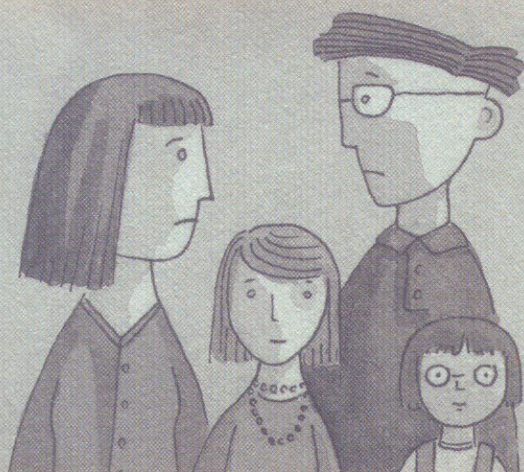


::: al servizio dell'infanzia e dell'adolescenza :::

lo sviluppo programmatico
e organizzativo del nuovo
sistema regionale



Report



quaderni di Salute Marche

**sull'infanzia e l'adolescenza
nella regione Marche**



Testo a cura dell'Assessorato alle Politiche sociali della Regione Marche.

Per la preparazione dell'atto di riordino del sistema regionale dei servizi alla persona e alla comunità per le dipendenze patologiche (da pag. 35 in poi) si ringrazia la Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, con particolare riferimento a: Adriano Baldoni, Elisabetta Benedetti, Alessandro Bruni, Francesco Cicchi, Roberto Drago, Giovanni Feliziani, Eraldo Giangiacomi, Gianni Giuli, Diego Mancinelli, Marco Nocchi, Maria Teresa Sardella.

Illustrazioni tratte da disegni di Giuliano Ferri.

Editing e realizzazione: Cooperativa sociale "Stellaria" - Montegiberto (AP)

Coordinamento editoriale: Stefano Trasatti

Impaginazione: Sabrina Lupacchini, Michela D'Alessandro

Progetto grafico: Studio Maxima (www.maxicom.it)

Stampa: Coop. Litografica COM, Capodarco di Fermo (AP)

Dicembre 2004



indice

Introduzione

pag. 5

il contesto normativa, epidemiologia, progetti

1. Contesto demografico e famigliapag. 9

- 1.1. Popolazione residente e minori
 - 1.1.1 Popolazione residente
 - 1.1.2 Natalità fecondità e mortalità
 - 1.1.3 Immigrazione ed Emigrazione
 - 1.1.4 I minorenni nella popolazione
- 1.2. Famiglia
 - 1.2.1 Matrimoni
 - 1.2.2 Separazioni e Divorzi
 - 1.2.3 Tipologie Familiari
- 1.3 Situazione economica e lavoro
 - 1.3.1 Povertà
 - 1.3.2 Occupazione minorile
- 1.4 Ambiente
 - 1.4.1 Ambiente naturale
 - 1.4.2 Contesto urbano
 - 1.4.3 Ambiente di vita

2. Salute e stili di vitapag. 46

- 2.1. Salute
 - Mortalità infantile
 - Ricoveri
 - Percezione di salute
 - Handicap
- 2.2. Comportamenti e opportunità
 - Alimentazione
 - Consumo di Farmaci
 - Copertura vaccinale
 - Consumo di tabacco
 - Incidenti stradali
 - Infortuni sul lavoro e malattie professionali
 - Opportunità: cultura, interessi e tempo libero



Associazionismo

Attività sportiva

2.3. Difficoltà e disagio

2.3.1. Abortività

2.3.2. Suicidi e tentativi di suicidio

2.3.3. Minori scomparsi

2.3.4. Adozione nazionale ed internazionale

2.3.5. Affidamenti e provvedimenti a tutela del minore

2.3.6. Tossicodipendenza

2.4. Criminalità e giustizia

2.4.1. Denunce

2.4.2. Attività Giustizia minorile

3. Contesto territoriale del sistema dell'offerta..... pag. 107

3.1. Istruzione e formazione

3.1.1. Popolazione per età e titolo di studio

3.1.2. Scuola per l'infanzia

Offerta formativa

3.1.3. Scuola per l'infanzia

Caratteristiche popolazione
scolastica

3.1.4. Scuola dell'obbligo

Offerta formativa

3.1.5. Scuola dell'obbligo

Caratteristiche popolazione
scolastica

3.1.6. Formazione superiore - Offerta formativa

3.1.7. Formazione superiore - Caratteristiche popolazione
scolastica

3.2. Servizi sociali e sanitari

3.2.1. Servizi Sociali

3.2.2. Servizi Sanitari

3.2.2.1. Servizio ospedaliero

3.2.2.2. Servizi per le tossicodipendenze

Elenco tabelle e figure pag. 129



premessa

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.

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 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.

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.

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.

introduzione

Il seguente rapporto di ricerca sulla condizione dell'infanzia e l'adolescenza nelle Marche ha l'obiettivo di rappresentare un quadro complessivo aggiornato dei principali fenomeni che coinvolgono la fascia di popolazione 0-17 anni nella nostra Regione. Il rapporto è stato redatto lungo gli assi del 1° rapporto predisposto dal Centro documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani delle Marche, (Marche, 2002), modificandolo in alcune sezioni.

Il rapporto cerca innanzitutto di delineare aspetti importanti della mappa dei bisogni socio-sanitari della popolazione minorenni, identificando una sorta di profilo della comunità giovanile della Regione, per poi analizzare lo stato dei servizi di offerta del sistema. In particolare:

- *nel primo capitolo (contesto demografico e familiare) vengono analizzati i principali indici demografici, familiari e socioeconomici che configurano lo scenario di fondo, presente e futuro, entro cui si manifestano i bisogni della popolazione giovanile;*
- *nel secondo capitolo (salute e stili di vita) viene analizzata la domanda socioeducativa e sociosanitaria partendo dalla rilevazione di condizioni di salute, comportamenti, stili di vita e manifestazioni di disagio e devianza che si ripercuotono nella configurazione dei bisogni sociali in senso ampio;*
- *nel terzo capitolo (offerta) viene descritto il sistema dell'offerta educativa sociale e sanitaria, come risposta alla configurazione dei bisogni appartenenti alla fascia di età minorenni.*

Da un punto di vista metodologico questo secondo report regionale non si è avvalso dei risultati di indagini dirette sul territorio, come il primo rapporto, ma è stato sviluppato attraverso la ricerca di dati quantitativi, resi disponibili dalle banche dati dei soggetti

istituzionali che si occupano direttamente o indirettamente della fascia di popolazione in oggetto.

Le fonti consultate sono state fondamentalmente l'ISTAT, il Ministero della Giustizia, il Ministero della Pubblica Istruzione, il Centro regionale di documentazione analisi per l'infanzia e l'adolescenza e le banche dati dell'Agenzia Sanitaria Regionale. In più sono stati reperiti dati su siti internet nazionali attinenti problematiche specifiche (es. handicap, ecc.)

È opportuno evidenziare alcuni aspetti di criticità che hanno caratterizzato questo tipo di rilevazione:

- 1. la mancata sincronia della rilevazioni dei dati disponibili: secondo le diverse fonti, l'aggiornamento attiene infatti il periodo 1998 – 2004. Si è pertanto deciso di analizzare i dati dell'ultimo anno a disposizione anche se eventualmente sfasato ad altre rilevazioni attinenti fenomeni collegati. Il progressivo riallineamento nel tempo dei dati permetterà di costruire in futuro le serie storiche dei fenomeni in oggetto¹;*
- 2. il livello analitico delle rilevazioni, che non sempre raggiunge la dimensione provinciale. Questo non ha permesso di avere sempre informazioni con un grado di disaggregazione omogeneo e dettagliato.*

1) I dati sono aggiornati sulla base delle disponibilità dei siti istituzionali a ottobre 2004.



il contesto



1. Contesto demografico e famiglia

Nella regione Marche il quadro socio demografico risulta in continuo cambiamento e i maggiori trend che interessano il nostro contesto territoriale risultano essere il progressivo invecchiamento della popolazione, il decremento della fascia di età minore rispetto al totale e la tendenziale configurazione di una popolazione multietnica, a cui si associano numerosi fenomeni sociali che impongono nuove strategie di integrazione.

La popolazione residente nella regione, al 31 dicembre 2003, è risultata essere di 1.504.827 abitanti, il 2,6% della popolazione residente in Italia. Rispetto all'anno 2002, ha subito un incremento dell' 1,4% (20.226 abitanti), che ha oscillato, a livello provinciale, in un range compreso tra l'1,8% di Pesaro Urbino e l'1,1% di Ascoli Piceno. L'incremento registrato nel 2003 non è dovuto ad una variazione positiva del saldo naturale in quanto si registra sia a livello regionale che provinciale un numero di nascite inferiore al numero di morti (-0,17% a livello regionale), ma al saldo migratorio, in cui la componente principale è costituita dal bilancio con l'estero rispetto ai movimenti interni (migrazione estera: saldo +15.294 ab., tasso 10,2 per mille; migrazione interna: saldo +5.400 ab., tasso 3,6 per mille).

Il saldo naturale negativo è il risultato del trend in decremento registrato sia del tasso di fecondità (1,11 per mille nel 2001) che dell'indice di natalità (8,6 per 1000 nel 2002) e del leggero incremento del tasso di mortalità.

La popolazione compresa nella fascia 0-17 anni (232.941 ab.) rappresenta il 15,7% della popolazione complessiva regionale: tale percentuale è in costante decremento alle rilevazioni censuarie (1981-2001) e mostra una concentrazione demografica progressivamente maggiore avvicinandoci alla fascia di età più 'adultà. A tale fenomeno si aggiunge la tendenza ad una composizione multietnica della popolazione minore (4332 minori nel 1998 con un'incidenza di 17,5 sui stranieri residenti), che riflette l'andamento dei movimenti complessivi della popolazione.

