gli altri ruoli di supporto alla realizzazione del progetto -)</i> • Ruoli e Responsabilità del <i>Team</i> di Progetto <i>Descrivere brevemente ruoli e responsabilità per ogni soggetto o team illustrati nell'organigramma di progetto</i> • Ruoli e Responsabilità di altri Gruppi <i>Descrivere brevemente ruoli e responsabilità di altri gruppi di supporto al lavoro di progetto</i> 	<p>Disegno dell'organizzazione di progetto</p> <p>Descrizione Ruoli e Responsabilità per ogni membro del Team di Progetto</p>
Pianificazione Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTO
3. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Individuazione degli obiettivi che definiscono l'ambito del progetto. <i>Gli obiettivi devono essere misurabili, includono i criteri di misurazione che indicano il raggiungimento chiaro dell'obiettivo.</i> - <i>Obiettivo 1: Descrizione dell'obiettivo</i> - <i>Criterio di misurazione 1 : Criterio di misurazione del raggiungimento dell'obiettivo</i> 	<p>Piano degli Obiettivi ed indicatori</p>

4. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI INTEREDI	<ul style="list-style-type: none"> Elencare gli obiettivi intermedi da raggiungere alla fine di ogni fase del progetto. Queste tappe intermedie sono indispensabili per il raggiungimento del risultato finale del progetto. <ul style="list-style-type: none"> - <i>Sotto-obiettivo 1: Descrivere brevemente il sotto-obiettivo</i> - <i>Data di completamento pianificata: inserire la data di scadenza pianificata</i> 	Lista obiettivi
5. SCOMPOSIZIONE DEL PROGETTO IN ATTIVITÀ	<ul style="list-style-type: none"> Fare una lista di tutte le attività necessarie al raggiungimento degli obiettivi intermedi, attraverso la scomposizione del lavoro di progetto in Fasi/Attività (COSA bisogna fare) Identificare gli esiti per ciascuna fase (<i>output</i>) Assunzione di Responsabilità - individuare il responsabile di ogni attività (CHI FA - CHE COSA) 	Lista delle attività Lista degli <i>output</i> Matrice delle responsabilità
6. STIMA DELLA DURATA DELLE ATTIVITÀ E RISORSE	<ul style="list-style-type: none"> Stimare la durata di ogni attività Stimare le risorse necessarie (competenze ed impegno) al completamento di ogni attività (COME - con quali risorse) 	
7. CALENDARIZZAZIONE DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> Collocare le attività su un calendario solare. (QUANDO fare ciascuna attività). 	Diagramma di Gantt
8. STIMA DEI COSTI	<ul style="list-style-type: none"> Stimare i costi per il completamento di ogni attività 	
9. ACQUISIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE RISORSE INTERNE/ESTERNE	<ul style="list-style-type: none"> Fare un piano di acquisizione delle risorse esterne necessarie alla realizzazione del progetto 	
<i>Esecuzione Progetto</i>		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
13. ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> Eeguire le attività previste nel piano di lavoro con particolare riferimento alla "scomposizione del Progetto in Attività" e alla "calendarizzazione" delle attività 	Documentazione di servizio
<i>Controllo Progetto</i>		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
14. MONITORAGGIO DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> Monitorare l'andamento del progetto rispetto al piano di lavoro in termini di: tempi, costi, scadenze del progetto (obiettivi intermedi) Monitorare l'ottenimento degli esiti previsti (<i>output</i>) Attuare eventuali azioni correttive nel caso di scostamenti 	<i>Report</i> periodici sullo stato di avanzamento del progetto
<i>Chiusura Progetto</i>		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
16. CHIUSURA DEL PROGETTO	<ul style="list-style-type: none"> Valutare le <i>performance</i> del progetto Diffondere i risultati finali del progetto 	<i>Report</i> finale di progetto

ALLEGATI:

A. LA CONOSCENZA DELLA CONDIZIONE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA NELLE MARCHE

B. LE FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

A. LA CONOSCENZA DELLA CONDIZIONE DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA NELLE MARCHE

Il breve rapporto², con tabelle e grafici, presentato in queste pagine, segue una versione semplificata dell'indice predisposto dal Centro documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani delle Marche, collegato allo schema generale di lavoro dell'Osservatorio delle Politiche Sociali della Regione Marche:

1. Contesto demografico e la famiglia
 - 1.1. Popolazione residente e minori
 - 1.2. Famiglia
2. Salute e stili di vita
 - 2.1. Salute
 - 2.2. Comportamenti
 - 2.3. Difficoltà e disagio
 - 2.4. Criminalità e giustizia
3. Contesto territoriale
 - 3.1. Ambiente
 - 3.2. Istruzione e formazione
 - 3.3. Servizi sociali e sanitari
 - 3.4. Situazione economica e lavoro

1. Contesto demografico e la famiglia

1.1. Popolazione residente e minori

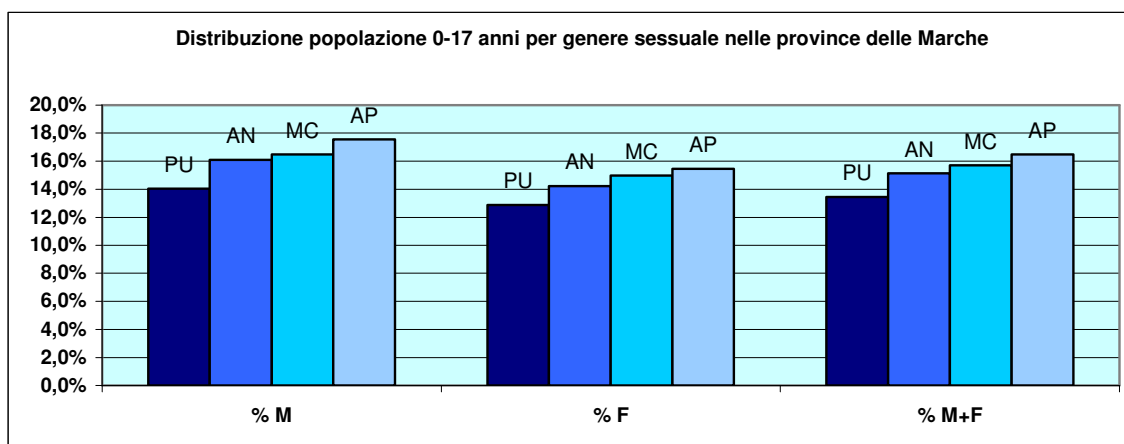
POPOLAZIONE RESIDENTE

1.1.01 - Popolazione residente al 1 Gennaio 2001 per classi di età e genere sessuale - Regione Marche

Età	Totale Maschi	%	Totale Femmine	%	Maschi + Femmine	%
0-17	119.009	16,6%	112.030	14,9%	231.039	15,7%
18 e più	595.945	83,4%	642.211	85,1%	1.238.156	84,3%
Totale	714.954	100,0%	754.241	100,0%	1.469.195	100,0%

Fonte: ISTAT - banche dati (www.demo.istat.it)

1.1.02 -

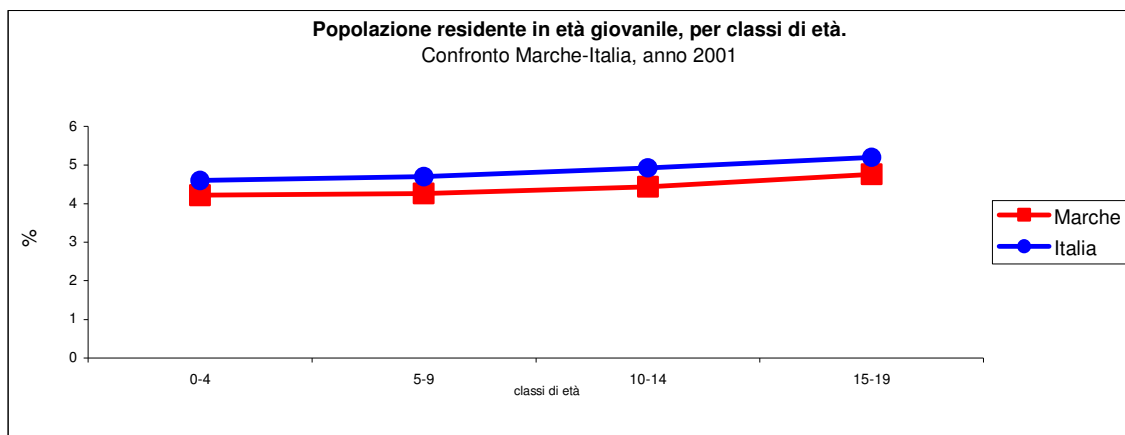


Nella regione Marche la fascia di età 0-17 anni rappresenta il 15,7% della popolazione totale ed in particolare la parte maschile costituisce il 16,6% del totale per genere, quella femminile il 14,9%. L'incidenza della fascia di età considerata sul totale della popolazione mostra un trend

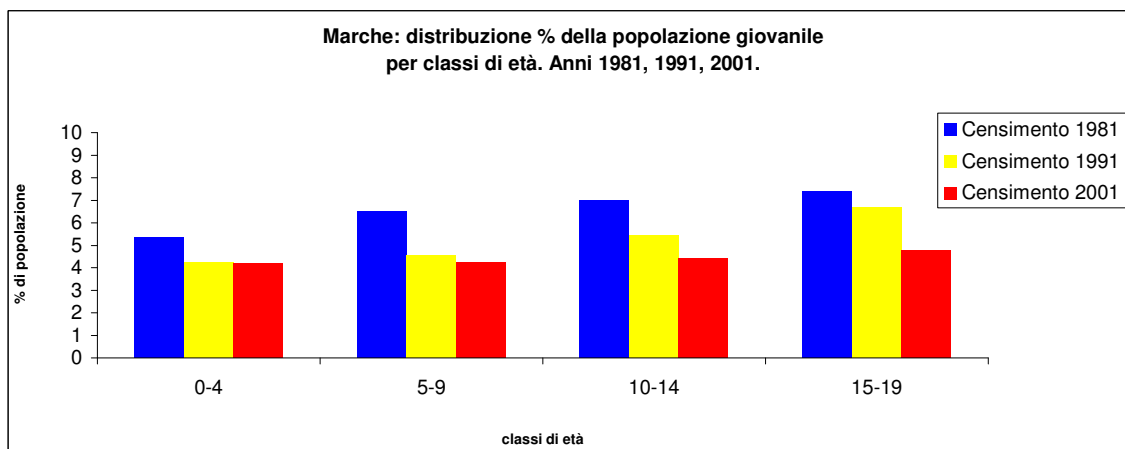
² I materiali (dati e informazioni, tabelle e grafici) raccolti da diverse fonti sono, in effetti, molti di più di quelli presentati in questa sede. La "base dati" acquisita costituirà il punto di partenza per la costruzione del Secondo rapporto sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza nelle Marche.

di crescita nord-sud: dal 13.5% nella provincia di PU al 16.5% in quella di AP; l'andamento è analogo per i due sessi: nei maschi si passa dal 14.0% di PU al 17.6% di AP; nelle femmine dal 12.9% di PU al 15.4% di AP.

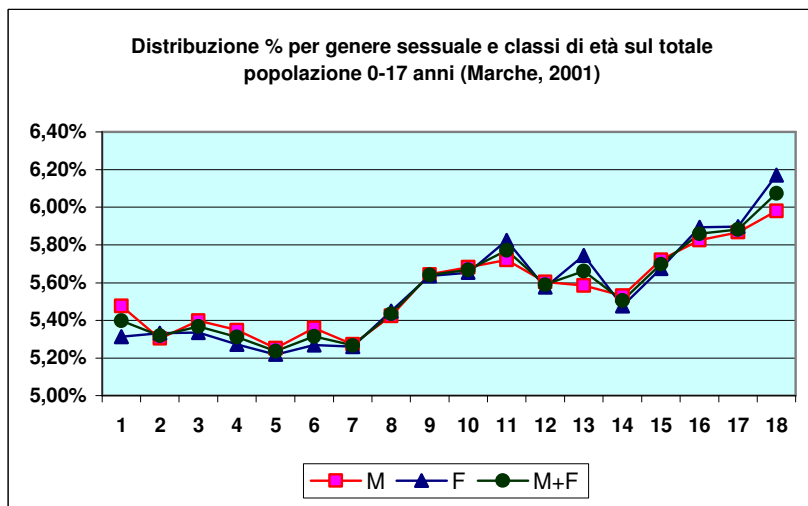
1.1.03 -



1.1.04 -



1.1.05 -



Nel 2001 nella regione Marche la popolazione di età 0-19 anni rappresentava il 17,7% del totale (il 19,4 in Italia).

L'incidenza della popolazione da 0 a 19 anni, in tutte le classi quinquennali di età prese in esame, appare in costante decremento con riferimento agli ultimi tre censimenti.

L'analisi per classi quinquennali di età mostra valori costantemente inferiori ai dati nazionali ma con quote percentuali per ogni classe d'età leggermente crescenti con l'aumentare degli anni.

Analizzando questo andamento con riferimento ad ogni anno di nascita la situazione della Regione Marche è caratterizzata da alcune tendenze di breve periodo contraddittorie, con una variazione percentuale compresa nel *range* tra il 5,24% (età 4-5 anni) e il 6,17% (età 17-18 anni): le quote percentuali diminuiscono con l'età, con picchi, decrescenti, a 17-18 anni, e a 10-11 anni; le quote ricominciano, leggermente, a crescere per gli anni inferiori a 5. Andamento analogo si riscontra in entrambi i sessi e in tutte le province.

MINORENNI STRANIERI

1.1.06 - Cittadini stranieri minorenni residenti, per sesso e provincia, al 1° gennaio 1998 (numero e incidenza percentuale sul totale degli stranieri residenti)

	M	F	MF	% su residenti stranieri
Pesaro e Urbino	515	497	1.012	17,9
	22,73%	24,06%	23,36%	
Ancona	722	662	1.384	19,5
	31,86%	32,04%	31,95%	
Macerata	544	482	1.026	15,0
	24,01%	23,33%	23,68%	
Ascoli Piceno	485	425	910	17,8
	21,40%	20,57%	21,01%	
Marche	2.266	2.066	4.332	17,5
	100%	100%	100%	
Centro	21.014	19.419	40.433	13,6
ITALIA	78.335	71.745	150.080	15,1

Fonte: ISTAT- Flussi migratori e popolazione straniera

Le quote del numero di cittadini stranieri minorenni residenti nelle Marche risultano comprese tra 21,40% (pari a 485 residenti) di AP e 31,86% (pari a 722 residenti) di AN. L'incidenza percentuale dei residenti stranieri minorenni sul totale dei residenti stranieri nella regione, supera il valore nazionale (15,1%) di 2,5 punti percentuali e presenta un *range* tra il 15,0% della provincia di Macerata e il 19,5% della provincia di Ancona.

NASCITE E MORTI

1.1.07 - Bilancio demografico anno 2002 e popolazione residente al 31 Dicembre - Regione Marche

		Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio	N	714.259	756.864	1.471.123
	%	100%	100%	100%
Nati	N	6.551	6.191	12.742
	%	0,92%	0,82%	0,87%
Morti	N	7.655	7.564	15.219
	%	1,07%	1,00%	1,03%
Saldo Naturale	N	-1.104	-1.373	-2.477
	%	-0,15%	-0,18%	-0,17%
Popolazione al 31 Dicembre	N	72.1547	763.054	1.484.601
	%	101,02%	100,82%	100,92%

Fonte: ISTAT - banche dati (www.demo.istat.it)

Rispetto all'andamento di nascite e morti si rileva come nella Regione Marche, l'aumento della popolazione del 0,92% registrato nell'anno 2002 non è imputabile ad una variazione positiva del saldo naturale (-0,17%) in quanto si registra un numero di nascite inferiore al numero di morti; questo andamento si ripropone anche a livello provinciale.

1.1.08 - Indice di natalità - Serie storica - Confronto Marche-Italia

Indici demografici	1981		1991		2000	
	Marche	Italia	Marche	Italia	Marche	Italia
Indice di natalità*	9,7	11,1	8,6	10,1	8,5	9,4

*Indice di natalità (N° nati vivi *1.000 / pop tot)

Il dato appare collegato ad una costante discesa negli anni dell'indice di natalità per la regione Marche che rimane costantemente inferiore al dato nazionale.

1.1.09 - Numero decessi per tutte le cause nelle Marche ed in Italia, nella classe di età 0-24 anni per il quinquennio 1995-1999.

Anni	Decessi	
	Marche	Italia
1995	213	9.461
1996	194	8.962
1997	199	8.487
1998	168	7.843
1999	173	7.174
Tot. decessi	947	41.927
media/anni	189	8.385

La media annuale dei decessi nelle Marche, per la classe di età 0-24 anni, nel periodo 1995-1999 è di 189 individui.

