

PIANO SOCIALE REGIONALE 2020-2022



INDIRIZZI PRIORITARI E STRATEGIE
PER LO SVILUPPO E L'INNOVAZIONE DEL WELFARE MARCHIGIANO
E PER IL RAFFORZAMENTO DEGLI INTERVENTI
IN MATERIA DI SERVIZI SOCIALI

**Centralità del cittadino ed equità sociale
nell'ambito del processo di integrazione tra sistemi di welfare**

INDICE

INTRODUZIONE

I. LE COORDINATE DEL PIANO

II. IL QUADRO DI CONTESTO

III. I CONTENUTI DELLA PROGRAMMAZIONE

INTRODUZIONE

IL MODELLO DI WELFARE REGIONALE

Le Marche si collocano storicamente all'interno del modello con approccio "social-programmatorio"

avendo nel tempo, però, scelto di adottarne una versione più "leggera", soprattutto per quanto riguarda il ruolo della Regione

Sono **TRE** i modelli di welfare regionale in Italia:

1. **Regioni con approccio "comunitario-mercantile"**
2. **Regioni con approccio "social-programmatorio"**
3. **Regioni con scarso livello di investimento nel sociale**

→ si differenziano sotto cinque aspetti:

- ruolo attribuito agli utenti e alle loro famiglie;
- ruolo attribuito ai fornitori privati (non profit e a scopo di lucro);
- ruolo attribuito agli enti locali;
- ruolo della Regione nel sistema di welfare;
- ammontare di risorse investite negli interventi sociali:

Le Regioni appartenenti al secondo modello (l'esempio paradigmatico sono l'Emilia-Romagna e la Toscana) hanno spinto per costruire un modello centrato lungo l'asse Comuni-Regione, favorendo e supportando il ruolo dei primi dentro un'ottica di coordinamento e cooperazione e lasciando, quindi, meno spazio a forme di competizione. Dentro questo modello, la Regione assume un forte ruolo programmatorio e di indirizzo, oltre che di supporto, dell'azione Comunale.

INTRODUZIONE

IL MODELLO DI WELFARE REGIONALE

Il Piano Sociale si pone come
obiettivo strategico di fondo di
investire in un welfare territoriale pubblico
centrato su un ruolo forte di Comuni e Regione

dopo un decennio in cui la deriva verso una privatizzazione del welfare si è andata affermando in tutta Italia, in maniera più o meno esplicita o più frequentemente implicita a seguito dei vincoli di bilancio.

Un welfare territoriale pubblico, inteso però in senso plurale e partecipato con la società civile, secondo modalità di co-programmazione e co-progettazione, ma a regia prevalente pubblica, con particolare attenzione alla famiglia.

1. LO SCENARIO NORMATIVO DI RIFERIMENTO
2. L'IMPIANTO METODOLOGICO DI COSTRUZIONE E ATTUAZIONE
3. ARTICOLAZIONE E CONTENUTI

I. LE COORDINATE DEL PIANO

6

2. L'IMPIANTO METODOLOGICO DI COSTRUZIONE E ATTUAZIONE



ELEMENTI DI METODO

1. APPROCCIO SCIENTIFICO ALL'ANALISI DI CONTESTO

- *valutazione elementi di forza e criticità nella fase di applicazione del Piano precedente*
- *contributo tecnico dalle Università Marchigiane nell'analisi del modello marchigiano di welfare.*

2. PERCORSO DI COSTRUZIONE PARALLELO E INTEGRATO CON IL PIANO SOCIO-SANITARIO

- *connessione con il Piano Sanitario per indirizzo della programmazione socio-sanitaria --> raccordo tra programmazione distrettuale e di ATS*

3. PROCESSO DI PARTECIPAZIONE/CONFRONTO CON LE PARTI SOCIALI E I PORTATORI DI INTERESSE

- *Campagna di informazione, ascolto e interlocuzione sulle **Linee di costruzione del Piano***
- *Presentazione alle OOSS e presso gli ATS per AAVV e confronto sulla **BOZZA DI PIANO***