1.1 POPOLAZIONE RESIDENTE E MINORI

1.1.1 POPOLAZIONE RESIDENTE

La struttura della popolazione residente nella regione Marche, 1.504.827 ab. nel 2003 (Tabella 1.1.01) è caratterizzata, da un punto di vista di genere, da una prevalente componente femminile (51,4%; 773.104 unità) correlata alla maggiore longevità della donna all'interno del fenomeno generale del progressivo invecchiamento della popolazione. Nella popolazione compresa nella fascia 0-17 anni (232.941 ab., 15,7% del totale) si registra invece una leggera prevalenza dei maschi sulle femmine.

Tabella 1.1.1.01 - Popolazione residente al 1 Gennaio e al 31 dicembre per sesso ed età (Marche, 2003)

<i>Età</i>	<i>Totale Maschi</i>	<i>%</i>	<i>Totale Femmine</i>	<i>%</i>	<i>Maschi + Femmine</i>	<i>%</i>
<i>Totale Popolazione al 1 Gennaio</i>	721.547	100,0%	763.054	100,0%	1.484.601	100,0%
<i>0-17</i>	120.018	16,6%	112.923	14,8%	232.941	15,7%
<i>18 e più</i>	601.529	83,4%	650.131	85,2%	1.251.660	84,3%
<i>Totale Popolazione al 31 Dicembre</i>	731.723	101,4%	773.104	101,3%	1.504.827	101,4%

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

La Regione Marche è una delle regioni con la maggiore presenza di anziani, fenomeno legato alla minore mortalità tra le regioni italiane e alla conseguente maggiore attesa di vita.

Tutti gli indicatori demografici relativi alla condizione anziana sono conseguentemente superiori ai valori medi nazionali (Tabella 1.1.02): la popolazione anziana (>65 anni) rappresenta il 21.5% della popolazione generale (vs. 18.2% in Italia), si registrano 167 anziani ogni 100 giovani 0-14 anni (vs 127 in Italia) e 33 anziani ogni 100 adulti in età lavorativa, 15-64 anni (vs 27 in Italia).

Tabella 1.1.1.02 – Indici demografici popolazione anziana, Marche e Italia 2001

	Invecchiamento*	Vecchiaia**	Dipendenza strutturale anziani***
Marche 2001	21,5%	167	33
Italia 2001	18,2%	127	27

* Popolazione >65 anni / popolazione generale

** Popolazione >65 anni / popolazione 0-14 anni (x 100)

*** Popolazione >65 anni / popolazione 15-64 anni (x 100)

1.1.2 NATALITÀ, FECONDITÀ E MORTALITÀ

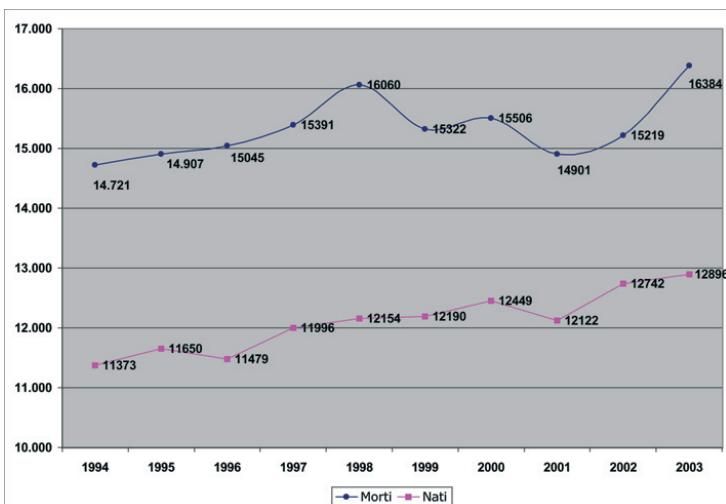
Il saldo naturale tra nati vivi e morti (Tabella 1.2.01) mostra, nel 2003, un differenziale negativo dello 0,23% (-3.488 soggetti) in linea con l'andamento demografico presente negli ultimi dieci anni (Grafico 1.2.01). Il saldo naturale è negativo in tutte le province e la provincia di Ancona è quella che contribuisce, stante la maggiore popolazione residente, in modo preponderante al saldo negativo regionale con 1156 unità –pari al 33% del saldo regionale-, rispetto alle altre province che presentano valori pari a 730 PU, 824 MC, 778 AP.

Tabella 1.1.2.01 - Bilancio demografico e popolazione residente al 1 gennaio e al 31 Dicembre – (Marche, 2003).

		Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio	N	721.547	763.054	1.484.601
	%	100%	100%	100%
Nati	N	6.615	6.281	12.896
	%	0,92%	0,82%	0,87%
Morti	N	8.167	8.217	16.384
	%	1,13%	1,08%	1,10%
Saldo Naturale	N	-1.552	-1.936	-3.488
	%	-0,22%	-0,25%	-0,23%
Popolazione al 31 Dicembre	N	731.723	773.104	1.504.827
	%	101,41%	101,32%	101,36%

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

Grafico 1.1.2.01-Nati vivi e morti negli ultimi 10 anni. Marche (1994-2003)



L'andamento del saldo naturale è evidentemente correlato ai trend relativi alla fecondità, natalità e ai tassi di mortalità generale.

Il **tasso di fecondità totale**² dal 1984 al 2001 nelle Marche ha subito un progressivo decremento (-15%) sovrapponibile a quello registrato a livello nazionale (-16,4%) (Tabella 1.2.02). Nel periodo considerato, nelle Marche, si è passati da un valore di 1,3 figli per ogni donna in età feconda a 1,11. Da notare inoltre che il dato regionale si è sempre attestato al di sotto dei valori nazionali e delle regioni del sud, è stato uniforme a quello delle regioni del centro e superiore a quelli delle regioni del nord. Nel 2001 il dato regionale è stato invece inferiore ai valori registrati in tutte le ripartizioni geografiche nazionali.

2) Tasso di fecondità totale: somma dei tassi specifici di fecondità. Fornisce il numero medio di figli in una coorte fittizia di 1.000 donne non toccate dalla mortalità, che sperimenteranno alle varie età della vita feconda i tassi specifici per età di fecondità osservati in un dato anno di calendario t.

Tabella 1.1.2.02 - Tasso di fecondità totale per donne in età feconda per regione di residenza - Anni 1984-2001 (a)

Anni	Regioni e ripartizioni				
	Marche	Nord	Centro	Sud	ITALIA
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
2001	1,11	1,20	1,16	1,34	1,25

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

(a) Gli indicatori per gli anni 1986-1998 sono stati calcolati sulla base dei dati delle schede individuali relative alle nascite registrate allo Stato Civile (modelli ISTAT D1 e D2). A seguito della legge 127/97 sulla "Semplificazione amministrativa" i modelli D1 e D2 sono stati aboliti e sono stati sostituiti a partire dal 1999 con il modello ISTAT P4 relativo alle nascite registrate all'Anagrafe.

L'andamento del **tasso di fecondità**³ (Tabella 1.2.03). nelle donne marchigiane mostra un andamento sovrapponibile a quello italiano, con valori molto inferiori nelle classi 15-19 (59% in meno di fecondità), 20-24 (-26%), 40-44 (-16%) e 25-29 (-8%) e sovrappo-

3) Tasso specifico di fecondità: rapporto tra il numero di nati vivi da donne di età x e l'ammontare della popolazione residente femminile della stessa età (per 1.000). Si considera solo la popolazione femminile in età feconda (15-49 anni).

nibili nelle altre classi di età. Le donne marchigiane, peraltro come le donne del centro Italia che mostrano valori simili ai nostri, “spostano” la natalità verso la terza decade di vita.

Tabella 1.1.2.03 – Tassi specifici di fecondità per 1000 donne per classi di età e regione di residenza-anno 2001

LIVELLO TERRITORIALE	Classi di età							Tasso grezzo	Tasso standardizzato
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Marche	4,4	26,9	68,3	83,7	41,1	7,0	0,4	35,8	34,2
Centro	4,1	25,2	65,2	83,1	44,5	8,6	0,6	36,3	34,0
ITALIA	7,0	33,9	74,1	84,0	42,9	8,1	0,4	38,7	37,0

Fonte: ISTAT - indicatori sociosanitari (regionali)

Nelle Marche l'indice di natalità si è stabilizzato negli ultimi 15 anni su valori intorno all'8,5 x 1.000 (Tabella 1.2.04). Il dato è costantemente inferiore a quello italiano anche se si nota una progressiva riduzione del differenziale, dovuto al progressivo decremento della natalità a livello nazionale.

Tabella 1.1.2.04 - Indice di natalità - Serie storica (Marche-Italia, Anni 1981-1991-2000-2002).