1.1.10 - Tassi specifici di mortalità per genere sessuale, classe di età - Regione Marche -Anni 1994-1999

Classi di età	1994		1995		1996		1997		1998		1999	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0	6,7	6,2	7,1	5,2	5,9	4,1	6,5	5,2	5,8	2,4	5,0	5,8
1-4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,1	0,5	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1
5-9	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,0
10-14	0,2	0,3	0,4	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1
15-19	0,8	0,3	0,8	0,2	0,7	0,3	0,5	0,4	0,7	0,2	0,6	0,2
20-24	0,9	0,3	1,0	0,2	1,0	0,2	0,6	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4
25-29	0,8	0,4	0,9	0,4	1,1	0,3	0,8	0,2	0,6	0,2	0,9	0,3
30-34	1,4	0,4	1,4	0,5	1,2	0,5	1,0	0,3	0,9	0,5	0,9	0,4
35-39	1,2	0,6	1,6	0,6	1,2	0,9	1,3	0,5	1,1	0,5	1,2	0,5
40-44	1,4	0,9	1,7	0,9	1,6	1,1	1,6	0,9	1,7	0,9	1,4	0,6
45-49	2,5	1,2	2,4	1,5	2,6	1,4	2,2	1,4	2,3	1,6	2,1	1,5
50-54	4,3	2,1	4,1	2,4	4,1	2,0	4,5	2,5	3,8	2,7	3,8	2,3
55-59	6,1	3,5	7,1	3,1	6,3	3,7	7,1	3,4	6,9	2,9	6,7	3,2
60-64	11,6	5,1	12,4	4,7	11,5	4,8	10,8	4,6	11,5	5,1	10,6	4,6
65-69	21,7	8,3	19,5	9,1	19,5	8,3	19,6	7,8	19,6	8,1	18,1	7,7
70-74	34,2	16,2	32,9	15,1	32,0	14,3	32,8	13,9	31,9	14,2	29,5	13,6
75-79	57,4	30,7	52,9	30,8	51,2	28,0	52,5	28,6	51,5	27,2	50,9	26,8
80-84	91,6	63,9	91,9	62,1	88,3	58,2	96,0	53,9	96,8	60,3	86,7	54,5
85 e oltre	172,4	147,8	167,2	144,8	172,8	143,4	180,7	140,7	178,6	145,3	171,1	135,9
TOTALE	10,9	9,6	11,0	9,8	11,0	9,8	11,3	9,8	11,3	10,4	10,9	10,0

Fonte: ISTAT - Servizio "Sanità ed assistenza"

Dalla rilevazione del tasso specifico di mortalità negli anni 1994-1999, si coglie come il *trend*, per la fascia di età 0-17 distinta per sesso, presenta andamenti abbastanza costanti. In corrispondenza dell'anno di nascita, per i maschi (*range* 7,1-5,0) si rileva un tasso tendenzialmente più elevato rispetto a quello delle femmine (*range* 6,2-2,4); nelle fasce di età successive, fino ai 15 anni, il tasso si abbassa sensibilmente sfiorando lo zero; il divario di genere, che in questa fascia non risulta apprezzabile, successivamente risale gradualmente

rendendo evidente il maggior rischio di mortalità maschile su quello femminile. Nel periodo considerato i dati regionali delle Marche sono sostanzialmente in linea con quelli nazionali.

1.1.11 - Tasso di mortalità infantile nelle Marche, per provincia e confronto con Italia - Anno 1997

<i>Livello territoriale</i>	<i>Tasso di mortalità infantile - Anno 1997</i>
<i>Pesaro e Urbino</i>	3,6
<i>Ancona</i>	6,8
<i>Macerata</i>	3,2
<i>Ascoli Piceno</i>	8,2
<i>Marche</i>	5,7
<i>Italia</i>	5,4

Fonte: ISTAT - Sistema di indicatori sociali (provinciali)

Questo elemento viene confermato dalla rilevazione relativa al 1997 in cui il tasso di mortalità infantile rilevato nelle Marche (5,7 x 1000), non si discosta molto dal dato nazionale (5,4); tuttavia i valori a livello provinciale mostrano un importante divario soprattutto tra la provincia di Macerata (3,2) e Ascoli Piceno (8,2).

1.1.12 - Tassi di mortalità infantile e neonatale (x 1.000 nati vivi) nelle regioni italiane. Anno 2000

<i>Regione di residenza</i>	<i>T. di mortalità infantile*</i>	<i>T. di mortalità neonatale**</i>
<i>Piemonte</i>	3,42	2,74
<i>Valle D'Aosta</i>	4,32	4,32
<i>Lombardia</i>	3,44	2,37
<i>P.A. Bolzano</i>	2,62	1,50
<i>P.A. Trento</i>	3,51	2,15
<i>Veneto</i>	3,04	1,97
<i>Friuli V. G.</i>	2,42	1,47
<i>Liguria</i>	4,56	3,13
<i>Emilia-Romagna</i>	3,58	2,48
<i>Toscana</i>	3,47	2,34
<i>Umbria</i>	4,29	2,52
<i>Marche</i>	4,07	2,34
<i>Lazio</i>	4,67	3,74
<i>Abruzzo</i>	4,00	3,35
<i>Molise</i>	6,09	4,57
<i>Campania</i>	4,94	3,68
<i>Puglia</i>	5,80	4,13
<i>Basilicata</i>	4,09	3,20
<i>Calabria</i>	6,18	4,65
<i>Sicilia</i>	6,13	4,79
<i>Sardegna</i>	4,06	3,41
<i>Italia</i>	4,31	3,17

* la mortalità infantile fa riferimento ai decessi avvenuti a meno di un anno di vita

** la mortalità neonatale fa riferimento ai decessi avvenuti nelle prime quattro settimane di vita

Fonte: ISTAT, 2003

In Italia la mortalità infantile è scesa negli ultimi 25 anni di quasi l'80%, passando dal valore del 20,5 per 1.000 nati vivi del 1975 al 4,3 per 1.000 dell'anno 2000.

La mortalità neonatale costituisce la quota più rilevante della mortalità infantile. Alcune regioni del Nord e del Centro (tra cui le Marche) mostrano valori di mortalità neonatale molto bassi.

Le cause esterne da traumatismi ed avvelenamenti (che comprendono tra l'altro le morti per incidenti stradali da veicoli a motore, gli avvelenamenti e le cadute accidentali, i suicidi) sono la causa di morte più frequente nella classe di età 0-24 anni; i valori dei tassi specifici di mortalità per queste cause di morte relativi alla Regione Marche sono leggermente più alti di quelli nazionali; con una leggera ma costante diminuzione negli anni 1995-1999 per tutti e due i livelli territoriali.

1.1.13 -Tassi specifici di mortalità (per 100.000 residenti) nella classe di età 0-24 anni, per cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti (BE 71-78)[§]. Confronto Marche-Italia, anni 1995-1999.

Anni	Marche			Italia		
	Decessi ^{§§}	Pop ^{**}	Tasso x 100.000	Decessi ^{§§}	Pop ^{***}	Tasso x 100.000
1995	81	349.315	23	3.320	15.141.859	22
1996	73	349.315	21	3.005	15.141.859	20
1997	68	349.315	19	2.956	15.141.859	20
1998	66	349.315	19	2.795	15.141.859	18
1999	62	349.315	18	2.563	15.141.859	17

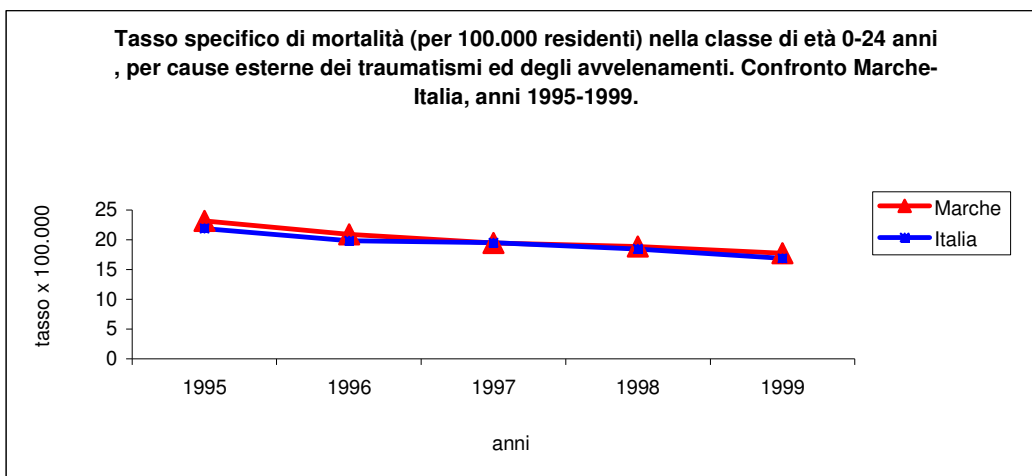
[§] classificazione internazionale delle malattie, IX revisione 1975

^{§§} Fonte dei decessi ISTAT, annuari cause di morte

^{**}Fonte della pop Marche 0-24: ISTAT popolazione residente al 1 gennaio 2000

^{***}Fonte della pop dell'Italia 0-24: ISTAT popolazione residente al 1 gennaio 2000

1.1.14 -



IMMIGRAZIONE/EMIGRAZIONE

1.1.15 - Bilancio demografico anno 2002 e popolazione residente al 31 Dicembre - Regione: Marche

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio	714.259	756.864	1.471.123
Iscritti da altri comuni	16.036	14.573	30.609
Iscritti dall'estero	4.045	4.133	8.178
Altri iscritti	1.815	1.467	3.282
Cancellati per altri comuni	12.208	11.854	24.062
Cancellati per l'estero	510	390	900
Altri cancellati	786	366	1.152
Saldo Migratorio	8.392	7.563	15.955
Popolazione al 31 Dicembre	721.547	763.054	1.484.601

Popolazione al 1° Gennaio	100%	100%	100%
Saldo Migratorio	1,17%	1,00%	1,08%
Popolazione al 31 Dicembre	101,02%	100,82%	100,92%

Fonte: ISTAT - banche dati (www.demo.istat.it)

Dai dati su emigrazione ed immigrazione si conferma come nella Regione Marche l'aumento della popolazione nell'anno 2002, pari allo 0,92%, vada attribuito al saldo migratorio (1,08%); il saldo positivo maggiore si ha per gli immigrati dall'estero (circa 7.200 unità), anche se l'immigrazione interna continua ad essere importante (quasi 6.300 unità).

La tendenza è comune e sostanzialmente omogenea con riferimento ai quattro territori provinciali.

FECONDITÀ

1.1.16 - Tasso di fecondità totale** per donne in età feconda per regione di residenza - Anni 1984-1996, 1999-2000

Anni	Regioni e ripartizioni					ITALIA
	Marche	Nord	Centro	Sud		
1984	1,30	1,18	1,30	1,93		1,48
1985	1,30	1,17	1,27	1,87		1,45
1986	1,25	1,10	1,20	1,78		1,37
1987	1,19	1,07	1,18	1,76		1,35
1988	1,22	1,12	1,22	1,77		1,38
1989	1,19	1,09	1,18	1,72		1,35
1990	1,23	1,12	1,21	1,71		1,36
1991	1,21	1,10	1,17	1,66		1,33
1992	1,19	1,10	1,18	1,65		1,33
1993	1,13	1,06	1,13	1,55		1,26
1994	1,09	1,04	1,09	1,47		1,21
1995	1,11	1,04	1,07	1,39		1,19
1996	1,09	1,08	1,08	1,40		1,21
1999	1,15	1,13	1,14	1,35		1,22
2000	1,18	1,18	1,15	1,34		1,24

**n° medio di figli per donna in età feconda

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

Il tasso di fecondità totale (per 1000 donne in età feconda) dal 1984 al 2000 nelle Marche ha subito una variazione negativa, pari a -9,5%, di gran lunga inferiore all'andamento italiano, pari a -16,4%.

Negli anni considerati il dato regionale si è sempre attestato al di sotto del dato nazionale; tuttavia, tra il 1996 ed il 2000 nelle Marche si registra una lieve ripresa del tasso di fecondità totale in linea con i dati nazionali. In Italia questo piccolo incremento è da imputare a piccoli aumenti verificatesi nelle regioni del Centro e del Nord

1.1.17 - Tasso di fecondità per 1000 donne per classi di età e regione di residenza-anno 2000

LIVELLO TERRITORIALE	Classi di età							Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Marche	4,8	26,8	72,6	85,7	40,4	6,7	0,4	36,7	35,1
Centro	4,1	25,3	67,2	83,8	42,6	7,9	0,4	36,4	34,1
ITALIA	7,0	34,0	75,9	84,0	41,1	7,7	0,4	38,8	37,0

Fonte: ISTAT - indicatori sociosanitari (regionali)

L'analisi del tasso di fecondità (per 1000 donne) distinto per classi di età indica come, nelle Marche, i valori massimi sono attribuiti alla fascia di età 30-34 anni, ed è l'unica classe di età per cui i valori sono leggermente superiori al dato nazionale.

ABORTIVITÀ

1.1.18 - Rapporto di abortività spontanea per 1000 nati vivi per classe di età e regione di residenza-anno 1999 (a)

LIVELLO TERRITORIALE	Classi di età							Rapporto di abortività grezzo	Rapporto di abortività standardizzato (b)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Marche	175,7	87,5	84,2	109,0	198,6	430,8	710,9	124,3	112,5
Nord	168,1	110,1	103,5	116,3	181,3	478,5	1.217,8	135,7	125,6
Centro	285,9	141,6	114,5	122,9	195,6	451,1	1.112,2	150,1	142,4
Sud	95,3	83,5	81,6	97,6	164,0	424,2	988,7	107,4	101,8
ITALIA	129,9	99,1	95,6	111,1	178,6	453,2	1.101,2	126,7	117,1

(a) i dati relativi ai nati vivi sono stimati

(b) rapporti standardizzati con i nati vivi di donne residenti in Italia al censimento 1991

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

Il rapporto standardizzato di abortività spontanea della Regione Marche si avvicina molto a quello nazionale. L'unica classe di età in cui il valore regionale (175,7) supera il dato nazionale (129,9) è quella che va dai 15 ai 19 anni, anche se il valore si inserisce in un contesto di forte differenziazione nelle tre ripartizioni geografiche che vanno dal massimo del centro Italia (285,9) al minimo del mezzogiorno (95,3).

1.1.19 - Tasso di abortività volontaria per 1000 donne per classe di età e regione di residenza-anno 2000 (a)

LIVELLO TERRITORIALE	Classi di età							Tasso grezzo	Tasso standardizzato (b)	Tasso di abortività volontaria totale
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
Marche	5,4	11,9	10,7	10,1	8,3	4,0	0,3	7,3	7,5	253,1
Nord	7,4	14,7	13,5	11,7	9,6	4,3	0,4	8,9	9,2	307,9
Centro	8,3	16,2	14,9	13,6	10,7	5,0	0,4	10,0	10,3	345,7
Sud	6,3	12,9	12,7	12,8	11,6	5,4	0,6	9,2	9,2	312,0
ITALIA	7,0	14,2	13,5	12,5	10,5	4,8	0,5	9,2	9,3	315,2

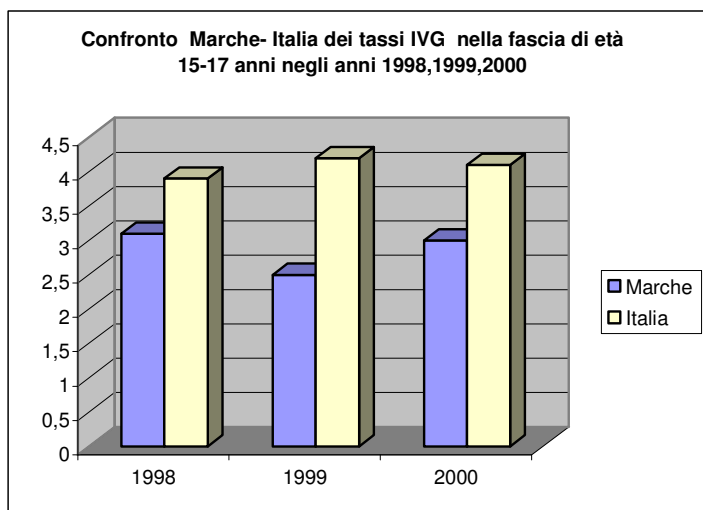
(a) Dati provvisori

(b) Tassi standardizzati con la popolazione residente italiana al censimento 1991

Fonte: ISTAT - indicatori sociosanitari regionali.