I. LE COORDINATE DEL PIANO

2. L'IMPIANTO METODOLOGICO DI COSTRUZIONE E ATTUAZIONE

PROCESSO DI PARTECIPAZIONE

Confronto su
Linee di
Costruzione

Confronto su
Bozza di Piano

Coinvolgimento
nella
stesura Schede
interventi

Coinvolgimento
nel Monitoraggio
e Valutazione

STAKEHOLDER COINVOLTI

- **AMBITI TERRITORIALI SOCIALI**
- ACUDIPA - Associazione italiana per la Cura Dipendenze Patologiche
- Alleanza Cooperative Italiane - Marche
- Alleanza Povertà Marche
- ANCI Marche
- ASSNAS - Associazione Assistenti Sociali
- CUPLA – Coordinamento Unitario dei Pensionati del Lavoro Autonomo - Marche
- CARITAS Marche
- Confcooperative Marche, LegaCoop, AGCI
- CONI Marche
- Consiglio del Volontariato
- Consulta Disabili
- Consulta famiglia
- Consulta giovani
- Consulta tra le Fondazioni delle Casse di Risparmio Marchigiane
- Coordinamento Comunità di Accoglienza per minorenni
- CREA - Coordinamento Regionale Enti Accreditati (Comunità Terapeutiche Dipendenze Patologiche)
- **DISTRETTI SANITARI**
- Federazione regionale CNCA
- Fondazione CARISAP
- Forum III Settore
- INRCA
- Ordine Assistenti Sociali Marche
- Organizzazioni Sindacali confederali e dei pensionati
- Osservatorio Regionale Associazioni Promozione Sociale
- Tavolo operativo del Forum permanente contro le molestie e la violenza di genere
- Università delle Marche

I. LE COORDINATE DEL PIANO

2. L'IMPIANTO METODOLOGICO DI COSTRUZIONE E ATTUAZIONE

ITER REGIONALE

Piano socio-sanitario

Programma zione di ATS integrata con UU.OO.SeS

Il Piano è approvato dall'Assemblea legislativa regionale su proposta della Giunta regionale

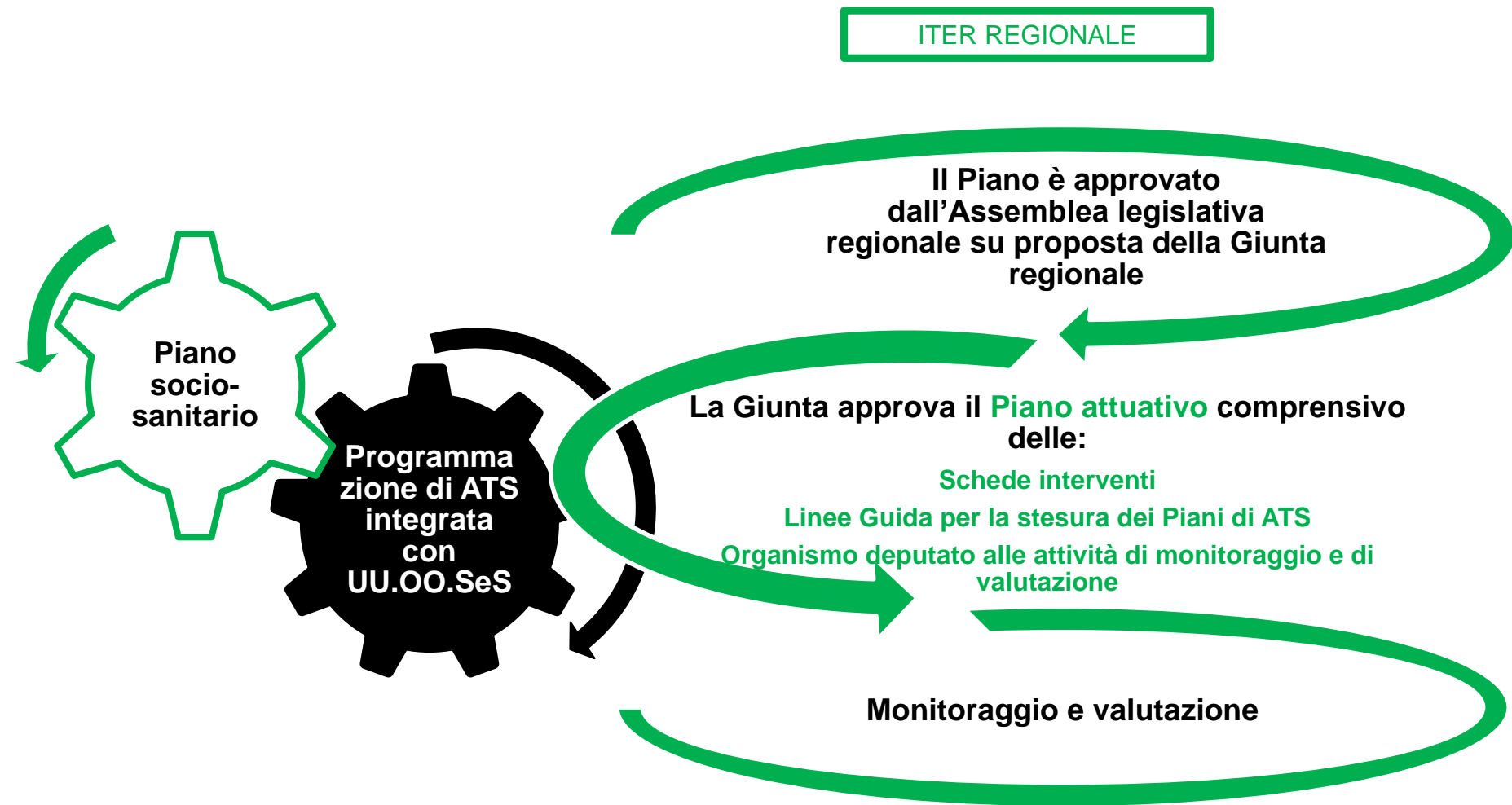
La Giunta approva il Piano attuativo comprensivo delle:

Schede interventi

Linee Guida per la stesura dei Piani di ATS

Organismo deputato alle attività di monitoraggio e di valutazione

Monitoraggio e valutazione



II. IL QUADRO DI CONTESTO

1. PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA DELLA PROGRAMMAZIONE CONCLUSA
2. IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E LE QUESTIONI SOCIALI EMERGENTI
3. IL QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE

II. IL QUADRO DI CONTESTO

1. PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DELLA PROGRAMMAZIONE CONCLUSA

	PUNTI DI FORZA	CRITICITA'
IL RUOLO E LE FUNZIONI DELL'ATS	<ul style="list-style-type: none">• RINNOVATO RICONOSCIMENTO ISTITUZIONALE DELL'ATS	<ul style="list-style-type: none">• IL LAVORO SI È SPOSTATO SU ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE GESTIONALI E INTERVENTI DI EMERGENZA A SCAPITO DELLA DIMENSIONE PROGRAMMATORIA
FINANZIAMENTO E ORGANIZZAZIONE DEGLI ATS	<ul style="list-style-type: none">• DISPONIBILITÀ FINANZIARIE TRASFERITE DALLA REGIONE AI COMUNI NOTEVOLMENTE PIÙ RILEVANTI	<ul style="list-style-type: none">• L'ASSENZA DEL "FONDO UNICO" HA GENERATO UNA GRAVE CARENZA RELATIVA AL PERSONALE STRUTTURATO DI ATS, IL CHE HA POTENZIATO UNA DEBOLEZZA ORGANIZZATIVA• I PROCESSI DI ACCORPAMENTO DEGLI ATS SEMBRANO MINACCIARE LA GIÀ PRECARIA ORGANIZZAZIONE DEGLI ATS: A UNA LORO COMPLESSIVA RIDUZIONE NON DEVE ESSERE ASSOCIATA UNA RIDUZIONE DEL PERSONALE COINVOLTO
LA PROGRAMMAZIONE E LE AZIONI IMPLEMENTATE	<ul style="list-style-type: none">• ATS SONO STATI I PROTAGONISTI DEL PROCESSO DI COSTRUZIONE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA,• IL SUPPORTO DAL LIVELLO NAZIONALE A MISURE ATTIVE DI INSERIMENTO LAVORATIVO HA PROMOSSO L'AVVIO DI PERCORSI INTEGRATI PER GLI INTERVENTI SOCIALI E PER L'OCCUPAZIONE:	<ul style="list-style-type: none">• FINANZIAMENTO TRAMITE BANDI E FONDI EUROPEI HA RESO SEMPRE PIÙ DI CORTO RAGGIO, PIÙ BUROCRATICO E FATICOSO (ORIENTATO ALLA RENDICONTAZIONE PIÙ CHE AL RISULTATO) IL RESPIRO DELLA PROGRAMMAZIONE• ASSENZA DI UNA PROGRAMMAZIONE REGIONALE SOCIALE, CON UN ACCENTO POSTO SULL'ASSENZA DI PROCESSI VALUTATIVI FINALIZZATI A EVIDENZIARE LE BUONE PRATICHE• IL PROCESSO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA SEMBRA AVER DATO IN ALCUNI CASI BUONI FRUTTI, MA MANCATO COINVOLGIMENTO DEI VERTICI ORGANIZZATIVI A LIVELLO DI EFFETTIVA PARTECIPAZIONE DEI SINDACI E DEI DIRETTORI DEI DISTRETTI