Indici demografici	1981		1991		2000		2002	
	Marche	Italia	Marche	Italia	Marche	Italia	Marche	Italia
Indice di natalità*	9,7	11,1	8,6	10,1	8,5	9,4	8,6	9,4

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

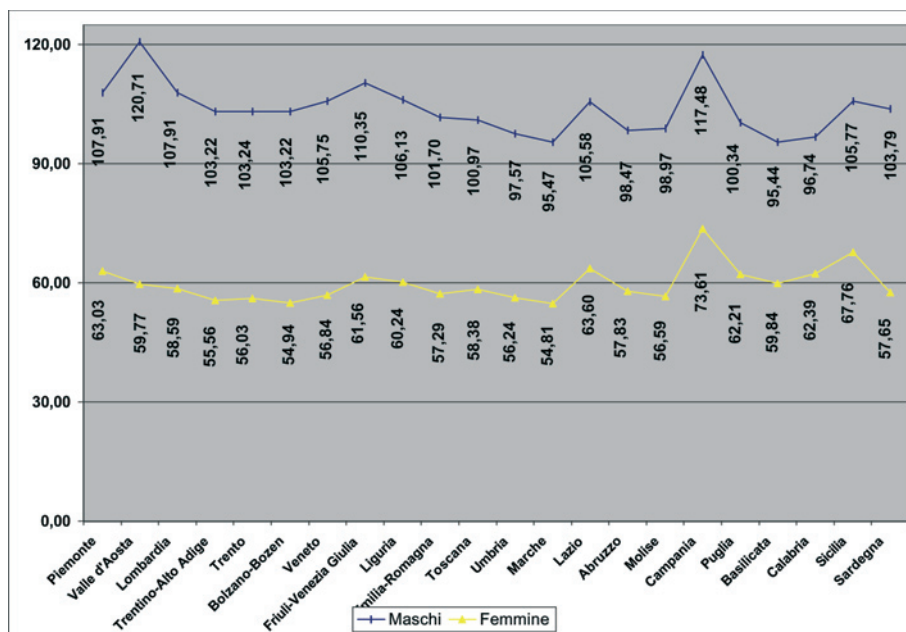
Riguardo la **mortalità generale**, il dato marchigiano confrontato con le altre regioni italiane, mostra un valore superiore alla media nazionale e confrontabile con le regioni del centro nord (range 9-12 per mille).

È evidente che il valore del tasso generale di mortalità risente del fatto che le Marche presentano una delle popolazioni più anziane tra le regioni italiane.

Infatti utilizzando per il confronto i tassi standardizzati⁴, nel 2000 (Figura 1.2.03) le Marche sono la regione a più bassa mortalità tra le donne (Marche 54,81 – Italia 61,06 per 10.000) e sono superate solo dalla Basilicata per la mortalità tra i maschi (Marche 95,47 – Italia 104,96 x 10.000). Ponendo a 1 il valore del “rischio di morte” in Italia (Figura 1.2.04) nelle Marche si è registrato nel 2000 un minor rischio di mortalità del 10% nelle donne e del 9% negli uomini.

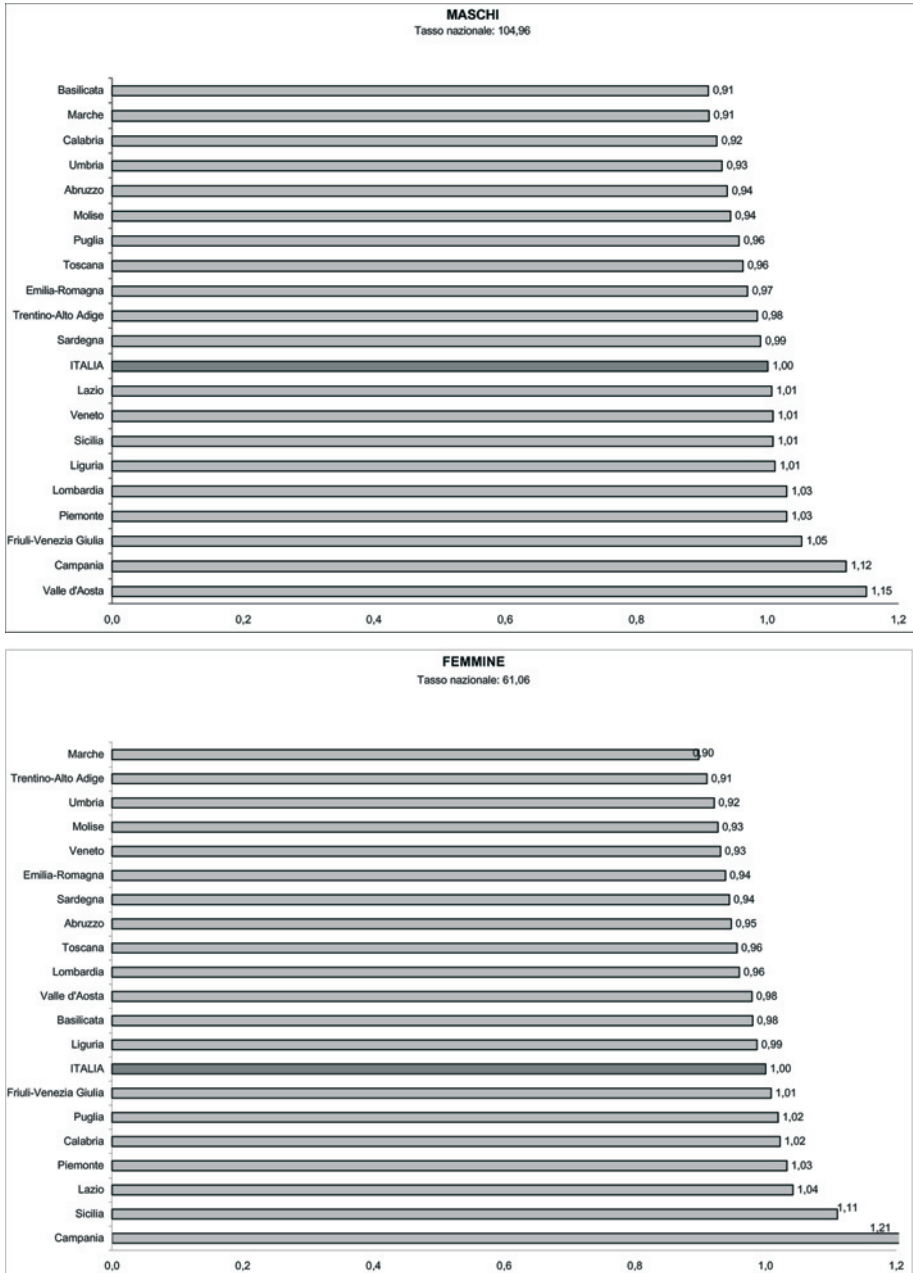
4) La tecnica di standardizzazione elimina la distorsione legata alla diversa struttura demografica delle Regioni.

Figura 1.1.2.03 - Mortalità complessiva - Tassi standardizzati di mortalità per sesso e regione di decesso. (Italia, Anno 2000) (Tassi per 10.000 abitanti)



Fonte: ISTAT-volume 'La mortalità per causa nelle regioni italiane. Anno 2000,2002'.

**Figura 1.1.2.04 – Rischio di mortalità per regione di decesso e sesso.
(Italia, Anno 2000) (Valore di riferimento: Italia = 1)**



Fonte: ISTAT-volume 'La mortalità per causa nelle regioni italiane'.

1.1.3 IMMIGRAZIONE/EMIGRAZIONE

Il movimento demografico della popolazione, relativo alle dinamiche migratorie (saldo migratorio) registrate alla anagrafe, risulta il principale motivo dell'aumento della popolazione nel 2003 (Tabella 1.3.01). Dal confronto Marche – Italia il tasso migratorio complessivo regionale è di 15,9 per mille mentre quello nazionale 10,6 per mille.

Nella Regione, il saldo positivo maggiore si ha per gli immigrati dall'estero (15.294 unità), anche se l'immigrazione interna continua ad essere importante (5.400 unità) e questo viene confermato dai relativi tassi (tasso migratorio estero 10,2 per mille, tasso migratorio interno pari al 3,6 per mille). Secondo il parere ISTAT l'incremento demografico attribuibile al saldo migratorio estero può riferirsi anche all'effetto della "sanatoria" ex L.189/2002 e L.222/2002 con il relativo aumento delle iscrizioni anagrafiche.

La tendenza è comune e sostanzialmente omogenea con riferimento ai quattro territori provinciali e complessivamente la provincia che vive maggiormente il fenomeno migratorio è Pesaro Urbino (20,1 per mille) seguita da Macerata (17,0 per mille) Ancona (14,5 per mille) e Ascoli Piceno (12,6 per mille).

**Tabella 1.1.3.01 - Bilancio demografico e popolazione residente
al 1 gennaio e 31 Dicembre (Marche, 2003)**

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° Gennaio	721.547	763.054	1.484.601
Iscritti da altri comuni	16.841	15.875	32.716
Iscritti dall'estero	7.576	8.986	16.562
Altri iscritti	3.275	2.549	5.824
Cancellati per altri comuni	13.774	13.542	27.316
Cancellati per l'estero	708	560	1.268
Altri cancellati	1.482	1.322	2.804
Saldo Migratorio	11.728	11.986	23.714
Popolazione al 31 Dicembre	731.723	773.104	1.504.827
Popolazione al 1° Gennaio	100%	100%	100%
Saldo Migratorio	1,63%	1,57%	1,60%
Popolazione al 31 Dicembre	101,41%	100,32%	101,36%

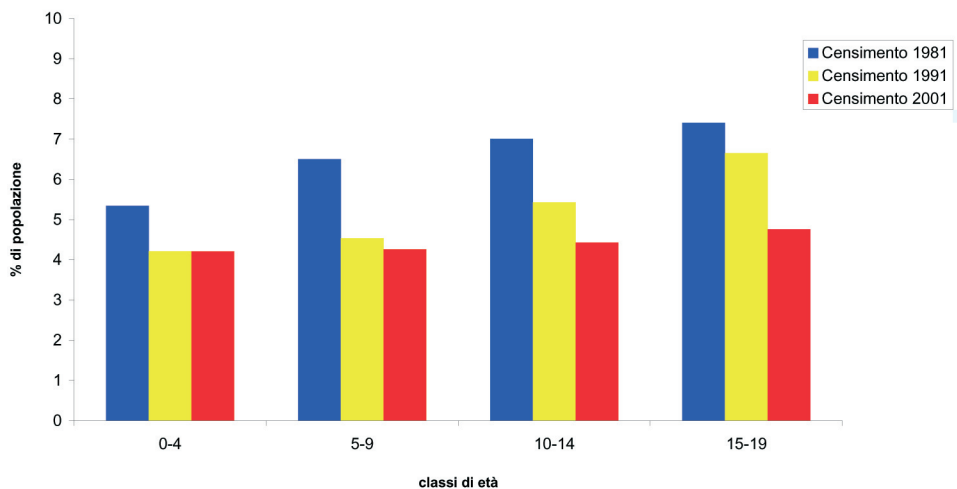
Fonte: ISTAT - banche dati (www.demo.istat.it)

1.1.4 I MINORENNI NELLA POPOLAZIONE

Rispetto ai censimenti del periodo 1981-2001, l'incidenza della popolazione da 0 a 19 anni, in tutte le classi quinquennali di età prese in esame, appare in costante decremento (Figura 1.4.01)

Figura 1.1.4.01 - Distribuzione percentuale della popolazione giovanile per classi di età. (Marche, anni 1981-1991-2001)

Marche: distribuzione % della popolazione giovanile per classi di età. Anni 1981, 1991, 2001.