Differentemente dal dato precedente il tasso standardizzato di abortività volontaria riferito alla popolazione femminile marchigiana (7,5) è sensibilmente inferiore a quello nazionale (9,3) e, soprattutto, alla tendenza del centro Italia. Le proporzioni tra i valori regionali e marchigiani delle varie fasce di età sono molto simili.

1.1.20 -



La relazione tra abortività spontanea e abortività volontaria nelle minorenni marchigiane è da approfondire anche alla luce del confronto Marche - Italia dei tassi IVG negli anni dal 1998 al 2000: il dato regionale appare abbastanza più variabile di quello nazionale, sostanzialmente costante.

1.1.21 - Tasso di IVG per 1.000 donne in età feconda per provincia di residenza-Anno 1998

Livello	Tasso IVG
Pesaro e Urbino	7,7
Ancona	8,3
Macerata	7,9
Ascoli Piceno	6,9
Marche	7,7
ITALIA	9,5

Fonte: ISTAT - indicatori sociali provinciali.

Dati disaggregati dell'IVG per le province delle Marche si hanno relativamente al 1998 (e non sono distinti per fasce di età); nella conferma che il tasso di IVG nelle Marche (7,7) risulta inferiore al dato nazionale (9,5) si coglie una discreta variabilità dei dati provinciali che sono compresi tra il valore minimo della provincia di Ascoli Piceno (6,9) e il valore massimo di quella di Ancona (8,3).

1.2. Famiglia

MATRIMONI

1.2.01 - Popolazione residente al 1 Gennaio 2001 per età sesso e stato civile - Regione: Marche

Età	Coniugati	Coniugate
0-17	2	25
18-24	1.069	4.677
25-34	38.639	60.412
35-44	85.158	90.508
45-54	83.529	85.122
55-64	74.778	72.913
65-74	66.844	54.157
75 e più	41.789	22.858
TOTALE	391.808	390.672

Nella Regione Marche, per al 2001, la quota di individui che hanno contratto matrimonio risultano essere il 53% della popolazione complessiva e questo valore percentuale è analogo in tutte le quattro province.

Per la fascia di età 0-17 anni, pur in presenza di valori assoluti assolutamente irrilevanti, sussiste un forte divario di genere a vantaggio delle donne (0,011% sulla popolazione 0-17 anni) piuttosto che maschile (0,001% sulla popolazione 0-17 anni); questo rapporto si mantiene alto anche nella classi di età successive: 1 a 4 per la fascia dai 18 ai 24 anni; quasi 1 a 2 per la classe 25-34; l'inversione di tendenza si ha a partire dalla fascia di età 55-64 anni. A livello regionale, con piena corrispondenza in tutte le quattro province, la percentuale prevalente di coniugati/e riguarda la fascia di età 35-44 anni.

1.2.02 - Matrimoni per tipo di comune, rito e provincia; quozienti di nuzialità per provincia-anno 1998

Livello territoriale	Capoluoghi			Altri comuni			Province			
	Religiosi	Civili	Totale	Religiosi	Civili	Totale	Religiosi	Civili	N	Per 1000
Pesaro e Urbino	317 30,90%	106 32,82%	423 31,36%	922 21,49%	190 23,23%	1.112 21,77%	1.239 23,31%	296 25,94%	1.535 23,77%	4,5 101,09%
Ancona	343 33,43%	138 42,72%	481 35,66%	1.260 29,37%	243 29,71%	1.503 29,42%	1.603 30,15%	381 33,39%	1.984 30,73%	4,5 100,97%
Macerata	121 11,79%	35 10,84%	156 11,56%	1.006 23,45%	225 27,51%	1.231 24,10%	1.127 21,20%	260 22,79%	1.387 21,48%	4,6 103,77%
Ascoli Piceno	245 23,88%	44 13,62%	289 21,42%	1.102 25,69%	160 19,56%	1.262 24,71%	1.347 25,34%	204 17,88%	1.551 24,02%	4,2 94,76%
Marche	1.026 100%	323 100%	1.349 100%	4.290 100%	818 100%	5.108 100%	5.316 100%	1.141 100%	6.457 100%	4,4 100%
ITALIA	56.478	24.810	81.288	163.103	35.643	198.746	219.581	60.453	280.034	4,8

Fonte: ISTAT

Nella regione Marche il quoziente di nuzialità del 1998 (4,4) era abbastanza più basso di quello nazionale (4,8); i matrimoni civili in quell'anno sono stati il 21% di quelli religiosi. Tra le province marchigiane, Ancona risultava avere la percentuale più alta di matrimoni, contratti sia secondo il rito religioso che civile.

DIVORZI

1.2.03 - Popolazione residente al 1 Gennaio 2001 per età sesso e stato civile - Regione Marche

Età	Divorziati	Divorziate
0-17	0	0
18-24	4	12
25-34	186	573
35-44	1.339	2.287
45-54	1.815	2.218
55-64	1.002	1.163
65-74	437	615
75 e più	165	345
Totale	4.948	7.213

Nelle Marche i divorzi coinvolgono lo 0,83% della popolazione totale e analoga percentuale rispetto alla popolazione di riferimento (*range*: 0,67% AP - 1,00% PU) si ritrova anche nelle quattro province.

Confrontando, a livello regionale, questi dati con quelli relativi ai matrimoni, risulta il rapporto tra donne divorziate e donne sposate (1,85%) è abbastanza più alto del corrispondente valore maschile (1,26%).

1.2.04 - Separazioni e Divorzi nelle Marche Età media alla separazione e al divorzio, Figli affidati, Tasso di divorzialità - Dati distinti per province - 1998

Livello territoriale	Età media alla separazione della popolazione	Figli affidati a causa di separazione per 100 separazioni	Tasso di divorzialità	Età media al divorzio degli uomini	Età media al divorzio delle donne	Età media al divorzio della popolazione
Pesaro e Urbino	38,7	79,7	0,5	42,5	39,5	41
Ancona	39,7	65,4	0,4	43,8	40,2	42
Macerata	38,7	79,6	0,5	45,1	41,8	43,4
Ascoli Piceno	38,8	78,9	0,5	43,9	41	42,4
Marche	39	75,5	0,5	43,8	40,6	42,2

Fonte: ISTAT - indicatori sociali provinciali

Nei casi di separazione l'età media nelle Marche era, nel 1998, di 39 anni, mentre trascorrono, in media 3,2 anni tra separazione e divorzio (con un'età media che si differenzia tra uomo - attorno ai 44 anni - e donna - circa 41 anni), per un tasso di divorzialità pari allo 0,5.

TIPI DI FAMIGLIE

1.2.05 - Famiglie e persone per alcune tipologie, regione, ripartizione geografica - Media 2001-2002

Livello territoriale	Famiglie di single (a)	Single di 60 anni e più			Famiglie di 5 componenti e più (a)	Famiglie con aggregati o più nuclei (a) (c)	Nuclei familiari			Figli celibi o nubili 18-30 anni (e)	Numero medio di componenti familiari
		Maschi (b)	Femmine (b)	Totale (b)			Coppie con figli (d)	Coppie senza figli (d)	Monogenitori (d)		
Marche	22,5	39,9	79,8	65,2	6,8	8,4	58,8	30,2	11	74,5	2,6
Italia centrale	27,3	37,9	71,5	58,5	5,6	7,1	57,5	29,8	12,7	75,7	2,5
Italia	24,8	37,1	74,4	60,5	6,9	5,2	59,8	28,2	11,9	73,3	2,6

Fonte: ISTAT - indagine multiscopo sulle famiglie

- (a) Per 100 famiglie della stessa zona.
- (b) Per 100 single della stessa zona.
- (c) Famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate.
- (d) Per 100 nuclei familiari della stessa zona.
- (e) Per 100 giovani di 18-30 anni della stessa zona.

In riferimento ai modelli familiari diffusi nella Regione, la famiglia "allargata" (con aggregati più nuclei) raggiunge la quota dell'8,4% del totale; un valore, ancora, alto se riferito al dato dell'Italia centrale (7,1) e ancor più a quello nazionale (5,2). Tra i nuclei familiari prevale, con il 58,8%, la tipologia delle coppie con figli (dove, tra l'altro, la quota di figli celibi o nubili tra i 18 e i 30 anni è più alta del dato nazionale), ma il valore dei nuclei di coppie senza figli (30,2%) è più alto di quello nazionale (28,2) a conferma della denatalità evidenziata precedentemente. Questa doppia tendenza (più famiglie con più nuclei e meno nuclei con figli) fa coincidere il dato del numero medio di componenti familiari (2,6) delle Marche con quello nazionale. L'invecchiamento della popolazione marchigiana è pure testimoniato dal fatto che le famiglie unipersonali sono il 22,5% del totale (un dato più basso del valore nazionale - 24,8%) ma tra queste prevalgono le femmine e la quota degli ultrasessantenni è molto più alta del valore per l'Italia.

1.2.06 - Coppie con figli per numero di figli, regione, ripartizione - Media 2000-2001 (per 100 coppie con figli della stessa zona)

Livello territoriale	Numero di figli			
	Uno	Due	Tre e più	Totale
Marche	49,4	42,5	8,1	100,0
Italia centrale	49,5	42,7	7,8	100,0
ITALIA	45,8	42,6	11,6	100,0

Fonte: ISTAT - indagine multiscopo sulle famiglie

Il numero di figli delle famiglie nucleari è uno nella maggioranza dei casi (49,4%), con un dato maggiore della media nazionale; mentre la situazione di famiglie marchigiane con due figli è in linea con il dato nazionale (42,5% contro 42,6%), le famiglie della regione che hanno tre figli o più sono una esigua minoranza (8,1%) anche rispetto ai valori nazionale (11,6%).

2. Salute e stili di vita

2.1. Salute

RICOVERI

Nel periodo 1996-2002 si è assistito ad una progressiva diminuzione dell'ospedalizzazione nella fascia di età pediatrica; complessivamente si è passati da 38.687 ricoveri nel 1996 a 27.693 nel 2002, con una diminuzione del 28,4%; tale andamento si registra in tutte le classi di età, con particolare riferimento al primo anno di vita.

2.1.01 - Ricoveri in età pediatrica, Marche 1996-2002 (numeri assoluti)

Classi di età	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Diff. % 2002 - 96
0-1	4.718	5.138	5.300	4.417	3.657	3.433	3.143	-33,4
1-3	8.090	7.368	7.155	7.098	7.213	7.317	7.014	-13,3
4-5	5.248	4.506	4.173	4.138	4.138	3.994	3.623	-31
6-14	15.534	13.311	12.364	11.835	11.784	11.749	10.549	-32,1
15	5.097	4.482	4.336	4.099	3.828	3.729	3.364	-34
Totali	38.687	34.805	33.328	31.587	30.620	30.222	27.693	-28,4

2.1.02 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di popolazione in età pediatrica, Marche 1996-2002 (x 1000 abitanti 0-17 anni)

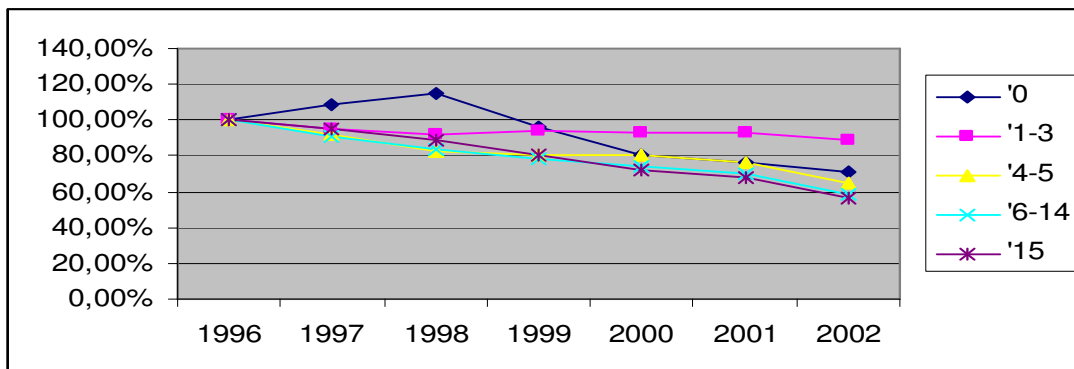
Classi di età	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0-1	545	534	555	488	448	404	381
1-5	218	195	185	183	186	185	174
5-18	131	113	106	101	99	98	88
Totali	176	157	151	144	141,2	138	127

Analogamente sono diminuiti i tassi di ospedalizzazione per 1.000 ab. Di tutta la fascia di età 0-17 anni. Il confronto con i dati italiani è possibile per le fasce di età superiori a 1 anno, a

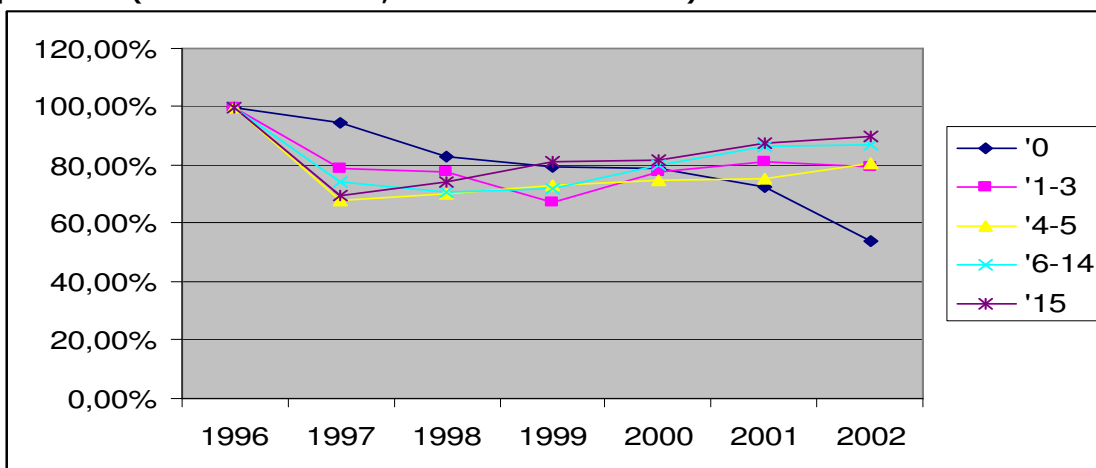
causa della disomogeneità della codifica utilizzata nelle diverse regioni italiane per le ospedalizzazioni dei neonati.

In riferimento al 2001 le Marche hanno registrato un tasso di ospedalizzazione molto più elevato rispetto alla media italiana sia nelle classi di età 1-5 anni (Marche 185 - Italia 111: +67%) che in quella 5-18 anni (Marche 98 - Italia 70: +40%).

2.1.05 - Andamento dei ricoveri in regime ordinario per classi di popolazione in età pediatrica (Marche 1996-2002; Anno base 1996 = 100).



2.1.06 - Andamento dei ricoveri in regime di day Hospital per classi di popolazione in età pediatrica (Marche 1996-2002; Anno base 1996 = 100).



Nel corso degli anni si è modificata la tipologia del regime di ricovero della popolazione in età pediatrica. Si è assistito infatti ad una costante e progressiva diminuzione dei ricoveri in regime ordinario (circa il 20% in meno nel 2002 rispetto al 1996) e ad un analogo progressivo aumento dei ricoveri in day hospital nelle fasce di età > 4 anni, a partire dal 1997.

2.1.07 - Durata media della degenza in ricovero ordinario nella popolazione 0-17 anni (Marche 1996-2002).

Classi di Età	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
0-1	6,86	6,78	6,34	7,21	7,04	7,18	7,45
1-3	4,55	4,49	4,43	4,39	4,13	4,22	4,21
4-5	3,61	3,67	3,62	3,59	3,42	3,43	3,61
6-14	3,83	3,80	3,75	3,72	3,65	3,62	3,88
15-17	4,77	4,69	4,55	4,52	4,64	4,73	4,79
Totali	4,51	4,55	4,46	4,53	4,33	4,36	4,56

LA DEGENZA MEDIA PER I RICOVERI ORDINARI NELLA FASCIA DI ETÀ 0-17 ANNI SI È ATTESTATA, CON PICCOLE VARIAZIONI, SUL VALORE MEDIO DI 4.5 GIORNI; QUESTO DATO È ALLINEATO AL VALORE ITALIANO (4.47 NEL

2001). NELLA FASCIA DI ETÀ 0-1 ANNO LA DEGENZA MEDIA È INTORNO AI 7 GIORNI E SI DIMEZZA NELLA FASCIA 4-14 ANNI, ANALOGAMENTE A QUANTO AVVIENE A LIVELLO NAZIONALE.