II. IL QUADRO DI CONTESTO

1. PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DELLA PROGRAMMAZIONE CONCLUSA

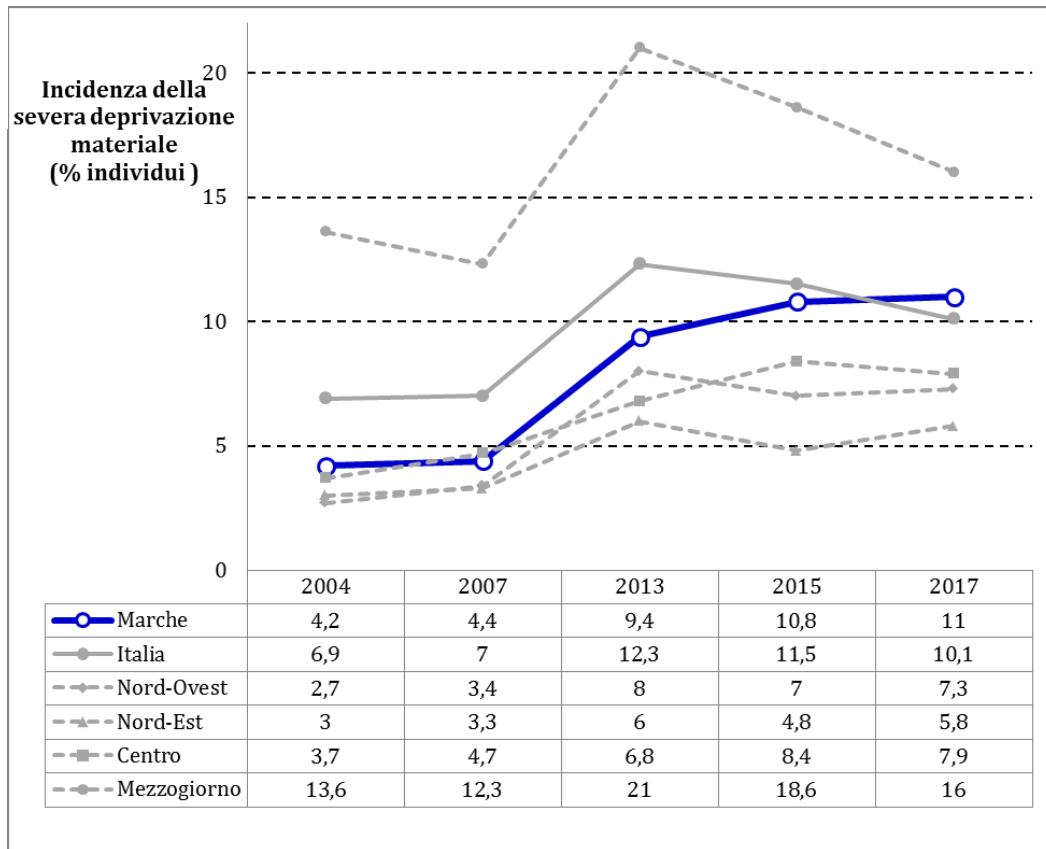
	PUNTI DI FORZA	CRITICITA'
I PROCESSI DI GOVERNANCE LOCALE E LA PARTECIPAZIONE	<ul style="list-style-type: none">• COSTANTE DIALOGO TRA REGIONE E COORDINATORI DI ATS• L'ASSETTO REGOLATIVO TERRITORIALE NEGLI ULTIMI ANNI SI È CARATTERIZZATO DA UNA ELEVATA AUTONOMIA ORGANIZZATIVA DEGLI ATS CHE HA PERMESSO LO SVILUPPO DI PROGETTAZIONI INNOVATIVE	<ul style="list-style-type: none">• LA FRAGILITÀ DEGLI ASSETTI ISTITUZIONALI, ASSOCIATA AL TAGLIO DEL FONDO UNICO, HA RADICALMENTE CAMBIATO IL SISTEMA, SCALZANDO LA PROGRAMMAZIONE PARTECIPATA• CON LA RIFORMA DELLE PROVINCE DEL 2012, È VENUTO MENO UNO SPAZIO DEPUTATO AL CONFRONTO E ALLA PROGETTAZIONE DI INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE FORTEMENTE RADICATE AI BISOGNI DEL TERRITORIO• A LIVELLO REGIONALE L'INCOMPIUTEZZA DEL PROCESSO DI COSTRUZIONE DEL QUADRO REGOLATIVO SOCIALE (LEGGE 32/2014) HA ULTERIORMENTE CONTRIBUITO A INDEBOLIRE L'ASSETTO ISTITUZIONALE SOCIALE• LO SVILUPPO DI RELAZIONI INTEGRATE TRA SOCIALE E LAVORO SEMBRA ESSERE NON PARTICOLARMENTE SOSTENUTA A LIVELLO REGIONALE.• SCARSA CHIAREZZA IN ORDINE ALLE STRATEGIE E AI PROCESSI DI INTEGRAZIONE TRA POLITICHE SOCIALI E SANITARIE NON SOLO IN TERMINI DI GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI, MA ANCHE DI PROGRAMMAZIONE INTEGRATA.
IL MONDO DEL VOLONTARIATO	<ul style="list-style-type: none">• CRESCITA NUMERICA DELLE ORGANIZZAZIONI• BUONI RAPPORTI DELLE ORGANIZZAZIONI CON IL CENTRO SERVIZI VOLONTARIATO E ALTA PERCENTUALE DI FRUIZIONE DEI SERVIZI DA ESSO EROGATI	<ul style="list-style-type: none">• PREVALENZA DI ORGANIZZAZIONI DI DIMENSIONI RIDOTTE:• RADICAMENTO->RISCHIO DI LOCALISMO-> DIFFICOLTÀ DI FARE "RETE" STABILE• PROGRESSIVO INVECCHIAMENTO DEI VOLONTARI• AUMENTO INCIDENZA DELLE RISORSE UMANE CONTRATTUALIZZATE
QUADRO DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI	<ul style="list-style-type: none">• MODELLO MARCHIGIANO DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: MANTIENE ED ESALTA LA COMPETENZA SOCIALE DEI COMUNI CON LA PROGRAMMAZIONE/GESTIONE ASSOCIATE A LIVELLO DI ATS, SENZA DELEGHE SOCIALI A SANITÀ, RAFFORZA LA DIMENSIONE DISTRETTO SANITARIO/ATS COME LUOGO PRIVILEGIATO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	<ul style="list-style-type: none">• LA «CRISI» NEL MODO DI PERSEGUIRE UNA INTEGRAZIONE TRA SOCIALE E SANITARIO DI QUALITÀ DERIVA ANCHE DAL FATTO CHE SONO I SETTORI «PIÙ DEBOLI» (ASSISTENZA TERRITORIALE) AD ESSERE PER PRIMI COLPITI DA TAGLI ECONOMICO-FINANZIARI