Nella regione Marche, quindi, la fascia di età 0-17 anni rappresenta il 15,7% (232.941 ab.) della popolazione totale ed in particolare la parte maschile costituisce il 16.6% del totale per genere e quella femminile il 14.8% (Tabella 1.4.01)

A livello provinciale, l'incidenza della fascia di età considerata sul totale della popolazione mostra un trend nord-sud analogo nelle quattro province: dal 15.2% nella provincia di AN al 16.2% in quella di AP; l'andamento è analogo per i due sessi: nei maschi si passa dal 16.2% di AN al 17.3% di AP; nelle femmine dal 14.3% di AN al 15.2% di AP.(Figura 1.4.02)

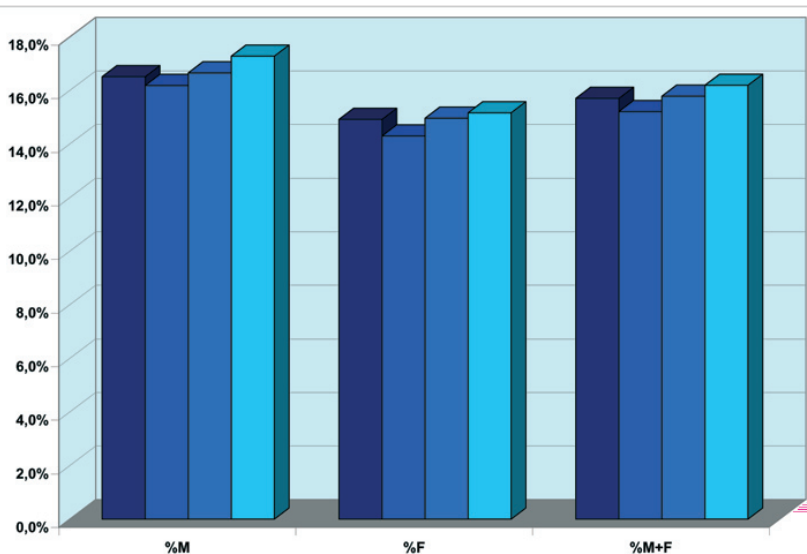
Dal confronto Marche-Italia, la fascia di popolazione 0-17 anni in Italia è pari a 9.842.726 ab. e rappresenta il 17,2% sul totale della popolazione nazionale, mostrando un incremento del +1,5% rispetto al dato regionale; inoltre la distribuzione maschi-femmine evidenzia in entrambe le situazioni una prevalenza della componente maschile, nonostante il divario di genere sia più marcato sul territorio nazionale (Marche: 1,8%, Italia: 4%).

**Tabella 1.1.4.01 - Popolazione residente per sesso ed età.
(Marche-Italia, 1 gennaio 2003)**

	Marche			Italia		
	M	F	M+F	M	F	M+F
0-17	120018	112923	232941	5054170	4788556	9842726
18 e più	16,6%	14,8%	15,7%	18,2%	16,2%	17,2%
	601529	650131	1251660	22712053	24766291	47478344
	83,4%	85,2%	84,3%	81,8%	83,8%	82,8%
Totale	721547	763054	1484601	27766223	29554847	57321070
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

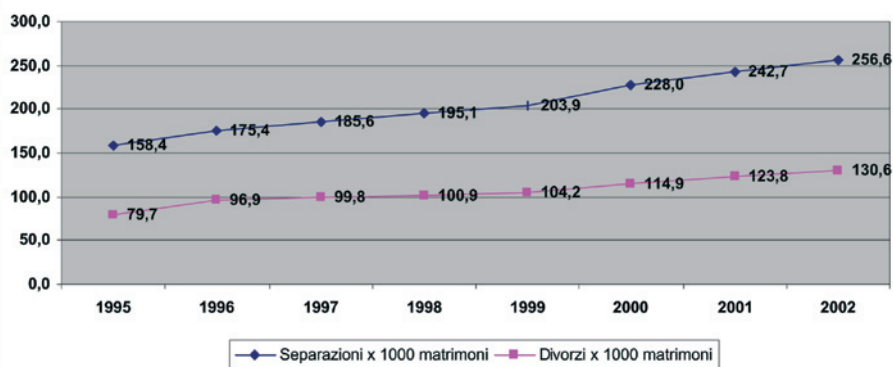
Fonte: ISTAT-www.demo.istat.it

**Figura 1.1.4.02 - Distribuzione della popolazione 0-17 anni per genere sessuale
nelle province delle Marche. (Anno 2003)**



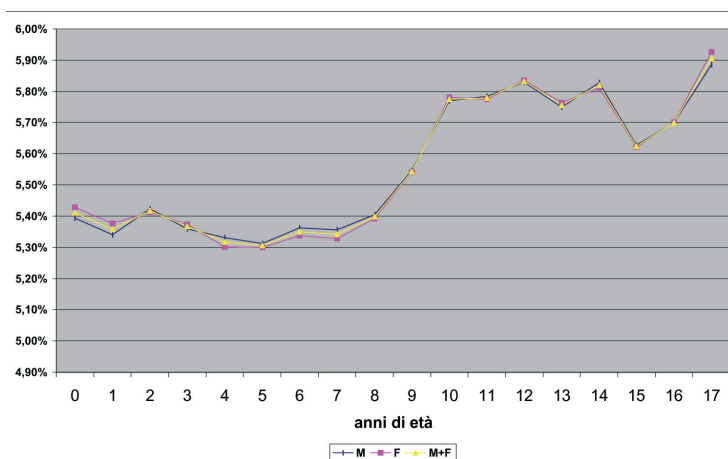
Nel 2003 (Figura 1.4.03) l'analisi effettuata sulla fascia 0-17 anni distinta su tre classi di età di sei anni ciascuna, mostra valori costantemente inferiori ai dati nazionali e con quote percentuali per ogni classe d'età leggermente crescenti con l'aumentare degli anni (incremento complessivo pari a 0,4%).

Figura 1.1.4.03 - Popolazione minorenni residente 0-17 anni, per classi di età. (Marche-Italia, Anno 2003)



Analizzando l'andamento della fascia di età minore con riferimento ad ogni anno di nascita (Figura 1.4.04) la situazione nel 2003 della regione Marche è caratterizzata da alcune tendenze di breve periodo contraddittorie, con una variazione percentuale compresa nel *range* tra il 5,31% (età 5 anni) e il 5,91% (età 17 anni): le quote percentuali diminuiscono con l'età, con picchi crescenti a 17 anni, 14 anni e 12 anni; le quote ricominciano, leggermente, a crescere per gli anni inferiori a 4. Andamento analogo si riscontra in entrambi i sessi.

Figura 1.1.4.04 - Distribuzione percentuale per genere sessuale e classi di età sul totale popolazione 0-17 anni (Marche, 2003)



In riferimento ai minori stranieri (Tabella 1.4.02), le quote del numero di cittadini stranieri minorenni residenti nelle Marche risultano comprese tra 21,01% (pari a 910 residenti) di AP e 31,95% (pari a 1.384 residenti) di AN. L'incidenza percentuale dei residenti stranieri minorenni sul totale dei residenti stranieri nella regione, supera il valore nazionale (15,1%) di 2,4 punti percentuali e presenta un *range* tra il 15,0% della provincia di Macerata e il 19,5% della provincia di Ancona.

Tabella 1.1.4.02 - 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
<i>Pesaro e Urbino</i>	515 22,73%	497 24,06%	1.012 23,36%	17,9
<i>Ancona</i>	722 31,86%	662 32,04%	1.384 31,95%	19,5
<i>Macerata</i>	544 24,01%	482 23,33%	1.026 23,68%	15,0
<i>Ascoli Piceno</i>	485 21,40%	425 20,57%	910 21,01%	17,8
<i>Marche</i>	2.266 100%	2.066 100%	4.332 100%	17,5
<i>Centro</i>	21.014	19.419	40.433	13,6
<i>ITALIA</i>	78.335	71.745	150.080	15,1

Fonte: ISTAT- Flussi migratori e popolazione straniera

1.2. Famiglia

5) I più recenti dati ISTAT, relativi alla media degli anni 2002-2003, sono riferibili al rapporto 'Statistiche in breve-Famiglia e società' tratto dall'indagine 'Aspetti della vita quotidiana'. L'indagine in attesa dell'utilizzo dei dati del 14° censimento fornisce, in data 27 ottobre 2004, il suddetto elaborato, precisando la provvisorietà dei dati. In particolare questa recente indagine permette di descrivere i seguenti trend generali:

- aumento del numero delle famiglie italiane (oltre 22 milioni) e contrazione delle dimensioni familiari che giungono ad essere pari a 2,6 componenti medi
- crescita dei single che nel 2002-2003 risultano 25,4% di famiglie unipersonali pari a 5 milioni 624 mila individui. Soprattutto nel Nord (28,1%) e Centro (27,6%) ove la struttura della popolazione rileva un maggior tasso di vecchiaia
- crescita delle nuove tipologie familiari: convivenze more uxorio non sancite dal vincolo matrimoniale (564 mila) e famiglie ricostituite ove almeno uno dei partner viene dalla rottura di una precedente unione coniugale (697 mila famiglie ricostituite di coppie conviventi o sposate).