Le cause di ospedalizzazione della popolazione in età 0-17 anni, secondo la classificazione ICD-9-CM evidenziano (per il 2001) come nella fascia di età 15-17 anni in Italia le prime tre grandi cause di ospedalizzazione (48,3% delle ospedalizzazioni) sono i traumatismi e gli avvelenamenti (27,4%), le malattie dell'apparato digerente (13,4%) e le malattie dell'apparato respiratorio (7,5%). Il quadro regionale marchigiano è ampiamente sovrapponibile a quello nazionale: traumatismi e avvelenamenti (21,2%), le malattie dell'apparato digerente (12,6%), le malattie endocrine (8,5%) e le malattie dell'apparato respiratorio (7,5%).

Nella fascia di età 0-14 anni in Italia le prime tre grandi cause di ospedalizzazione (che rappresentano il 43,5% delle ospedalizzazioni) sono le patologie legate all'apparato respiratorio (20,5% del totale), seguite dalle condizioni morbose di origine perinatale (12,3%) e traumatismi e avvelenamenti (10,7%). Il quadro delle Marche è molto diverso, a parte le malattie dell'apparato respiratorio (14,2%), in quanto ai primi posti si pongono due raggruppamenti di cause "generiche" (fattori che influenzano lo stato di salute: 29,4%; sintomi, segni e stati morbosi mal definiti: 6,5%) che sono segno, non solo della necessità di un miglioramento dei sistemi di codifica, ma soprattutto della potenziale inappropriatazza dei ricoveri dei pazienti classificati in tali raggruppamenti.

2.1.08 - Cause di ospedalizzazione in età pediatrica: distribuzione percentuale dei settori ICD-9-CM in Italia e nelle Marche nel 2001.

SETTORI ICD-9-CM	ITALIA		MARCHE	
	0-14 anni	15-17 anni	0-14 anni	15-17 anni
<i>I Malattie infettive e parassitarie 1-139</i>	7,3%	2,7%	3,9%	2,3%
<i>II Tumori 140-239</i>	1,4%	2,8%	1,3%	3,2%
<i>III Mal. Endocrine, nutriz., metabol. e dist. Imm. 240-279</i>	2,2%	1,9%	5,9%	8,5%
<i>IV Mal. del sangue e degli organi emopoietici 280-289</i>	1,1%	0,7%	1,4%	1,2%
<i>V Disturbi psichici 290-319</i>	1,1%	3,0%	1,7%	3,0%
<i>VI Mal. Sist. Nervoso e organi dei sensi 320-389</i>	4,4%	4,6%	5,1%	6,2%
<i>VII Mal. Sistema circolatorio 390-459</i>	0,9%	2,6%	1,1%	2,6%
<i>VIII Mal. Apparato respiratorio 460-519</i>	20,5%	7,5%	14,2%	7,5%
<i>IX Mal. Apparato digerente 520-579</i>	9,3%	13,4%	5,4%	12,6%
<i>X Mal. Sistema genitourinario 580-629</i>	4,0%	5,4%	4,5%	5,9%
<i>XI Complicaz. della gravidanza, parto e puerperio 630-677</i>	0,1%	3,9%	0,0%	2,2%
<i>XII Mal. Cute e tessuto sottocutaneo 680-709</i>	1,5%	3,7%	1,7%	3,6%
<i>XIII Mal. del sist. Osteomuscolare e tess. Connettivo 710-739</i>	1,8%	6,9%	1,5%	7,1%
<i>XIV Malformazioni congenite 740-759</i>	5,2%	2,2%	4,5%	3,0%
<i>XV Alcune condiz. Morbose di origine perinatale 760-779</i>	12,3%	0,0%	6,4%	0,0%
<i>XVI Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti 780-799</i>	8,3%	7,5%	6,5%	5,0%
<i>XVII Traumatismi e avvelenamenti 800-999</i>	10,7%	27,4%	5,5%	21,2%
<i>Fattori che influenzano lo stato di salute V01-V82</i>	7,9%	3,9%	29,4%	4,9%
<i>Tutte le cause</i>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Un approfondimento delle cause di ospedalizzazione può derivare dall'analisi dei DRG. Per quanto riguarda le fasce di età da 1 a 17 anni i DRG complessivamente più rappresentati in tutte le classi di età sono 8:

- DRG 26 - Convulsioni e cefalea
- DRG 60 - Tonsillectomia e/o Adenoidectomia
- DRG 70 - Otite medie e infezioni alte vie respiratorie
- DRG 91 - Polmonite semplice e pleurite
- DRG 98 - Bronchite e asma
- DRG 167 - Appendicectomia
- DRG 184 - Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente
- DRG 301 - Malattie endocrine senza complicazioni

Il DRG Convulsioni e cefalea si colloca al 2° posto nelle classi di età 1-3, 4-5, 5-14 e al 1° posto nella classe 14-17. Le patologie dell'apparato respiratorio (DRG Bronchite e asma, DRG

Otite medie e infezioni alte vie respiratorie, DRG Polmonite semplice e pleurite) sono ai primi posti nelle classi di età 1-3 e 4-5. Il DRG esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente è sempre presente in tutte quattro le classi (al 3° posto nella classe 1-3; al 4° posto nella classe 5-14; al 5° posto nella classe 4-5 e 14-17). Le malattie endocrine senza complicazioni è al 1° posto nella classe 5-14 e al 2° posto in quella 14-17.

Tra i DRG chirurgici l' appendicectomia è al 3° posto nella classe 14-17 e al 5° posto in quella 5-14 mentre la Tonsillectomia e/o Adenoidectomia rappresenta il 6.9% dei ricoveri nella classe di età 5-14.

2.1.09 - Prime 6 cause di ospedalizzazione in età pediatrica x fascia d'età: distribuzione percentuale dei DRG nelle Marche nel 2002

	da 1 a 3 anni		da 4 a 5 anni		da 5 a 14 anni		da 14 a 17 anni	
1	BRONCHITE E ASMA, ETÀ < 18	7,30%	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETÀ < 18	16,60%	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	7,10%	CONVULSIONI E CEFALEA ETÀ < 18	4,00%
2	CONVULSIONI E CEFALEA ETÀ < 18	7,30%	CONVULSIONI E CEFALEA ETÀ < 18	5,80%	CONVULSIONI E CEFALEA ETÀ < 18	7,10%	MALATTIE ENDOCRINE, SENZA CC	3,80%
3	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ < 18	6,60%	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETÀ < 18	5,00%	TONSILLECTOMIA E/O ADENOIDECTOMIA ETÀ < 18	6,90%	APPENDICECTOMIA A CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	3,60%
4	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETÀ < 18	6,20%	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE, ETÀ < 18	4,70%	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ < 18	5,40%	INTERVENTI SUL GINOCCHIO SENZA CC	3,20%
5	POLMONITE SEMPLICE E PLEURITE ETÀ < 18	3,70%	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ < 18	4,40%	APPENDICECTOMIA A CON DIAGNOSI PRINCIPALE NON COMPLICATA, SENZA CC	3,20%	ESOFAGITE, GASTROENTERITE E MISCELLANEA DI MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE ETÀ < 18	2,20%
6	INFEZIONI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE ETÀ < 18	2,40%	BRONCHITE E ASMA ETÀ < 18	4,00%	OTITE MEDIA E INFEZIONI ALTE VIE RESPIRATORIE ETÀ < 18	2,10%	ESTRAZIONI E RIPARAZIONI DENTALI	1,30%

Fonte: Agenzia Regionale Sanitaria Marche

PERCEZIONE DI SALUTE

2.1.10 - Popolazione per stato di salute dichiarato per sesso classi di età, ripartizione geografica e regioni- Anno 1999

		Prevalenze standardizzate (X100)			Prevalenze grezze (X100)			Prevalenze grezze (X100)					
				totale			totale	uomini			donne		
		uomini	donne		uomini	donne		0-19	20-64	65+	0-19	20-64	65+
Marche	Male	6,7	9,7	8,2	7,4	10,9	9,2	1,5	5,5	20,2	0,8	6,1	30,4
	Discretamente	31,2	35,3	33,3	32,9	36,8	34,9	7,9	32,8	59,3	10,1	39,1	49,9
	Bene	62,1	55	58,5	59,7	52,3	55,9	90,6	61,7	20,5	89,1	54,8	19,6
Italia centrale	Male	6	9,1	7,6	6,4	9,7	8,1	1,7	4,4	19,9	0,7	5,5	28,7
	Discretamente	30,1	35,9	33,1	30,7	36,4	33,6	7	30,1	60,7	8,8	37,5	55,3
	Bene	63,9	55,1	59,4	62,9	53,9	58,2	91,3	65,6	19,5	90,5	56,9	16
ITALIA	Male				5,6	8,5	7,1	1,1	3,9	19,4	0,9	5	26,2
	Discretamente				28,7	35,1	32	7,7	28,7	58,4	8,4	36,3	56,9
	Bene				65,7	56,4	60,9	91,2	67,4	22,2	90,7	58,6	16,9

Fonte: in collaborazione ISTAT, Ministero della Sanità, Servizio Epidemiologia regione Piemonte.

Il giudizio positivo sulla percezione di salute da parte della popolazione regionale diminuisce, come prevedibile, con l'aumentare dell'età; dal confronto di genere uomo-donna si evidenzia una valutazione più positiva da parte del sesso maschile. La popolazione nella fascia di età 0-19 anni risulta giudicare, nel 91% dei casi, in modo molto positivo il proprio stato di salute.

HANDICAP

2.1.11 - Disabili di 6 anni e più per regione, Anno 1999-2000. Tassi grezzi e standardizzati per mille persone

REGIONI	Disabili		Totale popolazione (migliaia)
	Tassi grezzi	Tassi standardizzati *	
Marche	56	47,9	1.374
ITALIA	48,5	48,5	53.950

Fonte: ISTAT - www.handicapincifre.it

Nella regione Marche il tasso standardizzato delle persone con handicap raggiunge il 47,9 per 1000 e questo dato si avvicina a quello nazionale (48,5).

2.1.12 - Persone di 15 anni e più per regione, presenza di disabilità e titolo di studio. Valori percentuali. Anno 1999-2000

	Disabili			Non disabili		
	Nessuno	Licenza elementare e media	Diploma superiore e di laurea	Nessuno	Licenza elementare e media	Diploma superiore e di laurea
Marche	42,3	48,6	9,1	7,8	52,8	39,5
Italia	33,1	56,5	10,4	4,9	55,3	39,8

Fonte: ISTAT - www.handicapincifre.it

Nella Regione le persone disabili di 15 anni e più nel 42,3% dei casi non riescono a conseguire alcun titolo di studio (questo dato supera il valore nazionale che è del 33,1%); anche al di sotto della media nazionale è la quota di quelli riescono a raggiungere il titolo di licenza elementare e media (48,6%, contro 56,5%) .

2.1.13 - Alunni in situazione di handicap per tipologia di handicap e regione (a). Anno scolastico 1999-2000

Regione	N° alunni in situazione di handicap	Tipologia di handicap		
		psicofisico	visivo	uditivo
Marche	2.131	93,3	2,4	4,3
Italia	108.816	94,1	1,6	4,3

Fonte: Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca, ISTAT - www.minori.it

La tipologia prevalente di handicap nelle scuole marchigiane risulta essere quello psicofisico (93,3%) come confermato anche dal dato nazionale.

2.1.014 - Percentuale di alunni promossi su scrutinati in situazione di handicap ed in totale nelle scuole elementari e nelle scuole medie inferiori per regione - Anno scolastico 1999/2000

Regioni	Scuole elementari		Scuole medie inferiori	
	alunni promossi	alunni promossi in situazione di handicap	alunni promossi	alunni promossi in situazione di handicap
Marche	99,8	94,5	97,5	83,2
Italia	98,9	94,2	94,8	84,1

Fonte: Ministero dell'istruzione dell'università e della ricerca, ISTAT - www.minori.it

Sia nelle scuole elementari che medie inferiori le percentuali di alunni con e senza handicap promossi nell'anno scolastico 1999/2000 sono elevate; mentre il divario relativo alle scuole elementari è abbastanza contenuto (e analogo per le Marche e l'Italia), per le scuole medie inferiori la differenza percentuale nazionale tra i gli alunni in situazione di handicap promossi e gli alunni promossi (circa il 10% in meno) è abbastanza del dato regionale (oltre il 14%) che penalizza gli studenti con handicap delle Marche.

2.2. Comportamenti

ALIMENTAZIONE

2.2.01 - Persone di 15 anni e più in sovrappeso per sesso, classe di età, e regione - Anni 1999-2000 (tassi per 100 persone)

Livello territoriale	Classi di età				Totale	Tasso standardizzato
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre		
<i>Maschi</i>						
Marche	14,2	39,2	50,1	47,5	41,8	38,6
Italia centrale	14,3	35,3	51,3	46,2	40,3	37,3
ITALIA	17,8	38	50,6	48,6	41,6	39,2
<i>Femmine</i>						
Marche	7,2	14,4	36,9	39,1	27,2	24,7
Italia centrale	6,5	14,4	32,1	38,4	25,3	23
ITALIA	7,6	16	33,7	37,9	25,8	24,2

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

Nelle Marche i casi di giovani in sovrappeso nella fascia di età 15-24 anni presentano un notevole divario tra il tasso femminile (7,2%) e quello maschile (14,2%) e questo scostamento si ritrova anche a livello nazionale.

2.2.02 - Persone di 15 anni e più obese per sesso, classe di età, e regione - Anni 1999-2000 (tassi per 100 persone)

Livello territoriale	Classi di età				Totale	Tasso standardizzato
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre		
<i>Maschi</i>						
Marche	1,7	6,3	14	12,8	9,6	8,5
Italia centrale	1,2	5,5	12,4	11	8,3	7,4
ITALIA	1,7	6,6	13,8	11,3	9,2	8,4
<i>Femmine</i>						
Marche	0	4,1	11,1	10	7,4	6,6
Italia centrale	0,6	3,2	11,1	11,8	7,6	6,8
ITALIA	1,6	4,1	12,8	13,4	8,7	8,1

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

I valori relativi ai casi di obesità per i giovani tra i 15 e i 24 anni sono, per fortuna, notevolmente inferiori. Passando dalle situazioni di sovrappeso all'obesità la differenziazione di genere permane ma si riduce notevolmente.

In particolare a livello regionale nella fascia di età 15-24 anni si hanno percentuali molto basse di obesità, e persino nulle nella componente femminile.

2.2.03 - Persone di 3 anni e più per stile alimentare, regione, ripartizione geografica - Anno 2001 (per 100 persone della stessa zona)

Livello territoriale	Colazione		Pranzo in casa	Pranzo in mensa	Pranzo al ristorante o trattoria	Pranzo in un bar	Pranzo sul posto di lavoro	Pasto principale pranzo	Pasto principale cena
	Colazione adeguata	Colazione latte e mangia qualcosa							
Marche	80,0	49,6	81,9	4,3	2,6	1,2	3,7	78,1	12,8
Italia centrale	80,5	50,4	73,1	7,5	2,7	3,1	6,3	65,5	24,5
ITALIA	75,6	42,3	76,1	7,3	2,8	2,3	5,5	72,1	20,3

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

Le abitudini alimentari prevalenti nelle Marche, in accordo al dato nazionale, attribuiscono molta importanza: ad una colazione adeguata (80%), al pranzo in casa (81,9%); per il 12,8% dei marchigiani è la cena il pasto principale, contro un dato nazionale che raggiunge il 20,3%.

CONSUMO DI FARMACI

2.2.04 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni per sesso classe di età e regione-anno 2000

Livello territoriale	Classi di età								Totale
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre	
<i>Maschi</i>									
Marche	19,2	7,1	18,8	17,5	36,6	46,3	59,9	78,8	32,1
Italia centrale	18,3	9,8	12,3	17,8	31,4	42,5	58,9	77,4	29,2
ITALIA	16,2	11,5	14,1	18,7	28,6	43,5	61,2	76,2	28,2
<i>Femmine</i>									
Marche	26,2	12,0	24,5	31,7	33,1	58,9	69,3	81,1	41,7
Italia centrale	22,2	19,2	23,0	31,0	37,5	51,5	65,2	74,8	39,4
ITALIA	15,6	17,6	19,9	27,2	38,5	52,1	67,6	77,5	37,0

Fonte: ISTAT - sistema di indicatori socio-sanitari (regionali).