I. IL QUADRO DI CONTESTO

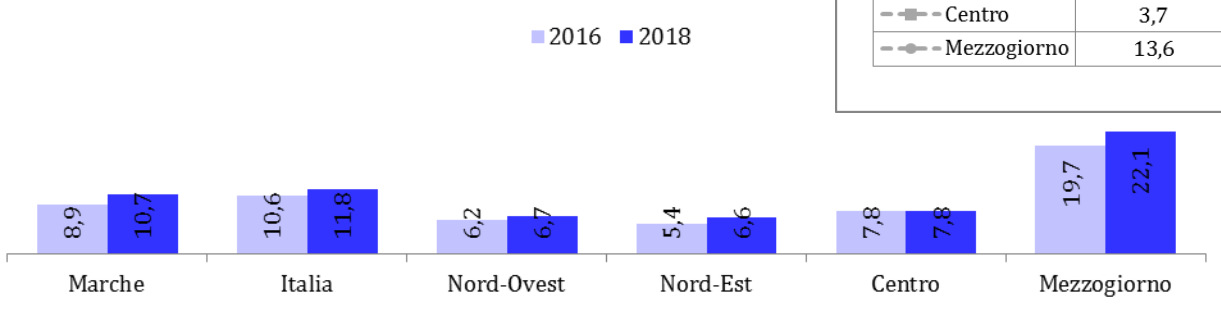
2. IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E LE QUESTIONI SOCIALI EMERGENTI

Focus: POVERTA'

Severa deprivazione materiale (% di individui)