L'istituzione famiglia continua a vivere periodi di evoluzione e cambiamento che permettono di fare considerazioni sul suo continuo divenire da un punto di vista strutturale e relazionale-affettivo.

In Italia i dati ISTAT⁵ riferiti alla media degli anni 2001-2002 permettono di descrivere i seguenti trend generali:

- aumento del numero delle famiglie italiane e contrazione delle dimensioni familiari che giungono ad essere pari a 2,6 componenti medi

- crescita dei single che nel 2001-2002 risultano 24,8% di famiglie unipersonali soprattutto ove la struttura della popolazione rileva un maggior tasso di vecchiaia.

Nella Regione, dai dati che seguono si può osservare innanzitutto il coinvolgimento di circa la metà della popolazione marchigiana nell'assunzione dello status coniugale e la fascia di età che in prevalenza risulta coniugata appartiene alla classe 35-44 anni. Il rito con cui ci si avvicina al matrimonio risulta in prevalenza religioso (79%) piuttosto che civile e complessivamente il tasso di nuzialità si avvicina al 5 per mille.

Gli eventi che stanno interessando la struttura familiare in questi anni, riguardano varie grandi tematiche tra cui la relazione di coppia, la nascita dei figli, la configurazione del nucleo familiare 'allargato' e grandi eventi di crisi e rottura coniugale che comportano ridefinizioni delle relazioni affettive e nuove strategie di gestione dei conflitti.

Su questo ultimo aspetto gli eventi di crisi coniugale stanno subendo in Italia un trend in crescita e le Marche mostrano dati superiori alla media nazionale (ogni 100 matrimoni si registrano 25,9 separazioni e 12,5 divorzi). I tassi delle domande di divorzio (2,4 per mille coppie coniugate) si confrontano con le separazioni (4,6 per mille coppie coniugate) in un rapporto di 1 a 2 nell'anno 2002. Un dato interessante riguarda la netta prevalenza, sia nelle separazioni che nei divorzi, del percorso consensuale rispetto a quello giudiziale. La fascia di età che maggiormente interessa mogli e mariti in crisi di coppia, è compresa in un range di età di 37-41 anni e la presenza di figli in minore età si riscontra nel 53,7% dei casi di separazione e nel 38,7% dei casi di divorzio.

Al di là di questi fenomeni di crisi, la struttura familiare più diffusa all'interno del nostro contesto sociale risulta quella nucleare -con un numero medio di componenti pari a 2,6- e la tendenza generale nei confronti dei nuovi nati è la costituzione di famiglie con uno

(49,4%) o due (42,7) figli. Per quanto riguarda altre tipologie di strutture familiari, indubbiamente la famiglia allargata costituita da più nuclei, risulta relativamente poco presente rispetto ad altre ma ancora mediamente superiore al dato nazionale; mentre i nuclei monogenitoriali, la cui presenza è influenzata dai fenomeni di crisi coniugale prima descritti e dai fenomeni di invecchiamento della popolazione, presentano una caratterizzazione prevalentemente femminile.

1.2.1 MATRIMONI

Nella regione Marche, al 2003, la quota di individui che hanno contratto matrimonio risultano essere il 53% della popolazione complessiva (Tabella 1.2.1.01) e questo valore percentuale è analogo in tutte le quattro province.

Il rapporto tra donne e uomini coniugati è a favore delle prime fino ai 54 anni, con un progressivo decremento del rapporto (da 4 a 1 per la fascia dai 18 ai 24 anni a 1,1 nelle fasce 35-44 e 45-54); questo rapporto si inverte nelle classi di età successive fino ad arrivare a 1,8 a 1 a favore dei maschi al di sopra dei 75 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.

**Tabella 1.2.1.01 - Popolazione coniugata per età e sesso
(Marche, 1 gennaio 2003).**

<i>Età</i>	<i>0-17</i>	<i>18-24</i>	<i>25-34</i>	<i>35-44</i>	<i>45-54</i>	<i>55-64</i>	<i>65-74</i>	<i>75 e più</i>	<i>TOTALE</i>
<i>Coniugati</i>	23	1.022	35.451	85.002	83.011	75.621	67.051	45.590	392.771
<i>Coniugate</i>	17	4.132	56.176	91.738	85.204	74.358	55.529	25.342	392.496

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

I dati relativi agli eventi matrimoniali (tabella 1.2.1.02) mostrano che nel biennio 2000-2001 il tasso di nuzialità è leggermente inferiore a quello nazionale e dell'Italia centrale, seguendo comunque lo stesso trend di decremento.

**Tabella 1.2.1.02-Matrimoni per regione di residenza
(Marche,Anni 2000-2001)**

Regioni e ripartizioni territoriali	2000		2001	
	Matrimoni	Tassi per 1000 ab.	Matrimoni	Tassi per 1000 ab.
Marche	6.599	4,50	6.255	4,25
Centro Italia	52.272	4,70	48.349	4,43
Italia	284.410	4,9	264.026	4,63

Fonte: ISTAT-Indicatori sociosanitari (regionali)

6) Il commento si riferisce all'anno 2000, per permettere confronti con le tabelle relative ai successivi paragrafi 1.2.1 e 1.2.2

Nel 2000⁶ sono celebrati 6.599 matrimoni (tabella 1.2.1.03). Il tasso di nuzialità è stato del 4,5 per mille con un *range* ricompreso tra 4,3 di AN e 4,8 di MC. Come è già ricordato, i matrimoni religiosi prevalgono su quelli civili, con una percentuale regionale del 79%: la provincia di AP registra la maggiore frequenza di riti religiosi (83%). Nei capoluoghi si registrano le maggiori percentuali di riti civili con un massimo in AN (32%) e un minimo in AP (14%).

**Tabella 1.2.1.03 - Matrimoni per tipo di comune e rito
(Marche,Anno 2000)**

Livello territoriale	Capoluoghi			Altri comuni			Province			Tasso per 1000
	Religiosi	Civili	Totale	Religiosi	Civili	Totale	Religiosi	Civili	Totale	
Pesaro e Urbino	316 74%	111 26%	427 100%	912 78%	263 22%	1.175 100%	1.228 77%	374 23%	1.602 100%	4,6
Ancona	316 68%	147 32%	463 100%	1.152 80%	297 20%	1.449 100%	1.468 77%	444 23%	1.912 100%	4,3
Macerata	115 70%	49 30%	164 100%	1.036 80%	254 20%	1.290 100%	1.151 79%	303 21%	1.454 100%	4,8
Ascoli Piceno	246 86%	41 14%	287 100%	1.105 82%	239 18%	1.344 100%	1.351 83%	280 17%	1.631 100%	4,4
Marche	993 74%	348 26%	1.341 100%	4.205 80%	1.053 20%	5.258 100%	5.198 79%	1.401 21%	6.599 100%	4,5
ITALIA	54.622	28.341	82.963	159.633	41.814	201.447	214.255	70.155	284.410	4,9

Fonte:ISTAT-volume 'Matrimoni separazioni e divorzi'

Alcuni indicatori sintetici regionali (tabella 1.2.1.04) permettono di avere informazioni riferite all'anno 2000, che consentono di rilevare aspetti relativi al:

- regime di comunione dei beni rilevabile nel 32,6% dei matrimoni;
- presenza di matrimoni misti/coppie straniere, (presenza di almeno uno straniero) che si individua nel 9,1% dei casi, superando il dato nazionale;
- l'età media al 1° matrimonio che risulta più elevata per l'uomo (31,7) rispetto alla donna (28,7);
- la percentuale della popolazione risposata a seguito di vedovanza o divorzio, che risulta una componente del 5,5% per gli uomini e 4,6% per le donne.

Tabella 1.2.1.04 - Indicatori sintetici per caratteristiche dei matrimoni (Marche, Anno 2000).

		Marche	Italia centrale	Italia
Regime di comunione dei beni (%)		32,6	46	49,9
Matrimoni con almeno uno straniero (%)		9,1	11	7
Età media al 1° matrimonio	M	31,7	31,6	30,9
	F	28,7	29,1	28,1
Sposi al 2° matrimonio o successivi (%) (a)	M	5,5	8,3	6,8
	F	4,6	6,6	5,4

Fonte: ISTAT-volume 'Matrimoni separazioni e divorzi'

(a) Matrimoni di vedovi/e e divorziati/e sul totale.

La maggior concentrazione di eventi matrimoniali appartiene alla classe di età 25-34 anni per entrambi i sessi (tabella 1.2.1.05) seguono per le donne la classe 20-24anni mentre per gli uomini quella 25-39 anni. Non si rilevano matrimoni tra soggetti minorenni.

Tabella 1.2.1.05 - Matrimoni per classe di età della sposa e dello sposo (Marche, Anno 2000).