2.2.05 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni prescritti da un medico per sesso, classe di età e regione - Anno 2000 (rapporti per 100 consumatori)

Livello territoriale	Classi di età								Totale
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre	
<i>Maschi</i>									
Marche	87,8	51,0	89,6	81,4	89,3	98,1	98,9	100,0	93,0
Italia centrale	83,2	70,6	75,3	72,6	89,5	94,0	98,0	99,2	89,9
ITALIA	82,7	67,6	71,7	77,4	87,5	93,8	97,0	97,3	88,4
<i>Femmine</i>									
Marche	93,7	71,3	73,8	87,9	85,0	96,3	98,8	95,8	91,8
Italia centrale	89,0	66,7	71,9	77,0	90,4	95,1	96,7	97,5	89,3
ITALIA	82,7	70,9	74,6	82,4	90,7	95,1	96,6	97,7	90,3

Fonte: ISTAT - sistema di indicatori socio-sanitari (regionali).

Rilevazioni relative al consumo dei farmaci (anche per quelli assunti su prescrizione medica) indicano, nella fascia di età 0-14 e 15-24, un grado di assunzione maggiore per il genere femminile rispetto a quello maschile. Va comunque rilevato come alla classe 15-24 anni è associato il livello minimo di consumi rispetto alle altre fasce di età della popolazione. Questo dato appare compatibile con la buona percezione di salute dichiarata dai giovani in questa fascia di età.

CONSUMO DI TABACCO

2.2.06 - Fumatori di 15 anni e più per sesso, classe di età e regione - Anno 2001 (tassi per 100 persone)

Livello territoriale	Classi di età						Totale
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 e oltre	
<i>Maschi</i>							
Marche	32,4	41,9	42,0	30,8	25,8	15,8	31,1
Italia centrale	30,4	41,0	40,7	39,5	29,5	15,8	32,7
ITALIA	27,1	38,7	38,3	37,1	29,1	17,3	31,6
<i>Femmine</i>							
Marche	21,6	19,3	28,9	23,9	17,5	2,6	17,0
Italia centrale	20,6	24,9	28,2	27,6	20,4	7,5	20,4
ITALIA	15,9	20,8	25,7	22,4	16,1	5,7	17,1

Fonte: ISTAT

Nella fascia di età 15-24 anni, la percentuale di giovani che hanno l'abitudine al fumo supera di poco il dato complessivo marchigiano; in questa classe di età i fumatori maschi sono 32,4% mentre le fumatrici femmine sono il 21,6% (valore più alto di quello complessivo di genere). Va rilevato che il dato marchigiano relativo a questa fascia di età è di almeno 5 punti più alto di quello nazionale.

2.2.07 - Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero di sigarette fumate, regione, ripartizione - Anno 2001

Livello territoriale	Fumatori	Ex fumatori	Non fumatori	Fumatori di sigarette	Sigarette fumate				Numero medio al giorno
					Meno di 5	6-10	11-20	Oltre 20	
Marche	23,5	20,9	53,5	98,2	19,7	26,9	42,8	10,1	14,3
Italia centrale	26,1	20,9	50,2	97,6	14,2	26,2	47,5	11,2	15,1
Italia	23,8	20,1	53,9	97,8	15,0	28,7	45,5	10,2	14,7

Fonte: ISTAT

Nelle Marche i non fumatori (53,5%) superano la media uomo-donna dei fumatori (23,5%), che si configurano principalmente dipendenti da sigarette (98,2%); questi dati sono in linea con quelli nazionali.

INCIDENTI STRADALI

2.2.08 - Conducenti infortunati per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

Livello territoriale	Fino a 5 anni		6-9		10-14		15 - 17		18 - 20		Totale		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Totale
MORTI													
Marche	-	-	-	-	1	-	2	-	12	1	109	18	127
Italia	-	-	3	1	18	1	81	9	208	22	3.673	439	4.112
FERITI													
Marche	1	-	4	1	70	28	323	98	422	187	5.524	2.343	7.867
Italia	17	6	113	26	1.825	482	8.561	2.364	13.021	4.395	170.881	62.008	232.889

Fonte: ISTAT - indicatori giustizia e sicurezza, Servizio giustizia.

Rispetto agli incidenti stradali che hanno coinvolto i minorenni marchigiani si hanno a disposizione dati del 2002 relativi a conducenti, persone trasportate e pedoni.

Naturalmente i conducenti dei mezzi di trasporto nella fascia di età fino ai 20 anni sono relativamente pochi ed il dato marchigiano è relativamente confortante anche perché prevalgono i feriti rispetto ai morti (con una situazione percentuale migliore anche rispetto al dato nazionale). Va evidenziato come, soprattutto nella classe 15-17 anni, si rilevino molti casi di irregolarità alla guida con una prevalenza della percentuale maschile su quella femminile.

2.2.09 - Persone trasportate infortunate per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

Livello territoriale	Fino a 5 anni		6-9		10-14		15 - 17		18 - 20		Totale		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Totale
MORTI													
Marche	-	-	-	2	-	-	1	-	2	1	21	15	36
Italia	15	9	14	7	29	22	56	30	97	56	781	655	1.436
FERITI													
Marche	55	44	38	47	75	79	104	112	145	156	1.212	1.757	2.969
Italia	1.413	1.345	1.212	1.122	1.957	1.912	2.669	2.755	4.560	4.567	36.733	50.991	87.724

Fonte: ISTAT - indicatori giustizia e sicurezza, Servizio giustizia.

Nel 2002 i casi di incidente stradale in riferimento alle persone trasportate nella fascia di età fino ai 20 anni, hanno portato soprattutto feriti ed un numero di morti inferiore al dato relativo ai conducenti. Il numero delle persone ferite subisce un incremento con l'aumentare dell'età senza, mostrare significative differenze di genere.

2.2.10 - Pedoni infortunati per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

Livello territoriale	Fino a 5 anni		6-9		10-14		15 - 17		18 - 20		Totale		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	Totale
MORTI													
Marche	1	-	-	-	2	-	-	-	-	-	27	15	42
Italia	18	8	6	5	24	8	3	7	10	6	745	443	1.188
FERITI													
Marche	10	3	8	6	24	14	8	4	4	3	254	191	445
Italia	239	130	338	172	506	381	227	230	261	219	8.895	8.370	17.265

Fonte: ISTAT - indicatori giustizia e sicurezza, Servizio giustizia.

Nel 2002 i casi di incidente stradale hanno causato alcune situazioni di infortunio dei pedoni in età 0-20 anni risultano complessivamente i meno rilevanti dal punto di visto complessivo, anche se il numero di morti è più alto per i pedoni (42) rispetto ai trasportati (36).

INFORTUNI SUL LAVORO

2.2.11 - Infortuni mortali sul lavoro denunciati all'INAIL per classe di età, sesso, settore e regione - Anno 1997

Livello	INDUSTRIA E TERZIARIO						AGRICOLTURA					
	fino a 17		tutte le età		% fino a 17		fino a 17		tutte le età		% fino a 17	
	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
Marche	0	0	32	5	0,0	0,0	0	0	7	1	0,0	0,0
ITALIA	21	1	1.179	158	1,8	0,6	0	0	183	10	0,0	0,0

Fonte: ISTAT, INAIL- www.minori.it

2.2.12 - Infortuni sul lavoro indennizzati dall'INAIL per classe di età, sesso, settore e regione - Anno 1997

Livello	INDUSTRIA E TERZIARIO						AGRICOLTURA					
	fino a 17		tutte le età		% fino a 17		fino a 17		tutte le età		% fino a 17	
	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
Marche	445	50	20.676	3.428	2,2	1,5	15	2	5.301	1.842	0,3	0,1
ITALIA	9.998	1.152	53.330	83.076	1,9	1,4	351	53	83.953	22.737	0,4	0,2

Fonte: ISTAT, INAIL- www.minori.it

2.2.13 - Infortuni sul lavoro denunciati di minorenni e in totale, per settori produttivi e per regione - Anno 2000

Livello	infortuni di minorenni				totale infortuni			
	industria commercio e servizi	agricoltura	per conto dello Stato	totale	industria commercio e servizi	agricoltura	per conto dello Stato	totale
Marche	632	7	101	740	33.709	5.220	813	39.742
Italia	17.147	442	7.187	24.776	904.565	84.137	30.330	1.019.032

Fonte: ISTAT - www.minori.it

I dati disponibili relativi agli infortuni sul lavoro riguardanti i minorenni marchigiani non sono recenti (1997) ma sono utili ad evidenziare come, nelle Marche, non ci siano stati infortuni mortali mentre la percentuale degli infortuni indennizzati relativi a minorenni marchigiani arriva al 2,2% del totale, contro il dato nazionale dell'1,9%, per quanto riguarda industria e terziario; valori sensibilmente più bassi si riscontrano per il settore dell'agricoltura. I valori degli infortuni denunciati nel 2000 sono abbastanza più alti, ancora con la prevalenza (per le Marche e per l'intera nazione) per i settori dell'industria, del commercio e dei servizi.

2.3. Difficoltà e disagio

SUICIDI E TENTATIVI DI SUICIDIO

I dati ufficiali, riferiti all'anno 2000, di suicidi o tentati suicidi di minori marchigiani in età 0-18 anni indicano che non si sono verificati casi.

2.3.01 - Suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per classi di età, sesso e regione 2000

Anni	fino a 13		14-17		totale <18		tutte le età		% suicidi <18 sul totale suicidi	
	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
Marche	0	0	0	0	0	0	53	16	0,0	0,0
ITALIA	5	2	29	11	34	13	3.096	772	1,1	1,7

Fonte: ISTAT - www.minori.it

2.3.02 - Tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per classi di età, sesso e regione 2000

Anni	fino a 13		14-17		totale <18		tutte le età		% suicidi <18 sul totale suicidi	
	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
Marche	0	0	0	0	0	0	52	34	0	0
ITALIA	6	4	104	81	110	85	3.352	1.748	3,3	4,9

Fonte: ISTAT - www.minori.it

MINORI SCOMPARSI

2.3.03 - Minori per i quali sono state attivate le ricerche negli anni 1999-2002 e che risultano ancora da ricercare alla data del 30.06.2002 per regione. Italia.

Livello	1999	2000	2001	2002 (a)	1999-2002(a)
Marche	1	8	32	21	62
Italia	630	1.068	1.834	789	4.321

(a) dati al 1° sem. 2002

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Dal 1999 al primo semestre 2002 appare in leggero ma costante aumento il numero dei minori marchigiani scomparsi per i quali sono state attivate le ricerche (complessivamente 62 casi ricercati nel periodo).

ADOZIONE INTERNAZIONALE

2.3.04 - Provvedimenti del Tribunale dei Minorenni di Ancona in materia di adozioni internazionali - 1993-1999

Ann	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Domande di idoneità all'adozione internazionale	174	140	145	181	162	163	198
Provvedimenti efficaci come affidamento preadottivo di minori stranieri	48	56	35	45	54	67	88
Provvedimenti di revoca dell'affidamento preadottivo di minori stranieri	1	/	/	/	/	/	1
Provvedimenti efficaci come adozione di minori stranieri	/	/	/	/	/	/	1
Decreti di adozione definitiva di minori stranieri	48	45	54	40	55	56	56

Fonte: Ministero della giustizia

L'andamento dei provvedimenti del Tribunale per i Minorenni di Ancona in materia di adozioni internazionali, dal 1993 al 1999 mostra: una crescita discontinua delle domande di idoneità all'adozione internazionale che si attestano sul valore medio di 166,2 e dei provvedimenti di affidamento preadottivo di minori stranieri la cui media risulta 56,1; mentre i decreti di adozione definitiva di minori stranieri evidenziano un leggero andamento in crescita abbastanza costante il cui valore medio si attesta attorno al 50,5.

Per l'anno giudiziario 2001-2002 si coglie come degli 87 decreti di adozione di minori stranieri ben due terzi riguardano bambini provenienti da paesi che non aderiscono alla convenzione de L'Aja; questo rapporto aumenta ancora se si fa riferimento ai decreti di riconoscimento degli affidamenti preadottivi (1 a 6 in valori assoluti) mentre si riequilibra rispetto ai decreti di riconoscimento e trascrizione.

2.3.05 - Provvedimenti civili dei Tribunale per i minorenni in materia di adozione internazionale - Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
Decreti di idoneità all'adozione internazionale	95	852
Decreti di adozione per minori provenienti da paesi aderenti alla convenzione de L'Aja	29	4.039
Decreti di adozione per minori provenienti da paesi non aderenti alla convenzione de L'Aja	58	2.745
Decreti di riconoscimento degli affidamenti preadottivi emessi da paesi aderenti alla convenzione de L'Aja	1	4.385
Decreti di riconoscimento degli affidamenti preadottivi emessi da paesi non aderenti alla convenzione de L'Aja	6	11.844
Decreti di riconoscimento delle adozioni emessi da paesi non aderenti alla convenzione de L'Aja	10	10
Decreti di trascrizione dei provvedimenti di adozione emessi da paesi aderenti alla convenzione de L'Aja	11	11
Riconoscimento di adozioni dei paesi stranieri per italiani residenti all'estero	-	-

Fonte: Ministero della giustizia

2.3.06 - Coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso in Italia di minori stranieri secondo la regione di residenza e l'anno della richiesta- al 30.06.2003 - Marche e Italia

Livello	Anni				
	2000 (a)	2001	2002	2003(b)	totale
Marche	13	53	37	38	141
Totale	386	1.843	1.530	1.170	4.929

(a) dal 16.11.2000 al 31.12.2000

(b) dal 01.01.2003 al 30.06.2003

Fonte: Rapporto Commissione per le adozioni internazionali

Cresce, sia nelle Marche che in Italia, il numero delle coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso nel nostro Paese di minori stranieri; in effetti si presuppone siano in aumento perché già nel primo semestre del 2003 si è superato il valore del 2002 (38 contro 37).

2.3.07 - Minori per i quali è stata concessa l'autorizzazione all'ingresso in Italia secondo il continente di provenienza e la regione di residenza dei genitori adottivi - al 30/06/2003

Continenti	Africa	America	Asia	Europa	Totale
Livello					
Marche	2	39	24	104	169
Totale	261	1.199	702	3.588	5.750

Fonte: Rapporto Commissione per le adozioni internazionali

Nel 2003 i minori stranieri autorizzati all'ingresso in Italia (con genitori adottivi residenti nelle Marche) risultano essere prevalentemente di origine europea (104 su 169), il continente da cui provengono meno bambini adottati è l'Africa; i dati delle Marche sono in linea con le tendenze nazionali.

2.3.08 - Minori per i quali è stata concessa l'autorizzazione all'ingresso in Italia secondo la regione di residenza dei genitori adottivi e l'età dei minori - al 30.06.2003

Livello	<1 anno	1-4 anni	5-9 anni	10 anni e più	Totale
Marche	15	87	61	6	169
Totale	479	2.685	1.900	686	5.750

Fonte: Rapporto Commissione per le adozioni internazionali

Nello stesso hanno rientrano soprattutto nella fascia di età 1-4 anni (87) e 5-9 anni (61) i minori autorizzati all'ingresso in Italia che hanno genitori adottivi residenti nelle Marche.

ADOZIONE NAZIONALE

L'analisi dei provvedimenti del Tribunale per i Minorenni di Ancona relativi all'adozione nazionale mostra, tra il 1993 e il 1999, una costante crescita delle dichiarazioni di disponibilità all'adozione di minori italiani (da 185 a 246); a questo corrispondono un trend variabile, ma sostanzialmente costante nel medio periodo (tra 15 e 20), dei decreti di adottabilità e un calo nell'andamento dei decreti di adozione definitiva di minori italiani (dai 13 del 1993 ai 6 del 1999).

2.3.09 - Provvedimenti in materia di adozione nazionale del Tribunale per i Minorenni di Ancona - 1993-1999

	<i>Anni</i>							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
<i>Decreti di adottabilità di minori con genitori ignoti</i>	8	9	6	3	7	8	6	
<i>Decreti di adottabilità di minori con genitori noti</i>	9	10	12	11	16	12	8	
<i>Decreti di adottabilità di minori (totale)</i>	17	19	18	14	23	20	14	
<i>Dichiarazione di disponibilità all'adozione di minori italiani</i>	185	181	195	235	215	241	246	
<i>Decreti di affidamento preadottivo di minori italiani</i>	14	14	16	8	12	4	14	
<i>Provvedimenti di revoca dell'affidamento preadottivo di minori italiani</i>	1	/	/	/	/	/	/	
<i>Decreti di adozione di minori italiani</i>	13	14	19	10	11	4	6	

Fonte: Ministero della giustizia

2.3.10 - Provvedimenti civili dei Tribunali per i Minorenni - anno giudiziario 2001-2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
<i>Affidamenti preadottivi nazionali</i>	9	972
<i>Sentenze di adozione nazionale</i>	10	1.252
<i>Sentenze di adozione in casi particolari</i>	9	623
<i>Dichiarazioni di adottabilità di minori con genitori ignoti</i>	-	339
<i>Dichiarazioni di adottabilità di minori con genitori noti</i>	10	647
<i>Sentenze a seguito di opposizione a dichiarazione di adottabilità</i>	-	42

Fonte: Ministero della giustizia

I dati dell'anno giudiziario 2001-2002 confermano la tendenza in calo evidenziata dalla serie storica precedente per le dichiarazioni di adottabilità mentre è quella altalenante per gli affidamenti preadottivi (9); in leggera ripresa le sentenze di adozione nazionale (10 nell'anno, un valore analogo ai dati degli anni 1996/97).