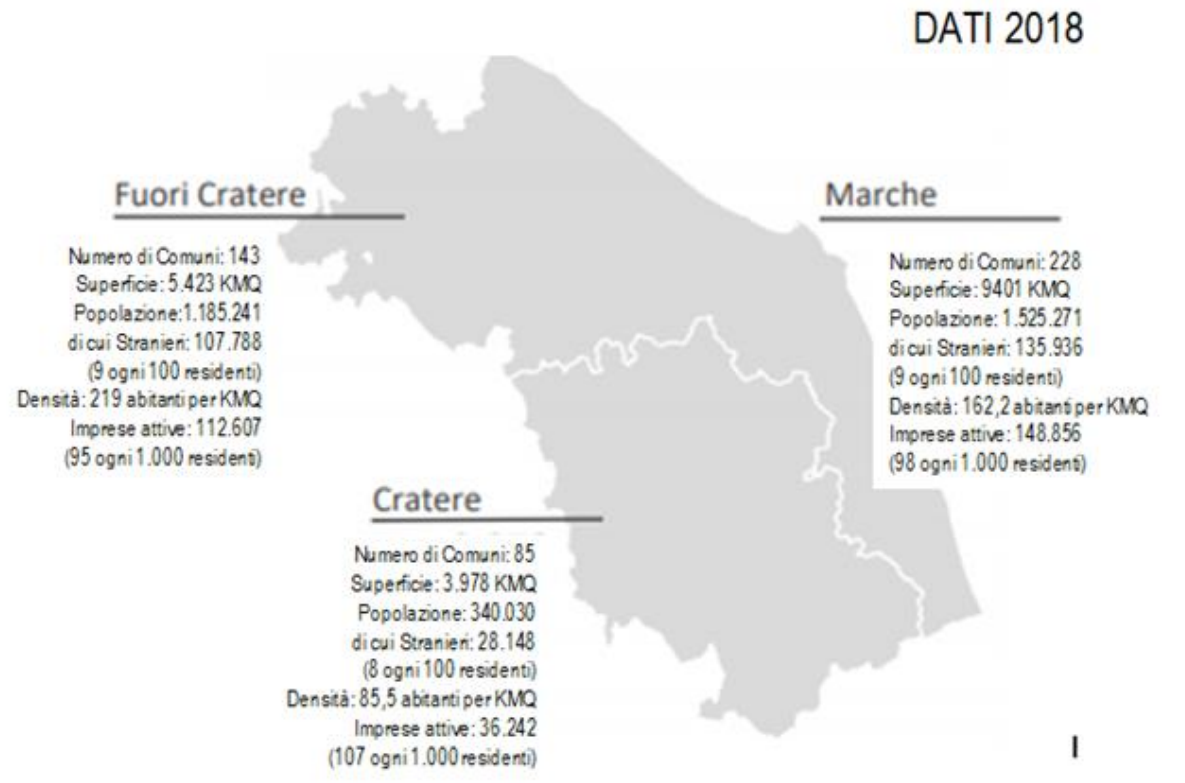
Povert  relativa (% di famiglie)



I. IL QUADRO DI CONTESTO

2. IL CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO E LE QUESTIONI SOCIALI EMERGENTI

Focus: SISMA



Per una analisi dettagliata del contesto delle aree del sisma occorre prevedere un approfondimento basato su dati raccolti ad hoc che fotografino la situazione effettiva, poco messa a fuoco dagli indicatori delle statistiche correnti. Nell'ambito degli obiettivi strategici del presente piano è stata colta questa necessità e prevista nell'agenda della strategia del supporto alla fase di riprogrammazione della rete dei servizi nelle aree colpite dal sisma (Obiettivo strategico 7).

La superficie della zona colpita, c.d. “cratere”, è di 3.978 kmq ed ha interessato 85 Comuni, il 72% dei quali con meno di 3000 residenti. Il “cratere” rappresenta il 42% del territorio regionale ed ha una bassa densità demografica (86 abitanti per kmq), con territorio composto per la maggior parte da boschi e ambienti semi naturali, per il 53% e da terreni agricoli per il 42% (dati al 2015). La popolazione residente del cratere a fine 2018 conta circa 340 mila individui, corrispondenti al 22% della popolazione marchigiana, quasi 7800 in meno rispetto al 2016. Gli individui di 65 anni e più, quasi 90 mila, rappresentano il 26% della popolazione totale del cratere. Nei territori del cratere, il tasso di crescita totale del 2018 è pari a -104 abitanti ogni 10.000 residenti, contro la media regionale di 42.