CLASSI DI ETÀ DELLO SPOSO	CLASSI DI ETÀ DELLA SPOSA												Totale
	16	17	18-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60 e più	
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18-19	-	11	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	20
20-24	-	3	51	222	81	10	2	3	-	1	-	1	374
25-29	-	1	32	649	1255	209	29	1	-	3	1	1	2.181
30-34	-	-	6	232	1.341	749	98	10	2	-	-	1	2.439
35-39	-	-	4	54	250	390	175	27	5	2	-	-	907
40-44	-	-	-	18	52	113	96	39	3	2	1	-	324
45-49	-	-	2	4	12	29	39	28	10	2	3	-	129
50-54	-	-	-	-	12	12	19	19	20	11	1	-	94
55-59	-	-	-	-	3	4	4	18	5	8	4	1	47
60 e più	-	-	-	3	7	4	1	9	14	16	12	18	84
Totale	-	4	106	1.189	3.015	1.520	463	154	59	45	22	22	6.599

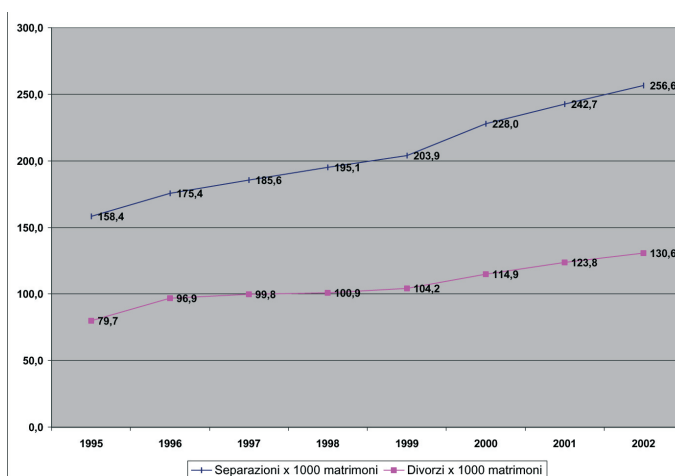
Fonte: ISTAT-volume 'Matrimoni separazioni e divorzi'

7) Per una corretta interpretazione del fenomeno è importante precisare che gli indicatori relativi a separazioni e divorzi utilizzati dall'Istat sono costruiti su denominatori diversi:
a. Matrimoni nell'anno
b. Coppie coniugate
c. Popolazione dei soggetti coniugati

1.2.2 SEPARAZIONI E DIVORZI⁶

Il fenomeno delle separazioni e divorzi sta interessando sempre più il nostro Paese, che mostra tassi in progressiva crescita dal 1995 al 2002 (Figura 1.2.2.01). I trend in crescita si stanno sviluppando parallelamente ma con maggior incremento nelle separazioni (+62%) rispetto ai divorzi (+39%).

Figura 1.2.2.01 - Indici di separazione e divorzio (Italia, 1995-2002).



Fonte: ISTAT-Statistiche in breve 'separazioni, divorzi e affidamento dei minori'

Nel 2000 nelle Marche, a fronte di 6.599 matrimoni, si sono registrati 1709 separazioni e 826 divorzi: l'indice di separazione (separazioni x1000/matrimoni) è stato di 258,9 e quello di divorzio (divorzi x1000/matrimoni) del 125,2 superiori del 13,6% e dell'8,9% rispetto ai valori nazionali del 2000.

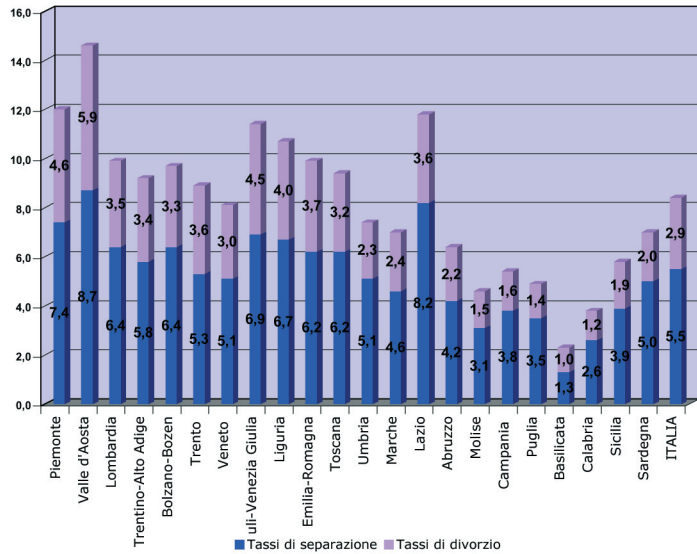
Se si utilizzano i tassi di separazione e divorzio per 1000 coppie coniugate (Tabella 1.2.2.01), le Marche registrano valori (tassi di separazione 4,6, tassi divorzio 2,4) leggermente al di sotto della media nazionale e i valori mantengono lo stesso rapporto, rispettivamente di 2 a 1, riscontrabile anche nella serie storica nazionale prima descritta.

Tabella 1.2.2.01 - Tassi di separazione e divorzio per 1.000 coppie coniugate al 31.12.2001. (Marche, Anno 2002).

<i>REGIONI (a)</i>	<i>Tassi di separazione</i>	<i>Tassi di divorzio</i>
<i>Marche</i>	4,6	2,4
<i>Centro</i>	6,8	3,2
<i>Italia</i>	5,5	2,9

(a) Regioni e ripartizioni nelle quali i tribunali hanno emesso i provvedimenti di separazione e divorzio
Fonte: ISTAT-Statistiche in breve 'separazioni, divorzi e affidamento dei minori'

Osservando la distribuzione territoriale dei tassi di separazione e divorzio (Figura 1.2.2.02), si nota che le Regioni che si discostano maggiormente dal dato nazionale sono: la Valle d'Aosta con il valore massimo (tasso di divorzio pari a 5,9; tasso di separazione pari a 8,7) e la Basilicata con il valore minimo (tasso di divorzio pari a 1,0; tasso di separazione pari a 1,3). L'area che nel 2002 ha avvertito meno la diffusione di queste problematiche riguarda il Sud dell'Italia.

Figura 1.2.2.02 - Tassi di separazione e divorzio per regione.(Italia,Anno 2002)

Relativamente alle separazioni, il rito consensuale (212,4 per 100.000) risulta il percorso maggiormente seguito, rispetto a quella giudiziale (89,8 per 100.000). E nel 53,7% dei casi di separazione vengono coinvolti figli minori, che nella maggioranza (83,7%) delle situazioni vengono affidati alla madre. (Tabella 1.2.2.02)

Tabella 1.2.2.02- Indicatori relativi alle separazioni per regione. Anno 2001

Indicatori	Marche	Italia
N. domande di sep. consensuale per 100.000 coniugati	212,4	233,7
N. domande di sep. giudiziale per 100.000 coniugati	89,8	122,7
Separazioni con figli nati dall'unione (%) ^(a)	71	68,6
Separazioni con figli minori (%) ^(b)	53,7	52,1
Durata media della convivenza matrimoniale (anni)	13	13
Minori affidati per 1.000 minori	5,6	5,7
Minori affidati esclusivamente alla madre (%)	83,7	85,6
Minori affidati esclusivamente al padre (%)	5,1	4,5

Fonte: ISTAT-Sistema informativo territoriale sulla giustizia

(a) valore assoluto delle separazioni con figli nati dall'unione, pari a 1237.

(b) valore assoluto delle separazioni con figli minori, pari a 936.

Come nelle separazioni anche per il divorzio, il percorso consensuale prevale su quello giudiziale, con un rapporto di 1 a 2. (Tabella 1.2.2.03)

Facendo un confronto con le separazioni, i figli minori coinvolti nei casi di divorzio (38,7%) sono in percentuale inferiore, e gli stessi tendono ad essere affidati alla madre in percentuale ancora maggiore (91,2%) nel proscioglimento definitivo del legame matrimoniale della coppia.

Tabella 1.2.2.03 - Indicatori relativi ai divorzi per regione. (Marche, Anno 2001)

<i>Indicatori</i>	<i>Marche</i>	<i>Italia</i>
<i>N. domande di div. consensuale per 100.000 coniugati</i>	90,2	110,4
<i>N. domande di div. giudiziale per 100.000 coniugati</i>	45,8	63,9
<i>Divorzi con figli nati dall'unione (%)</i>	61,3	60,1
<i>Divorzi con figli minori (%)</i>	38,7	36,6
<i>Durata media del matrimonio (anni)</i>	17	17
<i>Minori affidati per 1.000 minori</i>	1,7	1,8
<i>Minori affidati esclusivamente alla madre (%)</i>	91,2	82,7
<i>Minori affidati esclusivamente al padre (%)</i>	4,7	6,4

Fonte: ISTAT-Sistema informativo territoriale sulla giustizia

Per quanto riguarda l'anno 2002 dal confronto dei percorsi seguiti negli iter di separazione e divorzio emerge (Tabella 1.2.2.04 e Tabella 1.2.2.05):

- nei divorzi la modalità prevalente di chiusura della causa prevede la cessazione degli effetti civili (rito religioso).
- nelle separazioni continuano a prevalere percorsi consensuali con una percentuale sul totale pari a 83% (in Italia, 87%)

Tabella 1.2.2.04 - Procedimenti di divorzio per modalità di esaurimento della causa e numero dei figli affidati (Marche, Anno 2002)

<i>REGIONI (a)</i>	<i>Scioglimento del matrimonio (rito civile)</i>	<i>Cessazione degli effetti civili (rito religioso)</i>	<i>Totale</i>	<i>N. figli affidati</i>
<i>Marche</i>	161	796	957	452
<i>Italia</i>	8.023	33.812	41.835	19.356

(a) Regioni nelle quali i tribunali hanno emesso i provvedimenti di divorzio

Fonte: ISTAT-Statistiche in breve 'separazioni, divorzi e affidamento dei minori'

Tabella 1.2.2.05 - Procedimenti di separazione personale dei coniugi per rito di chiusura della causa e numero dei figli affidati. (Marche, Anno 2002).

<i>REGIONI (a)</i>	<i>Consensuali</i>	<i>Giudiziali</i>	<i>Totale</i>	<i>N. figli affidati</i>
<i>Marche</i>	1.493	312	1.805	1.342
<i>Italia</i>	69.076	10.566	79.642	59.480

(a) Regioni nelle quali i tribunali hanno emesso il provvedimento di separazione dei coniugi.