AFFIDAMENTI

2.3.11 - Provvedimenti in materia di affidamento del Tribunale per i Minorenni di Ancona - 1993-1999

	<i>Anni</i>							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
<i>Affidamenti a famiglie</i>	1	1	2	7	10	10	8	
<i>Affidamenti a comunità o istituti</i>	18	30	23	21	44	66	52	
<i>Affidamenti familiari</i>	19	31	25	28	54	76	60	

Fonte: Ministero della giustizia

In materia di affidamenti familiari la scelta assolutamente prevalente del Tribunale per i Minorenni di Ancona si orienta su quelli a comunità o istituti rispetto all'affidamento a famiglie. Questo è vero per l'intero periodo che va dal 1993 al 1999; il divario tra queste opzioni è, anzi, cresciuto col passare degli anni, pur in presenza di un costante aumento di entrambe le tipologie di provvedimenti.

Nell'anno giudiziario 2001-2002 questa differenza si è ridotta (attestandosi su un rapporto analogo alla situazione nazionale) ma va rilevato come dal 1999 al 2001-2002 è diminuito ad un quinto (da 60 a 12) il numero complessivo di provvedimenti di affidamento.

In riferimento ai provvedimenti sulla potestà genitoriale prevalgono quelli relativi alla limitazione (80) su quelli di regolamentazione (24); il dato sulla decadenza della potestà (18) appare relativamente più alto del valore nazionale.

2.3.12 - Provvedimenti civili dei Tribunali per i Minorenni -Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
<i>Provvedimenti di affidamento a comunità o istituti</i>	7	1.062
<i>Provvedimenti di affidamento familiare</i>	5	800
<i>Prescrizioni ai genitori</i>	-	953
<i>Provvedimenti limitativi della potestà dei genitori</i>	80	9.922
<i>Provvedimenti a protezione del minore - allontanamento del minore dalla residenza</i>	2	939
<i>Provvedimenti per la decadenza delle potestà dei genitori</i>	18	872
<i>Provvedimenti per la regolamentazione della potestà dei genitori</i>	24	2.305
<i>Provvedimenti di volontaria giurisdizione</i>	130	10.173

Fonte: Ministero della giustizia

TOSSICODIPENDENZA

2.3.13 - Tossicodipendenti segnalati per la prima volta al NOT delle prefetture per classe di età, sesso e regione. Dal 01/01/1996 al 31/12/1999

Livello	<18			tutte le età			%<18 su tutte le età		
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Marche	371	29	400	3.897	331	4.228	9,5	8,8	9,5
Italia	11.752	824	12.576	126.814	8.179	134.993	9,3	10,1	9,3

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Nel periodo 1996-1999 le prime segnalazioni di casi di tossicodipendenza relative ai minorenni, nella Regione Marche interessano soprattutto il genere maschile (371 su 400); il dato, in termini percentuali sui tossicodipendenti di tutte le età, evidenzia un valore analogo a quello nazionale mentre il dato delle femmine minorenni delle Marche è abbastanza più basso del dato nazionale (8,8% contro il 10,1%).

2.3.14 - Tossicodipendenti, minorenni e in totale, segnalati per la prima volta al NOT delle Prefetture per sesso e rapporto di mascolinità e tassi per 100.000 ab. Stessa età e sesso- dal 01.01.1996 al 31.12.1999

Livello	Rapporto mascolinità		Tassi per 100.000 ab.			
	<18	tutte le età	<18		tutte le età	
			maschi	femmine	maschi	femmine
Marche	12,8	11,8	125,4	10,4	221,5	17,8
Italia	14,3	15,5	89,3	6,6	181,9	11,1

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Con riferimento allo stesso periodo, se si guarda all'intera popolazione residente per genere ed età si coglie come il tasso di tossicodipendenti per 100.000 abitanti delle femmine marchigiane (sia minorenni che maggiorenni), pur rimanendo inferiore a quello maschile, è abbastanza più alto di quello nazionale (3,8% in più per le minorenni marchigiane e addirittura 6,7% in più per le maggiorenni tossicodipendenti).

2.3.15 - Nuovi minori segnalati ex art75 DPR309/90 per regione di residenza e di segnalazione con una o più segnalazioni - Anno 2001

Livello	Regione di residenza			Regione di segnalazione		
	con una segnalazione	con più segnalazioni	totale	con una segnalazione	con più segnalazioni	totale
Marche	58	2	60	90	4	94
ITALIA	934	28	962	1.798	52	1.850

Fonte: ISTAT - www.minori.it

2.3.16 - Nuovi minori segnalati ex art. 75 DPR 309/90 minorenni e in totale per sesso e regione di segnalazione. Indicatori - Anno 2001

Regioni	Rapporto mascolinità		Tassi per 10.000 ab.			
			<18		tutte le età	
	<18	tutte le età	maschi	femmine	maschi	femmine
Marche	6,8	10,2	68,9	10,7	102,5	9,5
ITALIA	11,9	13	32,9	2,9	58,5	4,3

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Nel 2001 le segnalazioni di nuovi casi di minori sorpresi in possesso di sostanze stupefacenti riguardano in misura maggiore regioni diverse da quelle di residenza della persona segnalata; il dato marchigiano è in linea con quello nazionale, anche se leggermente inferiore nelle percentuali relative.

Nello stesso anno i tassi relativi all'incidenza di nuovi casi di segnalazione rilevano un divario di genere che confermano gli andamenti descritti della grande prevalenza dei maschi tossicodipendenti sulle femmine, sia nella fascia di età minore che per la generalità della popolazione tossicodipendente.

2.3.17 - Minori deferiti alle autorità giudiziarie per tipologia di stupefacenti e regione - Anno 1998

Livello	Tipologia di stupefacenti						Totale
	eroina	cocaina	cannabis	anfetaminici	L.S.D	altre droghe	
Marche	0	1	15	1	0	0	17
ITALIA	273	75	910	16	2	7	1.283

Fonte: ISTAT - www.minori.it

In riferimento all'uso di alcune delle diverse tipologie di sostanze stupefacenti, nel 1998 i minori nelle Marche sono stati deferiti all'autorità giudiziaria quasi esclusivamente per possesso di cannabis (15 casi su 17), da rilevare come non ci siano state segnalazioni per consumo di eroina che hanno costituito, invece, oltre il 20% delle segnalazioni nazionali in quell'anno.

2.3.18 - Decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti e segnalati alle autorità giudiziarie per regione - Anno 2001

Livello	Deceduti			Segnalati			Deceduti 15-19 anni per 100 segnalati 15-19 anni	Deceduti per 100 segnalati
	<15 anni	15-19 anni	tutte le età	<15 anni	15-19 anni	tutte le età		
Marche	0	2	22	19	267	1.000	0,7	2,6
ITALIA	0	19	819	312	5.491	22.020	0,3	3,7

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Nel 2001 i decessi tossicologicamente correlati all'uso di sostanze, per le Marche sono relativamente contenuti (22, su 819 in Italia, di cui 2 nella fascia di età 15-19 anni) ma, rispetto alle segnalazioni all'autorità giudiziaria, il rapporto è favorevole alla regione (rispetto all'Italia) solo come dato complessivo (2,6 deceduti per 100 segnalati nelle Marche contro i 3,7 dell'Italia) in quanto la percentuale dei decessi sui segnalati in età 15-19 nelle Marche (0,7) è più che doppia del dato nazionale (0,3).

2.4. Criminalità e giustizia

DENUNCE

Dati sulle denunce di minorenni per provincia si hanno solo relativamente al 1997. Per quell'anno il dato regionale - per 10000 abitanti - (145,8) è leggermente più basso della media nazionale (158,6), anche se è il frutto di una situazione abbastanza variabile tra le province marchigiane, con valori percentuali che vanno da quello di Ascoli Piceno (110) a quello di Macerata (199,1).

2.4.01 - Minorenni denunciati per 10.000 abitanti in età 14-17 anni - Anno 1997

Livello territoriale	Tasso
Pesaro e Urbino	122,3
Ancona	159,9
Macerata	199,1
Ascoli Piceno	110
Marche	145,8
ITALIA	158,6

Fonte: ISTAT - indicatori sociali provinciali.

2.4.02 - Denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni secondo la Regione in cui il delitto è stato commesso. Italiani e stranieri - Anno 2001

Livello territoriale	Italiani	Stranieri	Totale
Marche	609	201	810
ITALIA	31.065	8.720	39.785

Fonte: Ministero della giustizia

Nel 2001 le denunce alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni di Ancona, per i delitti commessi nella regione Marche, riguardano minori italiani (609) piuttosto che quelli stranieri (201), ma il rapporto tra denunciati stranieri e italiani nelle Marche è abbastanza più alto che in Italia (33% contro 28%).

2.4.03 - Denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni secondo la categoria di reato e la Regione in cui il delitto fu commesso - Anno 2001

Livello territoriale	CATEGORIE DI REATO					totale
	contro la persona	contro il patrimonio	contro economia e fede pubblica	contro lo Stato	altri delitti	
Marche	265	341	173	23	8	810
Centro	1.561	4.307	810	249	90	7.017
ITALIA	9.731	21.468	5.862	1.851	873	39.785

Fonte: Ministero della giustizia

Nel 2001 le denunce per i delitti commessi da minorenni nella regione Marche, alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Ancona, hanno riguardato soprattutto i reati contro il patrimonio (341) e contro la persona (265); ma mentre quelli contro il patrimonio, in percentuale, sono più bassi del dato nazionale (42% contro 53% - e contro il 61% relativo al Centro Italia), quelli contro la persona sono abbastanza più alti (32% contro 24%).

2.4.04 - Denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni secondo la Regione in cui il delitto è stato commesso ed alcuni Paesi di provenienza dei minorenni stranieri denunciati - Anno 2001

Livello territoriale	Ex Jugoslavia	Romania	Albania	Marocco	Algeria	Tunisia
Marche	69	14	66	13	2	3
Centro	840	312	257	150	27	11
ITALIA	2.899	1.184	1.238	1.706	469	78

Fonte: Ministero della giustizia

Relativamente allo stesso anno le denunce alla Procura minorenni della Repubblica per i delitti commessi da minorenni stranieri nella regione Marche, distinte per alcuni paesi esteri di provenienza, indicano l'ex-Jugoslavia (69) e l'Albania (66) come le nazioni con la maggiore concentrazione di casi.

ATTIVITÀ GIUSTIZIA MINORILE

I dati dell'attività della Procura presso il Tribunale per i Minorenni di Ancona nell'anno giudiziario 2001-2002, anche in relazione al dato nazionale, permettono di evidenziare alcuni elementi emergenti:

- una sostanziale capacità di esaurire i procedimenti penali sopravvenuti nell'anno, con un rapporto tra attività annuale e "pendenze" che è sicuramente migliore del dato nazionale;

- nella definizione dei procedimenti i valori più alti si hanno per le richieste di archiviazione per mancanza delle condizioni di procedibilità (286) e le richieste di rinvio a giudizio ordinario (ancora 286 ma va rilevato come per ogni rinvio a giudizio ci siano due richieste di archiviazione e che il dato marchigiano sia leggermente più basso della percentuale nazionale);
- i provvedimenti emessi di convalida di fermo o arresto e di applicazione o modifica delle misure cautelari sono stati scarsamente rilevanti dal punto di vista quantitativo.

2.4.05 - Procura presso Tribunale per i minorenni - Movimento dei procedimenti penali- Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
<i>Pendenti all'1.07.2001</i>	232	20.999
<i>Sopravvenuti nel periodo</i>	923	41.332
<i>Esauriti nel periodo</i>	920	42.600
<i>Pendenti al 30.06.2002</i>	235	19.731

Fonte: Ministero della giustizia

2.4.06 - Procura presso il Tribunale per i Minorenni - Attività di definizione dei procedimenti- Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
<i>Invio al GIP con richiesta di archiviazione</i>	<i>per infondatezza notizia di reato</i>	213 8.596
	<i>per essere ignoto l'autore del reato</i>	26 2.174
	<i>per mancanza di condizioni di procedibilità</i>	286 6.396
	<i>per non imputabilità (art. 26 DPR 448/1988)</i>	54 3.462
	<i>non luogo a procedere (art. 27 DPR 448/1988)</i>	15 3.324
<i>Invio al GIP con richiesta di rinvio a giudizio ordinario davanti al tribunale</i>	286	12.223
<i>Invio al GIP con richiesta di giudizio immediato</i>	-	858
<i>Invio al Tribunale per il giudizio direttissimo</i>	-	141
<i>Altre attività di definizione</i>	40	5.495

Fonte: Ministero della giustizia

2.4.07 - Procura presso il Tribunale per i Minorenni - Provvedimenti emessi - Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
<i>Fermo di indiziato di delitto</i>	-	492
<i>Richieste di convalida del fermo o dell'arresto</i>	25	2.517
<i>Richieste di applicazione o modifica delle misure cautelari</i>	25	2.825
<i>Richieste di proroga dei termini di custodia cautelare</i>	-	72
<i>Richieste di proroga dei termini per le indagini preliminari</i>	4	778
<i>Richieste di incidente probatorio</i>	1	182

Fonte: Ministero della giustizia

I dati dell'attività del Giudice per le Indagini Preliminari presso il Tribunale per i Minorenni di Ancona nell'anno giudiziario 2001-2002, anche in relazione al dato nazionale, permettono di evidenziare alcuni elementi emergenti:

- la capacità, in linea con la situazione nazionale, di esaurire i procedimenti penali sopravvenuti nell'anno, migliorando anzi la situazione dei procedimenti pendenti;
- la prevalenza, nell'attività di definizione dei provvedimenti, dei decreti di archiviazione "per altro motivo", con una significativa discontinuità rispetto al dato nazionale dove prevale la motivazione "per infondatezza notizia di reato";
- nell'applicazione o modifica di misure cautelari prevale, come a livello nazionale, la "custodia cautelare" (42) seguito dai provvedimenti di "permanenza in casa" (36), "prescrizioni" (33), "collocamento in comunità" (23);
- nella convalida del fermo o dell'arresto si nota una piena coincidenza con le richieste del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni.

2.4.08 - GIP presso il Tribunale per i Minorenni - Movimento dei procedimenti penali -Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

	ANCONA	TOTALE
<i>Pendenti all'1.07. 2001</i>	149	19.442
<i>Sopravvenuti nel periodo</i>	609	27.188
<i>Esauriti nel periodo</i>	636	31.678
<i>Pendenti al 30.06.2002</i>	122	14.952

Fonte: Ministero della giustizia

2.4.09 - GIP presso il Tribunale per i Minorenni - Attività di definizione dei procedimenti - Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

		ANCONA	TOTALE
<i>Decreto di archiviazione</i>	<i>per infondatezza notizia di reato</i>	47	9.505
	<i>per essere ignoto l'autore del reato</i>	31	2.396
	<i>per essere il minore non imputabile ex art. 98 CP</i>	-	1.747
	<i>per altro motivo</i>	503	9.382
<i>Sentenza di proscioglimento ex art. 129 cpp</i>		1	124
<i>Sentenza di non imputabilità (art. 26 DPR 448/1988)</i>		-	2.173
<i>Sentenza di non imputabilità per irrilevanza del fatto (art. 27 DPR 448/1988)</i>		8	3.027
<i>Decreto che dispone il giudizio immediato</i>		-	796
<i>Decreto che dispone il giudizio abbreviato per rinuncia al giudizio immediato</i>		-	177
<i>Altre attività di definizione</i>		46	2.322

Fonte: Ministero della giustizia

2.4.10 - GIP presso il Tribunale per i Minorenni - Provvedimenti emessi - Anno giudiziario 2001/2002 - Ancona e Italia

		ANCONA	TOTALE
<i>Applicazione o modifica di misure cautelari</i>	<i>Prescrizioni</i>	33	435
	<i>Permanenza in casa</i>	36	650
	<i>Collocamento in comunità</i>	23	556
	<i>Custodia cautelare</i>	42	1.350
<i>Convalida del fermo o dell'arresto</i>		25	2.843
<i>Proroga dei termini di custodia cautelare</i>		-	21
<i>Proroga dei termini per le indagini preliminari</i>		4	791
<i>Assunzione della prova</i>		2	186

Fonte: Ministero della giustizia

3. Contesto territoriale

3.1. Ambiente

AMBIENTE NATURALE

L'ambiente naturale protetto nella regione Marche presenta aree maggiormente riservate a parchi nazionali (61.160 ettari) piuttosto che a parchi regionali (21.537 ettari). La superficie forestale della regione risulta più estesa nella zona montana che in quella collinare e costituisce il 16,5% della superficie totale territoriale.