II. IL QUADRO DI CONTESTO

3. IL QUADRO DELLE RISORSE FINANZIARIE

	TARGET DI DESTINAZIONE->	FAMIGLIA E MINORI	NON AUTOSUFFICIENZE	INCLUSIONE SOCIALE	GOVERNANCE DEL SISTEMA
Risorse di provenienza statale					
1	Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS)	✓			✓
1.1	<i>Fondo Nazionale Politiche Sociali – Quota per interventi a favore di persone sottoposte a provvedimenti autorità giudiziaria</i>			✓	
2	Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNA)		✓		
3	Fondo lotta alla povertà e all'esclusione sociale – Quota servizi				
3.1	<i>Attuazione dei livelli essenziali connessi al REI/RDC (**)</i>			✓	✓
3.2	<i>Interventi e servizi per persone in povertà estrema e senza dimora (**)</i>			✓	
3.3	<i>Progetto Care Leavers (*)</i>			✓	
4	Fondo Politiche per la Famiglia	✓			
5	Fondo Progetto Nazionale Vita indipendente (*)		✓		
6	Fondo per le politiche relative ai diritti e alle pari opportunità			✓	
7	Fondo per le misure anti-tratta (**)			✓	
8	Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare - "Dopo di Noi"		✓		
9	Fondo per alunni disabili sensoriali		✓		
10	Progetto Cassa Ammende (*)			✓	
11	Fondi per progetti del Terzo Settore				✓
12	Fondi gestione Registro Unico Nazionale Terzo Settore				✓
13	Fondo Nazionale per il contrasto del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)			✓	
Risorse di provenienza regionale					
1	Fondo regionale povertà			✓	
2	Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)		✓		
3	Fondo regionale per l'invecchiamento attivo		✓		
4	Fondo servizio civile anziani		✓		
5	Fondo di solidarietà		✓	✓	
6	Fondo contrasto alle dipendenze patologiche			✓	
7	Fondo lotta al gioco d'azzardo patologico			✓	
8	Fondi per la disabilità		✓		
9	Fondi per servizi di sollievo a favore della salute mentale			✓	
10	Fondi per l'autismo (L.R. 25/2014)		✓		
11	Fondo Progetto Regionale Vita indipendente		✓		
12	Fondo Politiche di prevenzione e contrasto alla violenza di genere			✓	
13	Fondi per minori fuori famiglia (L.R.9/06)	✓			
14	Fondi per servizi integrativi ai nidi (L.R.9/06)	✓			
15	Fondo per le città amiche dei bambini	✓			
16	Fondo Banco alimentare L.R. 5/1998			✓	
17	Fondo per il funzionamento del Centro Regionale per la Mediazione dei Conflitti (CRMC)			✓	
18	Fondi per progettualità occasionali				✓
Risorse della programmazione europea 2014-2020					
1	Fondi POR FSE OT 9, OT 8 e OT 11	✓		✓	✓
2	Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI)			✓	
3	Fondi PON Inclusionione			✓	
4	Fondi PON FEAD			✓	

39 diversi fondi

III. I CONTENUTI DELLA PROGRAMMAZIONE

1. GLI OBIETTIVI STRATEGICI DI SISTEMA
2. LE DIRETTRICI TRASVERSALI DI SVILUPPO E GLI INTERVENTI DI SETTORE

III. I CONTENUTI DELLA PROGRAMMAZIONE

VINCOLI DI CONTESTO

riposizionamento
istituzionale

accentramento nel livello nazionale di molte strategie e indicazioni operative precedentemente affidate alla competenza esclusiva in capo alle Regioni in tutta la materia delle politiche sociali

sistema

ha profondamente modificato l'assetto organizzativo dei servizi sociali in un vastissimo territorio regionale compreso in tre province

nuovi LEA
assistenza
socio-sanitaria

erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e sociali nell'ambito di percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali

cambiamenti
sistema di
finanziamento

alla forte riduzione dei trasferimenti indistinti dello Stato alle Regioni negli anni scorsi ha corrisposto, nella nostra regione, un recupero dei tagli con fondi di provenienza sanitaria, fondi europei e fondi di provenienza nazionale ma fortemente finalizzati ad obiettivi indicati dal governo centrale