Fonte: ISTAT-Statistiche in breve 'separazioni, divorzi e affidamento dei minori'

Un fattore che influenza la condizione di vita a seguito di eventi di crisi coniugale riguarda la posizione professionale e occupazionale dei coniugi. Le separazioni coinvolgono soprattutto coppie di 'operai o assimilati' (229) e coppie di 'impiegati o intermedi' (211) ed in generale coppie di analoga posizione professionale (Tabella 1.2.2.06).

Rispetto al ruolo della donna, nell'83,7% dei casi essa ottiene l'affidamento dei figli, ma allo stesso tempo ha anche maggiori rischi di non possedere un reddito autonomo e dalla tabella seguente si presentano situazioni in cui :

-la donna ha un'occupazione. In particolare donne 'impiegate o intermedi' (534) e 'operaie e assimilate' (441) vivono il maggior numero di eventi di separazione

-la donna non ha un'occupazione; in questo caso le separazioni avvengono in prevalenza da mariti con condizione professionale di 'operai o assimilati' (87), 'impiegati o intermedi' (71) e 'imprenditori o libero professionisti' (64).

Tabella 1.2.2.06 - Separazioni personali per regione, condizione professionale e posizione nella professione dei coniugi.-Marche.Anno 2000.

Condizione professionale e posizione nella professione del marito	Condizione professionale e posizione nella professione della moglie								Condizione non profession.	Totale
	Occupate									
	Imprenditrici o libere professioniste	Lavoratrici in proprio o coadiuvanti	Altro autonomo	Dirigenti o direttive	Impiegate o intermedie	Operai o assimilate	Altro dipendente	Totale occupate		
Imprenditori o liberi professionisti	38	19	8	9	83	36	6	199	64	263
Lavoratori in proprio o coadiuvanti	8	49	3	2	79	71	4	216	49	265
Altro autonomo	6	2	10	-	3	10	4	35	10	45
Dirigenti o direttivi	7	5	-	15	22	4	1	54	19	73
Impiegati o intermedi	19	27	7	8	211	70	10	352	71	423
Operai o assimilate	17	32	10	6	108	229	15	417	87	504
Altro dipendente	1	1	1	-	4	2	4	13	4	17
Occupati e disoccup.	96	135	39	40	510	422	44	1.286	304	1.590
Condiz. non professionale	5	2	2	2	22	19	2	54	65	119
Totale generale	101	137	41	42	532	441	46	1.340	369	1.709

Connessa alla separazione è la problematica dell'affidamento dei figli; il tasso di affidamento (72,5 nel 2000), leggermente più basso del 1998 (75,5), evidenzia una percentuale elevata di coppie separate con presenza di figli. (Tabella 1.2.2.07). Questa ultima informazione è coerente con quella dell'età media della separazione, che aggirandosi attorno ai 40 anni di età, mostra la presenza di coppie mature con nuclei familiari costituiti.

L'età media al divorzio e alla separazione nelle Marche mostra valori simili al dato nazionale (Tabella 1.2.2.08). Non si notano par-

ticolari variazioni nelle diverse province: il *range* di età, per gli uomini è 41-42 a.a. (separazioni) e 43-44 a.a. (divorzi), per le donne 37-39 a.a. (separazioni) e 39-41 a.a. (divorzi). La variazione di età che intercorre tra separazioni e divorzi, è di circa 2,4 anni (nel 1998 tale valore era pari a 3,2 anni).

Tabella 1.2.2.07 - Figli affidati a causa di separazione, per provincia. (Marche, Anno 1998-2000).

Livelli territoriali	Figli affidati a causa di separazione per 100 separazioni. (a)		Figli affidati a causa di separazione per 100 abitanti di 0-17 anni (b)
	1998*	2000	2000
<i>Pesaro e Urbino</i>	79,7	79,03	0,57
<i>Ancona</i>	65,4	67,69	0,68
<i>Macerata</i>	79,6	70,22	0,47
<i>Ascoli Piceno</i>	78,9	77,04	0,4
<i>Marche</i>	75,5	72,5	0,54
<i>Centro Italia</i>	..	71,56	0,64
<i>Italia</i>	..	71,18	0,51

Fonte: ISTAT-Sistema di indicatori sociali per il territorio.

*Fonte ISTAT-indicatori sociali provinciali.

(a) Figli affidati a causa di separazione/separazioni)*100

(b) Figli affidati a causa di separazione/popolazione residente media in età 0-17 anni)*100

Tabella 1.2.2.08 - Età media alla separazione e al divorzio, per sesso e provincia. (Marche, Anno 2001).

Livelli territoriali	Separazioni*		Divorzi*	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
<i>Pesaro e Urbino</i>	40,89	37,51	42,46	39,41
<i>Ancona</i>	41,54	38,24	43,99	40,88
<i>Macerata</i>	42,47	38,69	44,37	41,17
<i>Ascoli Piceno</i>	40,76	37,23	44,21	40,89
<i>Marche</i>	41,46	38,01	43,74	40,53
<i>Centro Italia</i>	42,07	39,06	44,07	41,21
<i>Italia</i>	41,45	38,36	43,62	40,66

Fonte: ISTAT-Sistema di indicatori sociali per il territorio.

*valori in anni di età.

Riguardo la regione di provenienza dei coniugi interessati da eventi di separazione della regione Marche, il volume 'Matrimoni separazioni e divorzi' del 2000 individua il maggior numero di separazioni tra coppie di origine marchigiana (1626), mentre in alcuni casi il coniuge maschio proviene da regioni come Emilia Romagna (11 casi) Toscana (9) Puglia (9) e Piemonte (9) o in altri casi la coniuge proviene da Regioni come Emilia Romagna (13) Piemonte (9) e Lazio (8).

La durata media del matrimonio interrotto da procedimenti di separazioni e/o divorzio (Tabelle 1.2.2.09 e 1.2.2.10, Figura 1.2.2.03), nell'anno 2002 risulta essere di 13 anni all'atto di iscrizione a ruolo del procedimento di separazione, mentre è di 17 anni all'atto del divorzio.

Gli eventi di separazioni nel 2002 mostrano: un picco intorno a 3-5 a.a., valori elevati intorno a 13 anni per poi abbassarsi negli anni seguenti. Nei casi di divorzio il maggior numero di casi si concentrano nel periodo 6-14 anni di matrimonio.

Tabella 1.2.2.09 - Separazioni dei coniugi per durata del matrimonio al momento dell'iscrizione a ruolo del procedimento di separazione, per regione. (Marche, Anno 2002).

<i>Durata del matrimonio (anni) (b)</i>	<i>Marche (a)</i>	<i>Italia</i>
<i>Meno di 1</i>	17	1.320
1	65	2.965
2	86	3.898
3	105	3.995
4	79	3.955
5	107	3.870
6	83	3.803
7	84	3.582
8	83	3.602
9	76	3.537
10	69	3.233
11	73	3.111
12	77	3.065
13	92	3.553
14	49	2.854
15	55	2.402
16	61	2.170
17	45	2.008
18	40	1.953
19	39	1.827
20-24	180	7549
<i>Oltre 24</i>	240	11390
<i>Totale</i>	1805	79642
<i>Durata media del matrimonio</i>	13	13

Fonte: ISTAT-Statistiche in breve 'separazioni, divorzi e affidamento dei minori'

(a) Regioni nelle quali i tribunali hanno emesso il provvedimento di separazione dei coniugi.

(b) La durata del matrimonio è calcolata in anni compiuti come differenza tra la data di iscrizione a ruolo del procedimento di separazione e la data del matrimonio.

**Tabella 1.2.2.10 - Divorzi per durata del matrimonio.
(Marche, Anno 2002)**

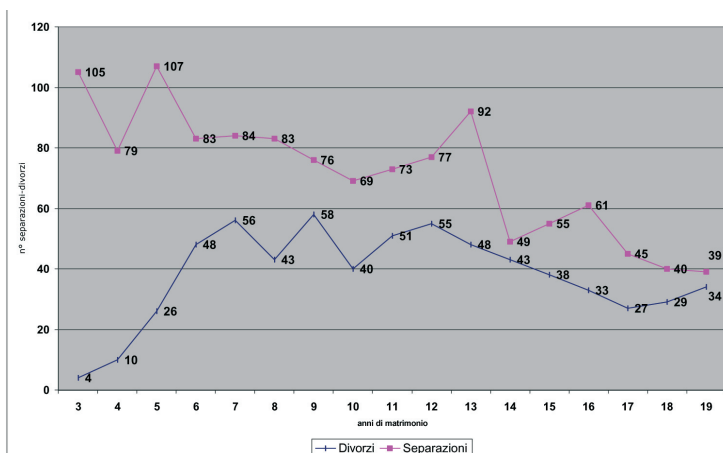
<i>Durata del matrimonio (anni) (b)</i>	<i>Marche (a)</i>	<i>Italia</i>
3	4	129
4	10	666
5	26	1.334
6	48	1.894
7	56	2.204
8	43	2.341
9	58	2.358
10	40	2.187
11	51	2.219
12	55	1.984
13	48	1.928
14	43	1.776
15	38	1.608
16	33	1.415
17	27	1.310
18	29	1.323
19	34	1.217
20-24	136	5.171
Oltre 24	178	8.771
<i>Totale</i>	<i>957</i>	<i>41.835</i>
<i>Durata media del matrimonio</i>	<i>17</i>	<i>17</i>

Fonte: ISTAT-Statistiche in breve 'separazioni, divorzi e affidamento dei minori'

(a) Regioni nelle quali i tribunali hanno emesso il provvedimento di divorzio.