La situazione sismica del territorio regionale presenta un grado medio di sismicità che coinvolge l'82,9% dei comuni marchigiani.

La zona delle acque costiere è costituita nell'87,2% da coste balneabili mentre il restante 12,8% è rappresentato da costa non balneabile anche per motivi indipendenti dall'inquinamento.

Le Marche producono rifiuti speciali (pericolosi e non) che si quantificano rispetto alla popolazione in 739,7 kg/abitante. I rifiuti speciali vengono smaltiti soprattutto con trattamento biologico e fisico-chimico. Lo smaltimento di rifiuti speciali si preferisce effettuarlo attraverso il deposito nelle discariche piuttosto che tramite l'incenerimento. Il recupero dei rifiuti speciali pericolosi avviene soprattutto attraverso il riciclo di sostanze inorganiche e di metalli o composti metallici. La raccolta dei rifiuti urbani nella regione avviene in minima parte (9,7%) attraverso la raccolta differenziata.

La viabilità della regione è caratterizzata soprattutto da strade provinciali che rappresentano il 77% della rete stradale. (N.B. Tabelle omesse per non appesantire il report)

CONTESTO URBANO

Un'indagine del 2002 ha evidenziato come le valutazioni negative che danno le famiglie marchigiane rispetto al proprio contesto di vita si riferiscono prevalentemente: al disagio dovuto al traffico (38,7%), alle cattive condizioni stradali (36,9%), alle difficoltà di parcheggio (32,6%), alla scarsa illuminazione stradale (31%) e al rumore (29,1%). Tutti i valori indicati, anche se sono in linea con l'ordine delle diverse "classifiche", sono inferiori alle percentuali che hanno dato i cittadini sia a livello di Italia centrale che dell'intera nazione.

3.1.01 - Famiglie per giudizio espresso sui problemi della zona in cui abitano (molto o abbastanza presenti) per regione, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2002 (per 100 famiglie della stessa zona)

	Marche	Italia centrale	ITALIA
Sporcizia nelle strade	24,2	37,4	31,1
Difficoltà di parcheggio	32,6	43,8	40,8
Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici	24	31,9	29,8
Traffico	38,7	51,5	48,3
Inquinamento dell'aria	26,6	40	40
Rumore	29,1	38	37,8
Rischio di criminalità	11,8	30,6	29,2
Odori sgradevoli	13,3	21,1	21,7
Scarsa illuminazione stradale	31	42,1	34,3
Cattive condizioni stradali	36,9	46,9	41

Fonte:ISTAT - statistiche ambientali.

AMBIENTE DI VITA

3.1.02 - Famiglie e titolo di godimento dell'abitazione per regione-Anno 2002

Area territoriale	Titolo di godimento	
	Proprietà	Affitto
Marche	78,4	10,8
Italia centrale	73,4	17,2
ITALIA	71,1	19,2

Fonte:ISTAT - statistiche ambientali

Nel 2002 il titolo di godimento dell'abitazione prevalente per le famiglie marchigiane era la proprietà, con una quota percentuale (78,4%) sensibilmente più alta del dato nazionale (71,1%).

L'abitazione delle famiglie marchigiane nell'anno 2002 è dotata in misura superiore alla media nazionale del riscaldamento domestico (96,2%).

3.1.03 - Famiglie e caratteristiche dell'abitazione per regione - Anno 2002

Area territoriale	L'abitazione dispone di:	
	Terrazzo o balcone, giardino	Riscaldamento
Marche	86,3	96,2
Italia centrale	84,9	95,3
ITALIA	87	88,9

Fonte:ISTAT - statistiche ambientali

Le famiglie marchigiane in riferimento alla propria abitazione dichiarano problemi relativi alle eccessive spese abitative (57,1% ed è sostanzialmente l'unica percentuale che supera il corrispettivo dato nazionale) e all'insicurezza nella potabilità dell'acqua (40,7%), mentre non sembrano lamentarsi in modo evidente sulle dimensioni e le condizioni abitative (rispettivamente 9,3% e 2,8%).

Altri problemi sollevati dalle famiglie marchigiane in relazione all'abitazione riguardano le infiltrazioni di acqua (8,9%) la scarsa luminosità (6%) e gli infissi o pavimenti fatiscenti

(3,4%). Tali problematiche sono maggiormente avvertite dalle famiglie che versano in condizione di povertà.

3.1.04 - Famiglie che dichiarano problemi relativi all'abitazione in cui vivono per regione, ripartizione geografica e tipo di comune - Anno 2002 (per 100 famiglie della stessa zona)

	Marche	ITALIA
Spese per l'abitazione troppo alte	57,1	55
Abitazione troppo piccola	9,3	12,8
Abitazione troppo distante dai familiari	17,1	20,4
Abitazione in cattive condizioni	2,8	5,1
Irregolarità nell'erogazione dell'acqua	10	14,7
Non si fidano di bere acqua di rubinetto	40,7	40,1

Fonte: ISTAT - statistiche ambientali.

3.1.05 - Famiglie che dichiarano alcuni problemi in relazione all'abitazione in cui vivono per tipo di problema, condizione di povertà regione-Anno 2002 (valori percentuali)

Livello territoriale	scarsa luminosità	infiltrazioni di acqua	infissi o pavimenti fatiscenti	almeno un problema		
				Famiglie povere	Famiglie non povere	Totale
Marche	6	8,9	3,4	27	14,1	14,7
Italia centrale	8,8	7,3	4,1	21,9	14,4	14,9
Italia	8,9	8,1	4,4	25,8	15,1	16,3

Fonte: ISTAT - statistiche ambientali

3.2. Istruzione e formazione

POPOLAZIONE PER ETÀ E TITOLO DI STUDIO

3.2.01 - Popolazione residente di età superiore a 6 anni per grado di istruzione, sesso e regione di residenza - Media 2001 (dati in migliaia)

Livello territoriale	Grado di istruzione						
	Licenza scuola elementare o Nessun titolo	Licenza scuola media inferiore	Qualifica professionale	Diploma scuola media superiore	Diploma universitario	Laurea o Dottorato	Totale
	<i>Maschi</i>						
Marche	277	204	30	153	3	43	710
Italia centrale	1.846	1.617	190	1.285	29	374	5.340
ITALIA	10.075	8.836	1.195	5.945	142	1.690	27.884
Italia	36,1%	31,7%	4,3%	21,3%	0,5%	6,1%	100,0%
Marche	39,0%	28,7%	4,2%	21,5%	0,4%	6,1%	100,0%
	<i>Femmine</i>						
Marche	355	166	35	146	6	40	748
Italia centrale	2.389	1.411	220	1.283	50	355	5.707
ITALIA	12.882	7.718	1.346	5.804	216	1.499	29.465
Italia	43,7%	26,2%	4,6%	19,7%	0,7%	5,1%	100,0%
Marche	47,5%	22,2%	4,7%	19,5%	0,8%	5,3%	100,0%
	<i>Totale</i>						
Marche	632	370	65	300	9	83	1.458
Italia centrale	4.234	3.029	409	2.567	78	729	11.046
ITALIA	22.957	16.554	2.541	11.749	357	3.189	57.348
Italia	40,0%	28,9%	4,4%	20,5%	0,6%	5,6%	100,0%
Marche	43,3%	25,4%	4,5%	20,6%	0,6%	5,7%	100,0%

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali

Il livello di istruzione della popolazione marchigiana si concentra soprattutto sul titolo di licenza elementare (632.000 abitanti), seguito dalla licenza di scuola media inferiore (370.000 abitanti) e dal diploma di scuola media superiore (300.000 abitanti); mentre l'istruzione universitaria viene completata in minor misura, ponendo attenzione soprattutto a titoli di laurea e dottorati piuttosto che a diplomi. Complessivamente il livello di istruzione della regione appare più basso di quello nazionale. Un confronto tra maschi e femmine mostra un

grado di istruzione femminile maggiore, ma il divario di genere diminuisce all'aumentare del livello di istruzione considerato.

SCUOLA PER L'INFANZIA - OFFERTA FORMATIVA

3.2.02 - Punti di erogazione del servizio scolastico per l'infanzia - a.s. 2003/2004

Province	scuola dell'infanzia	scuola primaria
ANCONA	149	128
ASCOLI PICENO	123	124
MACERATA	99	95
PESARO	124	125
MARCHE	495	472

Fonte:Ministero dell'istruzione

Nell'anno scolastico 2003/2004 i punti di erogazione del servizio scolastico per l'infanzia (495), analogamente alla scuola primaria (472), della Regione Marche sono prevalentemente concentrati nella provincia di Ancona (soprattutto per la scuola dell'infanzia). La concentrazione nella provincia di Ancona riguarda non solo il numero complessivo dei punti di erogazione, che è superiore a quello delle altre province, ma anche il livello amministrativo (numero minore di circoli didattici, scuole dell'infanzia, plessi di scuola elementare).

Il numero di Istituti comprensivi, con unità proporzionalmente collegate, è maggiore nella provincia di Ancona rispetto alle altre province.

3.2.03 - Scuola dell'infanzia - a.s. 2003/2004 - per Provincia e Marche

Province	Circoli didattici	Scuole dell'infanzia*	Plessi di scuola elementare*
ANCONA	7	31	29
ASCOLI PICENO	18	56	60
MACERATA	11	32	25
PESARO	9	34	34
MARCHE	45	153	148

Fonte:Ministero dell'istruzione

3.2.04 - Istituti comprensivi di scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado - a.s. 2003/2004 - per Provincia e Marche

Province	Istituti comprensivi	Scuole dell'infanzia*	Plessi di scuola primaria *	Scuola secondaria di I grado*
ANCONA	39	118	100	54
ASCOLI PICENO	25	67	64	45
MACERATA	28	68	70	43
PESARO	35	92	94	53
MARCHE	127	345	328	195

*Tali valori sono relativi alle scuole dell'infanzia, ai plessi di scuola primaria e alle sezioni associate di scuole secondarie di I grado facenti capo ad istituti comprensivi.

Fonte:Ministero dell'istruzione

SCUOLA PER L'INFANZIA - CARATTERISTICHE POPOLAZIONE SCOLASTICA

3.2.05 - Scuola dell'infanzia - a.s. 2003/2004 - Bambini, Sezioni, Organico, Rapporto Bambini/Sezioni - per Provincia e Marche

Province	Bambini	Sezioni	Dotazione organica	Rapporto bambini/ sezioni
ANCONA	10.695	440	909	24,31
ASCOLI PICENO	8.373	356	746	23,52
MACERATA	6.773	286	570	23,68
PESARO	6.395	277	569	23,09
MARCHE	32.236	1.359	2.794	23,72

Fonte:Ministero dell'istruzione

La scuola dell'infanzia accoglie un maggior numero di bambini nella provincia di Ancona (10.695 su un totale di 32.236) ed in questo territorio si concentra maggiormente anche la dotazione organica di personale (909 su un totale di 2.794); il rapporto di distribuzione bambini-sezioni (23,72) risulta sostanzialmente costante nelle quattro province.

3.2.06 - Scuola primaria - a.s. 2003/2004 - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia e Marche

Province	Alunni	Classi	Dotazione organica	Rapporto alunni/classi
ANCONA	19.052	1.028	1.839	18,53
ASCOLI PICENO	16.180	894	1.495	18,1
MACERATA	13.219	726	1.294	18,21
PESARO	14.622	856	1.455	17,08
MARCHE	63.073	3.504	6.083	18

Fonte: Ministero dell'istruzione

Anche per la scuola primaria la provincia di Ancona (19.052 su un totale di 63.073) è quella che accoglie un maggior numero di bambini e, coerentemente, in tale ambito si concentra maggiormente la dotazione organica di personale (1.839 su un totale di 6.083); anche in questo caso, però, il rapporto di distribuzione alunni-classi (18,0) è abbastanza costante nelle quattro province.

SCUOLA DELL'OBBLIGO - OFFERTA FORMATIVA

Le scuole secondarie di I grado delle Marche sono, per l'anno scolastico 2003/2004, 218 con distribuzione omogenea tra le province se ci eccettua la provincia di Macerata che ha una concentrazione inferiore alle altre. Sono 23 le scuole secondarie di I grado, di cui 13 sedi centrali "pure" e 10 "sedi associate".

3.2.06 - Scuole secondarie di I grado delle Marche, distinte per province

Province	Scuola secondaria di I grado
ANCONA	57
ASCOLI PICENO	55
MACERATA	48
PESARO	58
MARCHE	218

Fonte: Ministero dell'istruzione

3.2.07 - Scuola secondaria di I grado - a.s. 2003/2004 - Tipologia sedi per Provincia e Marche

Province	totale scuole*	sedi centrali pure	sedi associate*
ANCONA	3	2	1
ASCOLI PICENO	10	7	3
MACERATA	5	3	2
PESARO	5	1	4
MARCHE	23	13	10

Fonte: Ministero dell'istruzione

*tali valori sono relativi solo alle scuole secondarie di I grado facenti capo a sedi centrali "pure"

SCUOLA DELL'OBBLIGO - CARATTERISTICHE POPOLAZIONE SCOLASTICA

3.2.08 - Scuola secondaria di I grado - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia e Marche

Province	Alunni	Classi	Dotazione organica	Rapporto alunni/classi
ANCONA	12.434	563	1.098	22,09
ASCOLI PICENO	10.925	524	1.081	20,85
MACERATA	8.561	411	869	20,83
PESARO	9.677	456	941	21,22
MARCHE	41.597	1.954	3.989	21,29

Fonte: Ministero dell'istruzione

La scuola secondaria di I grado nelle Marche raccoglie complessivamente un numero di bambini superiore alle 40.000 unità, variamente distribuito nelle province: dal massimo della provincia di Ancona (12.434 alunni) al minimo di quella di Macerata (8.561). La dotazione

complessiva di personale in organico si suddivide in modo corrispondente e il rapporto alunni-
classi si distribuisce attorno alla media regionale di 21,29 in tutte e quattro province.

FORMAZIONE SUPERIORE - OFFERTA FORMATIVA

3.2.09 - Scuola secondaria di II grado - Tipologia sedi per Provincia e Marche

Provincia	Sedi centrali "pure"	Sezioni associate**	Istituti d'istruzione superiore	totale
ANCONA	21	21	8	42
ASCOLI PICENO	16	17	6	33
MACERATA	16	21	6	37
PESARO	14	20	8	34
MARCHE	67	79	28	146

Fonte:Ministero dell'istruzione

Sempre per l'anno scolastico 2003/2004 la formazione secondaria superiore nelle Marche è articolata in 146 unità con la prevalenza di sezioni "associate" (79) e con la presenza di 28 Istituti di istruzione superiore.

FORMAZIONE SUPERIORE - CARATTERISTICHE POPOLAZIONE SCOLASTICA

3.2.10 - Scuola secondaria di II grado - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia e Marche

Province	Alunni	Classi	Dotazione organica	Rapporto alunni/classi
ANCONA	19.670	917	1.843	21,45
ASCOLI PICENO	18.778	846	1.757	22,2
MACERATA	13.360	620	1.307	21,55
PESARO	14.603	680	1.334	21,48
MARCHE	66.411	3.063	6.241	21,68

Fonte:Ministero dell'istruzione

La scuola secondaria di II grado accoglie un numero di ragazzi che, a livello regionale, supera le 66.000 unità; anche in questo caso il maggior numero di alunni si trova nella provincia di Ancona (19.670) e la concentrazione minore è nella provincia di Macerata (13.360); la dotazione organica di personale si distribuisce in modo analogo. Il rapporto alunni-classi, rispetto alla media regionale di 21,68, penalizza la provincia di Ascoli Piceno (unica con valore superiore alla media).