III. I CONTENUTI DELLA PROGRAMMAZIONE

ARTICOLAZIONE DEI CONTENUTI

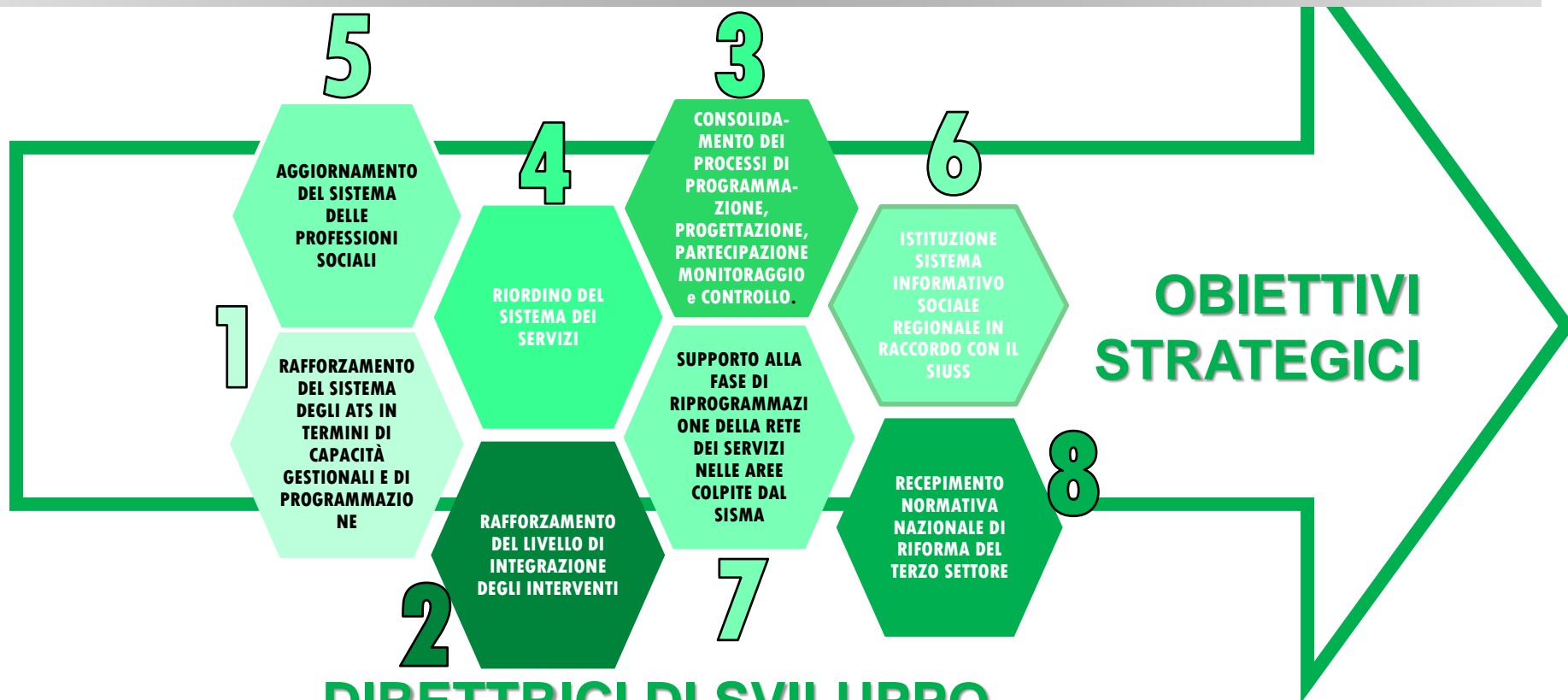
La **programmazione regionale**, dovendo agire sia sul versante del **sistema organizzativo dei servizi** che su quello delle **priorità di settore**, **viene articolata in:**

obiettivi strategici di sistema, orientati all'innovazione del sistema e al rafforzamento del livello territoriale, da raggiungere attraverso specifiche "azioni di sistema", previste da specifici riferimenti normativi e dettagliate e descritte negli output attesi

direttrici di sviluppo settoriale che, a partire da un'analisi delle criticità e dei punti di forza di specifici temi, individuano interventi da sviluppare per dare attuazione all'evoluzione di azioni e di politiche settoriali

Obiettivi strategici e direttrici di sviluppo sono strettamente connessi: il perseguimento degli obiettivi strategici consente di aggiornare e innovare il sistema in modo da creare le condizioni ottimali per lo sviluppo settoriale delineato nelle direttrici individuate.

III. I CONTENUTI DELLA PROGRAMMAZIONE



DIRETTRICI DI SVILUPPO

D1
LOTTA ALL'ESCLUSIONE SOCIALE, ALLA FRAGILITÀ E ALLA POVERTÀ

D2
PREVENZIONE E CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

D3
SOSTEGNO ALLE PERSONE IN SITUAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

D4
SOSTEGNO ALL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

D5
SOSTEGNO ALLE PERSONE CON DISABILITÀ

D6
SOSTEGNO ALLE CAPACITÀ GENITORIALI

D7
POLITICHE PER LA CASA E TEMATICHE LEGATE AL DISAGIO ABITATIVO

D8
POLITICHE SOCIALI LEGATE ALLA PROMOZIONE DELLA PRATICA SPORTIVA E MOTORIA

D9
SOSTEGNO AI GIOVANI E APPLICAZIONE DELLA RIFORMA DEL SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE

III. I CONTENUTI DELLA PROGRAMMAZIONE

1. OBIETTIVI STRATEGICI

L'impianto strategico non nasce a tavolino, ma è frutto di vari interventi conoscitivi, quali le *valutazioni fatte dalle Università marchigiane* sulle criticità e sui punti di forza della programmazione sociale regionale in corso riepilogate in premessa, gli *incontri di ascolto svolti con i vari portatori di interesse nella fase di costruzione del presente Piano Sociale* e i *confronti mensili avvenuti in questi anni con la Conferenza permanente dei Coordinatori di ATS*.

In particolare si è evidenziato come il complesso delle **25 azioni di sistema** messe in campo per perseguire gli **8 obiettivi strategici** sia caratterizzato da un'**interdipendenza** tra le stesse che permette di individuare specifiche **macro-finalità o principi ispiratori** del processo di riordino e aggiornamento del sistema di interventi e servizi sociali regionale perseguito nel Piano:

**PROGRAMMAZIONE
INTEGRAZIONE
STANDARDIZZAZIONE
REGOLAZIONE
RICOSTRUZIONE
PARTECIPAZIONE**