3.2.11 - Alunni e classi delle Scuole secondarie di II grado delle Marche distinte per province e tipologia di scuola

Scuole	Province	ANCONA	ASCOLI P.	MACERATA	PESARO	MARCHE
Licei classici	Alunni	2.341	2.236	1.946	1.890	8.413
	Classi	107	101	92	90	390
Licei scientifici	Alunni	4.159	3.194	2.073	3.005	12.431
	Classi	187	133	92	130	542
Istituti e scuole magistrali	Alunni	0	311	354	427	1.092
	Classi	0	14	19	20	53
Istituti tecnici	Alunni	8.220	7.404	5.145	4.354	25.123
	Classi	378	332	230	201	1.141
Istituti professionali	Alunni	4.370	4.563	3.307	3.639	15.879
	Classi	215	215	162	174	766
Istituti d'arte	Alunni	580	977	535	1.288	3.380
	Classi	30	47	25	65	167
Licei artistici	Alunni	0	93	0	0	93
	Classi	0	4	0	0	4
Totale	Alunni	19.670	18.778	13.360	14.603	66.411
	Classi	917	846	620	680	3.063

Fonte: Ministero dell'istruzione

La tipologia di Istituto scolastico superiore che accoglie un maggior numero di studenti è l'Istituto tecnico (25.123 alunni) nelle sue diverse articolazioni, mentre il livello minimo viene raggiunto dal Liceo artistico (93 alunni). La distribuzione per tipologia è sostanzialmente analoga in tutte le quattro province della regione; la domanda formativa privilegia la formazione tecnico-professionale, seguita da quella liceale (scientifica e classica) e da quella artistica.

3.3. Servizi sociali e sanitari

SERVIZI SOCIALI

3.3.01 - Servizi per minori disagiati per Ambiti Territoriali - Anno 2003

		Tipo di servizio																
		Promozione sociale					Servizi Domiciliari				Servizi Semiresidenziali			Servizi Residenziali				
		Centro Educativo- Ricreativo	Centro di Aggregazione Giovanile	Spazi per bambini e famiglie	Servizi sostegno funzioni genitoriali	Servizi Itineranti	Totale	Totale	Nido d'Infanzia	Centro per l'Infanzia	Totale	Comunità educativa	Comunità familiare per minori	Comunità alloggio per adolescenti	Casa famiglia	Centro di pronta accoglienza	Totale	Totale
Ambiti Territoriali	1	12	2		1	15	8	19	5	24	3	1				4	51	
	2	4				4	8	1		1							13	
	3	4	1			5	1	2		2							8	
	4	8	1			9	4	4	3	7				1		1	21	
	5	1	3	12		16	11	3		3							30	
	6	5	21	16	5	47	23	9	6	15	1	3	4			8	93	
	7	2	7	4		13	6	2	1	3							22	
	8	4	3		1	8	10	8	2	10		1					1	29
	9	9	9	1	1	20	15	13	1	14				1			1	50
	10	1	3	1	1	6	9	6	2	8		1					1	24
	11	9	5	4	1	19	1	11	1	12	3				3		6	38
	12	5	4			9	6	7		7		2					2	24
	13	5	1			6	6	7	1	8	1						1	21
	14	2	10		1	13	7	12	11	23								43
	15	2	10		2	1	15	7	12	11	23	2	1		1	1	5	50
	16	1	12		1	14	6	5	1	6								26
	17	3	2			5	8	4	1	5								18
	18	6	2			8	13	1		1								22
	19	8	21			2	31	6	3	1	4	1	1				2	43
	20	2	10			12			2	7	9							21
	21	4	14	2		1	21	6	2	8	10	1			1	1	3	40
	22	6	3		1	10	2	1		1		1						14
	23	7	6			1	14	4	3		3							21
	24	6	4			10			1		1							11
	Totale	88	178	44	14	6	330	167	138	62	200	13	7	3	8	5	36	733

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

La tipologia di servizi per l'infanzia e l'adolescenza definita dalla L.R. 9/03 verrà utilizzata per la raccolta dei flussi informativi da parte dell'Osservatorio Politiche Sociali della Regione. Un primo lavoro di mappatura ha utilizzato, nel 2003, la classificazione prevista dal Piano sociale regionale delle Marche. La distribuzione dei servizi sugli Ambiti territoriali è molto diversificata e poco si può dire anche per la eterogeneità dei modelli organizzativi ed operativi di unità di servizio pure classificate sotto la stessa denominazione. In prima analisi appare opportuno sottolineare come, comunque, sul territorio marchigiano la presenza di servizi per l'infanzia e l'adolescenza sia abbastanza ampia (733 unità censite) con la prevalenza dei servizi di Promozione sociale (330), seguiti da quelli Semiresidenziali (200), dai Servizi Domiciliari (167) e dai Servizi Residenziali (36).

La distribuzione per Provincia (data dagli Osservatori provinciali che hanno effettuato la rilevazione) evidenzia una concentrazione decrescente di servizi per l'infanzia e l'adolescenza dal nord al sud della regione.

La distribuzione per Zone Territoriali (ex AUSL) è molto variegata, con territori in cui si concentrano ben 115 servizi (Zona Territoriale n. 3) e altri, all'altro estremo, che ne indicano solo 24 (Zona Territoriale n. 6). L'interpretazione di questi numeri è abbastanza problematica per la difficoltà, appena evidenziata, di "leggere" le effettive tipologie di servizi all'interno di una stessa classificazione.

3.3.02 - Servizi per minori disagiati per Osservatorio provinciale e per Zone territoriali dell'ASUR (ex-ASL) - Anno 2003

		Tipo di servizio																
		Promozione sociale						Servizi Domiciliari		Servizi Semiresidenziali			Servizi Residenziali					
		Centro Educativo-Ricreativo	Centro di Aggregazione Giovanile	Spazi per bambini e famiglie	Servizi sostegno funzioni genitoriali	Servizi Itineranti	Totale	Totale	Nido d'Infanzia	Centro per l'Infanzia	Totale	Comunità educativa	Comunità familiare per minori	Comunità alloggio per adolescenti	Casa famiglia	Centro di pronta accoglienza	Totale	
Osservatorio	PU	8	59	36	5	1	109	61	40	15	55	4	1	3	5	13	238	
	AN	32	25	6	4		67	46	52	7	59	4	4		1	3	12	184
	MC	15	36		4	1	56	42	34	24	58	2	1		1	1	5	161
	AP	33	58	2	1	4	98	18	12	16	28	3	1		1	1	6	150
Zone Territoriali (ex-ASL)	1		16	2		1	19	16	20	5	25	3	1				4	64
	2	1	15	14			30	16	9	3	12				1		1	59
	3	7	28	20	5		60	29	11	7	18	1		3	4		8	115
	4	4	3		1		8	10	8	2	10		1				1	29
	5	9	9	1	1		20	15	13	1	14				1		1	50
	6	1	3	1	1		6	9	6	2	8		1				1	24
	7	19	10	4	1		34	13	25	2	27	4	2			3	9	83
	8	2	10		1		13	7	12	11	23							43
	9	3	22		3	1	29	13	17	12	29	2	1		1	1	5	76
	10	9	4				13	21	5	1	6							40
	11	10	31			2	43	6	5	8	13	1	1				2	64
	12	4	14	2		1	21	6	2	8	10	1			1	1	3	40
	13	19	13		1	1	34	6	5		5	1					1	46
Totale		88	178	44	14	6	330	167	138	62	200	13	7	3	8	5	36	733

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

SERVIZI SANITARI

La distribuzione dell'offerta ospedaliera dell'area Pediatrica e Ostetrico-ginecologica nelle Marche è caratterizzata da due dimensioni generali:

- la preponderanza, come è logico aspettarsi, dei posti letto nei reparti di Ostetricia e Ginecologia, presenti nelle strutture pubbliche di tutte le Zone territoriali della Regione (per un totale di 462 posti letto) e in tutte le strutture private (per ulteriori 89 posti letto);
- la centralità della struttura ospedaliera pediatrica di livello regionale, ad Ancona, in cui sono presenti quasi tutti i diversi 14 reparti pediatrici (tranne neonatologia), per 246 posti letto complessivi.

Per il resto i reparti dell'offerta ospedaliera dell'area Pediatrica e Ostetrico-ginecologica più presenti sul territorio regionale sono: naturalmente Pediatria (presente in 14 strutture per 399 posti letto - escludendo il Salesi), Neonatologia (in 5 strutture per 16 posti letto), Nido (in 5 strutture per 58 posti letto - senza il Salesi) e Neuropsichiatria infantile (in 2 strutture per 6 posti letto - senza il Salesi).

3.3.03 - Offerta ospedaliera dell'area Pediatrica e Ostetrico-ginecologica - Posti letto pubblici e privati

	REPARTO	ASTANTERIA	CHIRURGIA PEDIATRICA	NEFROLOGIA PED.	NEONATOLOGIA	NEUROPSICH. INFANTILE	NIDO	OCULISTICA	ONCOEMATOL. PEDIATR.	ORTOPEDIA-TRAUMAT.	OSTETRICIA-GINECOL.	OTORINOLARINGOIATRIA	PEDIATRIA	TER.INT. RIANIMAZIONE	TER.INTENS.NEONATALE	TOTALE
STRUTTURE PUBBLICHE	FANO				1	4					26		12			43
	URBINO						17				29		7			53
	NOVAFELTRIA										10					10
	FABRIANO										17		6			23
	JESI						9				40		16			65
	OSIMO										16		10			26
	SENIGALLIA					1					25		9			35
	MACERATA					5	10				30		11			56
	CAMERINO										6					6
	RECANATI										25		14			39
	SAN SEVERINO										30		8			38
	CIVITANOVA MARCHE										10		8			18
	ASCOLI PICENO					5	2	10			31		11			59
	FERMO										30		18			48
	AMANDOLA										10					10
	SANT' ELPIDIO										13					13
	SAN BENEDETTO										26		15			41
	A.O. PESARO					4		12			27		11			54
	ANCONA - SALESI	4	27	3		25	20	4	10	16	61	4	39	9	24	246
	TOTALE PUBBLICO	4	27	3	16	31	78	4	10	16	462	4	195	9	24	883
STRUTTURE PRIVATE	VILLA IGEA - ANCONA										17					17
	VILLA SERENA - JESI										20					20
	VILLALBA SRL - MACERATA										21					21
	VILLA ANNA - S.BENEDETTO										17					17
	STELLA MARIS - S.BENEDETTO										14					14
	TOTALE PRIVATO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89	0	0	0	0	89
TOTALE MARCHE	4	27	3	16	31	78	4	10	16	551	4	195	9	24	972	

Fonte: Modello HSP 2002 - Agenzia Regionale Sanitaria - Regione Marche

3.4. Situazione economica e lavoro

POVERTÀ

“L’incrocio tra l’indicatore di povertà oggettivo, costruito in base alla spesa per consumi delle famiglie con l’indicatore di tipo soggettivo, cioè il giudizio delle famiglie riguardo la propria situazione economica, evidenzia la non completa coincidenza tra i due indicatori. Tra le famiglie che in base ad un criterio oggettivo sono classificate come non povere si osserva una quota pari al 7,1% che si percepisce povera o molto povera. Al contrario, il 21,9% delle famiglie povere sulla base del criterio oggettivo si considera tale” (ISTAT - Comunicato stampa) Il livello regionale invece presenta una percentuale pari al 3,1%, di famiglie che si ritengono povere, contrariamente a quanto si valuta su base oggettiva. In generale nelle Marche la percezione soggettiva delle famiglie risulta configurarsi nel 94% dei casi in una condizione economica intermedia, superando di poco il rispettivo dato nazionale.

3.4.01 - Famiglie residenti e famiglie povere, incidenza di povertà, errore relativo e intervallo di confidenza - Anno 2002

Livello territoriale	Famiglie residenti		Famiglie povere		Incidenza di povertà		Intervallo di confidenza	
	v.a.	%	v.a.	%	%	Errore rel. %	lim.inf.	lim.sup.
Marche	549.986	2,5	26.933	1,1	4,9	12,5	3,7	6,1
Italia centrale	4.325.166	19,4	288.926	11,8	6,7	6,4	5,9	7,5
ITALIA	22.270.165	100	2.455.702	100	11	2,4	10,5	11,5

Fonte: ISTAT- Comunicato stampa su “la povertà e l’esclusione sociale”

Famiglie per povertà relativa e povertà soggettiva per regione e ripartizione geografica -Anno 2002 (valori percentuali)

Livello territoriale	Povera/molto povera*		Totale*
	Molto ricca/Ricca*	Né ricca né povera*	
Marche	1,6	94,8	3,1
Italia centrale	1,6	92,8	4,9
ITALIA	2	89,3	7,1

Fonte: ISTAT- Comunicato stampa su “la povertà e l’esclusione sociale”

... il dato non risulta significativo a motivo della scarsa numerosità campionaria.

*indicatore di povertà soggettivo

*indicatore di povertà oggettivo

OCCUPAZIONE

I dati sull’occupazione dei minorenni, nelle Marche come in Italia, non sono oggetto di conoscenza approfondita e di condivisione dei dati. Nella fascia di età tra i 15 e i 19 anni il tasso di attività e, soprattutto, il tasso di occupazione della regione Marche sono più alti di quelli nazionali.

3.4.02 - Popolazione di 15-19 anni per condizione lavorativa e regione, media 2000 (dati assoluti in migliaia)

Regioni	Forza lavoro			Non forze di lavoro	Popolazione	Tassi di		
	occupati	in cerca di occupazione	totale			attività(a)	occupazione(b)	disoccupazione(c)
Marche	11	2	13	58	71	18,3	15,7	14,6
ITALIA	334	207	542	2.555	3.096	17,5	10,8	38,3

(a) si ottiene dal rapporto, moltiplicato per 100, tra le forze di lavoro e la popolazione di riferimento

(b) si ottiene dal rapporto, moltiplicato per 100, tra gli occupati e la popolazione di riferimento

(c) si ottiene dal rapporto, moltiplicato per 100, tra le persone in cerca di occupazione e le forze di lavoro.

Fonte: ISTAT, www.minori.it

B. LE FONTI NORMATIVE DI RIFERIMENTO PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

Normativa nazionale generale

- Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- D.lvo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- D.P.C.M. del 14 febbraio 2001, con oggetto "Atto di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000
- Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005
- D.M. 24 aprile 2000 "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN per il triennio 1998 - 2000"

Normativa nazionale specifica

- Piano Nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva 2002-2004 (aprile 2003)
- Legge 20 marzo 2003 n. 77 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione Europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996"
- Legge 31 dicembre 1998, n. 476 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione per la tutela dei minori e la cooperazione in materia di adozione internazionale, fatta a L'Aja il 29 maggio 1993. Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, in tema di adozione di minori stranieri"
- Legge 3 agosto 1998, n. 269 "Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù"
- Legge 23 dicembre 1997, n. 451 "Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia"
- Legge 28 agosto 1997, n. 285 "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza"
- Legge 27 maggio 1991, n. 176 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989"
- Legge 4 maggio 1983, n. 184 "Diritto del minore ad una famiglia" (novellata dalla Legge 28 marzo 2001, n. 149)

Normativa regionale generale

- Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale"
- DCR n. 306 del 1 marzo 2000 "Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002"
- DCR n. 97 del 30 giugno 2003 "Piano Sanitario Regionale 2003/2006"

Normativa regionale specifica

- Regolamento regionale n. 10 del 2 ottobre 2003 "Requisiti e modalità per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie di cui alla legge regionale 13 maggio, n.9"
- DGR n. 869 del 17 giugno 2003 "Interventi socio-sanitari territoriali relativi all'affidamento familiare di cui alla Legge 4 maggio 1983, n. 184 e successive modifiche"
- Legge Regionale 13 maggio 2003, n. 9 "Disciplina per la realizzazione dei servizi per l'infanzia, per l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle"

famiglie e modifica della LR n.46/95: Promozione delle politiche in favore dei giovani e adolescenti”

- DGR n. 2216 del 17 dicembre 2002 “Attuazione del protocollo d’intesa tra Regione Marche e Ministero della Giustizia in materia penitenziaria e post-penitenziaria. Approvazione dell’atto di istituzione sperimentale dell’ufficio per la mediazione penale minorile delle Marche”
- Legge Regionale 6 novembre 2002, n. 20 “Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale”
- DGR n. 1896 del 29 ottobre 2002 “Linee d’indirizzo per lo sviluppo di una rete di servizi che garantisca livelli adeguati d’intervento in materia di adozione internazionale”
- Legge Regionale 15 ottobre 2002, n. 18 “Istituzione del garante per l’infanzia e l’adolescenza”
- Legge Regionale 9 gennaio 1997, n. 2 “Modifica alla Legge Regionale 12 aprile 1995, n. 46 Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti”
- Legge Regionale 12 aprile 1995, n. 46 “Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore dei giovani e degli adolescenti”
- Legge Regionale 14 marzo 1994, n. 8 “Modifiche all’articolo 1 della Legge Regionale approvata dal Consiglio Regionale nella seduta dell’8 febbraio 1994, n. 170 concernente rifinanziamento dell’articolo 50 della L.R. 5 novembre 1988, n. 43, Norme per il riordino delle funzioni di assistenza sociale di competenza dei comuni per l’organizzazione dei servizi sociali e per la gestione dei relativi interventi nella Regione”
- Legge Regionale 4 settembre 1992, n. 42 “Norme in materia di assistenza scolastica del diritto allo studio”