(b) La durata del matrimonio è calcolata in anni compiuti come differenza tra la data del provvedimento di divorzio e la data del matrimonio.

Figura 1.2.2.03 – Numero di separazioni e divorzio in rapporto alla durata del matrimonio. (Marche, Anno 2002)



1.2.3 TIPOLOGIE FAMILIARI

In riferimento ai modelli familiari diffusi nella nostra Regione, la famiglia "allargata" (con più nuclei presenti) raggiunge il tasso del 8,4 per 100 famiglie della stessa zona; un valore ancora alto se riferito al dato dell'Italia centrale (7,1) e ancor più a quello nazionale (5,2) (Tabella 1.2.3.01).

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 anche testimoniato dal fatto che le famiglie unipersonali sono il 22,5% (un dato più basso del valore nazionale - 24,8%) ma tra queste prevalgono le donne e la quota degli ultrasessantenni è molto più alta del valore per l'Italia.

Tabella 1.2.3.01 - 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	27,3	37,9	71,5	58,5	5,6	7,1	57,5	29,8	12,7	75,7	2,5
centrale	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.

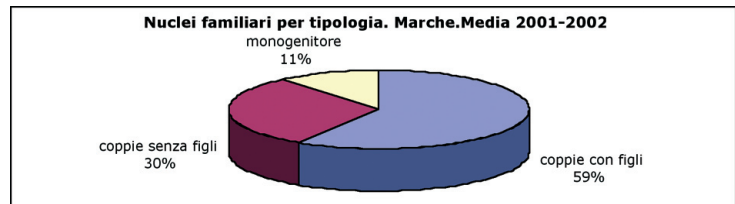
(c) Famiglie composte da due o più nuclei o da un nucleo familiare con altre persone aggregate.

(d) Per 100 nuclei familiari della stessa zona.

(e) Per 100 giovani di 18-30 anni della stessa zona.

Rispetto al quadro presentato, si intende focalizzare l'attenzione in modo più approfondito sulla famiglia nucleare (Figura 1.2.3.01), quale tipologia familiare più diffusa; pertanto le seguenti tavole, desunte dall'indagine multiscopo sulle famiglie, metteranno in luce aspetti relativi alle tre forme di famiglia nucleare (riportate nel grafico sottostante), ossia le coppie con e senza figli e i nuclei monogenitori.

**Figura 1.2.3.01 – Nuclei familiari per tipologia.
(Marche, Media 2001-2002)**



Osservando la tipologia di famiglia nucleare più diffusa, ossia la coppia con figli (58,8% dei nuclei familiari), la maggior parte delle coppie marchigiane presentano nel 49,4% dei casi un figlio (il dato supera la media nazionale di +4,4%) e nel 42,5% dei casi due figli (in linea con il dato nazionale); mentre le coppie con tre figli o più rimangono una esigua minoranza (8,1%), inferiore ai valori nazionali (11,6%) (Tabella 1.2.3.02).

**Tabella 1.2.3.02 - 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			Totale
	Uno	Due	Tre e più	
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

Riguardo le coppie senza figli (30,2% dei nuclei familiari) rispetto alla fascia di età femminile, il numero di donne che vivono la vita di coppia senza figli crescono in percentuale con l'aumentare dell'età. I tassi regionali rispecchiano i dati nazionali e solo nell'ultima fascia di età anziana questi ultimi vengono superati del +5,6%. (Tabella 1.2.3.03).

Tabella 1.2.3.03 - Coppie senza figli per classe di età della donna, regione e ripartizione geografica – Media 2001-2002
(per 100 coppie senza figli della stessa zona)

Regioni	Classe di età della donna			Totale
	15-34	35-64	65 e più	
Marche	14,5	38,8	46,7	100
Italia centrale	12,8	44,1	43,1	100,0
Italia	15,9	43,0	41,1	100,0

Fonte: ISTAT - Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana".

Infine l'ultima tipologia di famiglia nucleare si riferisce ai nuclei monogenitori.(11%) (Tabella 1.2.3.04). Si evidenziano una importante prevalenza del genere femminile su quello maschile, in quella parte di popolazione che vive la dimensione familiare senza il supporto della relazione di coppia. Si osserva pertanto una percentuale elevata di donne che si trovano ad affrontare l'impegno e le relative difficoltà familiari di educazione e crescita dei figli, senza un aiuto del proprio compagno.

La presenza di queste situazioni di monogenitorialità sono legate prevalentemente alla vedovanza (63%) e poi a casi di separazione e divorzio (dove l'affidamento dei figli alla madre risulta prevalente).

Tabella 1.2.3.04 - Nuclei monogenitori per sesso e genitori soli vedovi per regione e ripartizione geografica
Media 2001-2002
(per 100 nuclei monogenitori della stessa zona)

Regioni	Sesso			Di cui vedovi
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	
Marche	13,6	86,4	100,0	63,9
Italia centrale	16,8	83,2	100,0	49,5
Italia	14,5	85,5	100,0	56,8

Fonte: ISTAT-Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana".

1.3 Situazione economica e lavoro

Per quanto attiene la condizione socioeconomica delle famiglie marchigiane vengono evidenziati due aspetti: la condizione di povertà e l'occupazione minorile.

Riguardo la condizione di povertà si evidenzia:

- l'incidenza della povertà nel 2003 è il 53,8% del dato nazionale e rispetto all'anno precedente ha raggiunto la percentuale delle altre regioni del centro
- tali dati collimano con quelli della percezione soggettiva delle famiglie che nel 94% dei casi si ritengono in una condizione economica intermedia

In riferimento alla condizione occupazionale minorile, sulla base delle informazioni disponibili emerge che in un quadro disoccupazionale relativamente basso (tasso regionale: 4,4) rispetto al dato nazionale la componente giovane 15-19 anni ha un tasso di occupazione del 15,7 rispetto al dato nazionale del 10,8.

1.3.1 POVERTÀ

'La linea di povertà relativa per come è calcolata si sposta di anno in anno a causa sia della variazione dei prezzi al consumo sia dell'andamento in termini reali dei consumi delle famiglie e, quindi, dei loro comportamenti di consumo' (ISTAT).

La linea di povertà relativa di riferimento per il 2002 è pari a 823,45 euro mentre nel 2003 è salita a 869,50.

In Italia si è passati da 2.456.000 a 2.360.000 famiglie povere che costituiscono nel 2003 il 10,6% delle famiglie residenti (Tabelle 1.3.1.01, 1.3.1.02 e 1.3.1.03).

Nelle Marche le famiglie povere sono risultate nel 2002 pari a 26.933 (1,1% delle famiglie povere italiane) mentre le persone povere sono state 78.793 (1,1% della popolazione povera italiana). Come prima detto, l'incidenza di povertà sui residenti del territorio, risulta una percentuale molto inferiore al dato nazionale, sia riferita a famiglie (Marche-Italia. Nell'anno 2002:4,9%-11%. Nell'anno 2003: 5,7%-10,6%) che a persone (Marche-Italia. Nell'anno 2002:5,4%-12,4%).

Tabella 1.3.1.01 - Incidenza di povertà relativa per famiglia per regione e ripartizione geografica. (Marche, Anni 2002-2003) (valori percentuali)

	2002			2003		
	Incidenza* (%)	Intervallo di confidenza		Incidenza* (%)	Intervallo di confidenza	
		lim.inf.	lim.sup.		lim.inf.	Lim.sup
Marche	4,9	3,7	6,1	5,7	4,0	7,4
Centro	6,7	5,9	7,5	5,7	4,9	6,5
ITALIA	11,0	10,5	11,5	10,6	10,1	11,1

Fonte: ISTAT- 'La povertà relativa in Italia nel 2003'

*Incidenza della povertà: si ottiene dal rapporto tra il numero di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà e il totale delle famiglie residenti.

Tabella 1.3.1.02 - Famiglie residenti e famiglie povere, incidenza e intensità di povertà 2002 (a)

Livello territoriale	Famiglie residenti		Famiglie povere		Incidenza di povertà (b)	Intensità di povertà (c)
	v.a.	%	v.a.	%	%	%
Marche	549.986	2,5	26.933	1,1	4,9	16,4
Italia centrale	4.325.166	19,4	288.926	11,8	6,7	20,0
ITALIA	22.270.165	100	2.455.702	100	11	21,4

Fonte: ISTAT - Servizio "Condizioni economiche delle famiglie" (indicatori socio-sanitari regionali)

(a) I dati si riferiscono alla nuova indagine sui Consumi delle Famiglie..

(b) L'incidenza della povertà è il rapporto tra le famiglie o persone povere ed il totale di famiglie o persone (per 100).

(c) L'intensità della povertà è la media degli scarti dei consumi delle famiglie o persone povere dal consumo nazionale procapite (soglia di povertà) espressa in percentuale.

Tabella 1.3.1.03 - Persone residenti e persone povere, incidenza della povertà per regione di residenza - Anno 2002 (a)

Livello territoriale	Persone residenti		Persone povere		Incidenza di povertà (b)
	v.a.	%	v.a.	%	%
Marche	1.464.515	2,5	78.793	1,1	5,4
Italia centrale	11.095.811	19,3	870.472	12,2	7,9
ITALIA	57.497.553	100	7.139.673	100	12,4

Fonte: ISTAT - Servizio "Condizioni economiche delle famiglie"(indicatori socio-sanitari regionali)

(a) I dati si riferiscono alla nuova indagine sui Consumi delle Famiglie.

(b) Il totale della popolazione risulta stimato con l'indagine sui "Consumi delle famiglie".

(c) L'incidenza della povertà è il rapporto tra le famiglie o persone povere ed il totale di famiglie o persone (per 100).

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 (Tabella 1.3.1.04). 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.

Tabella 1.3.1.04 - Famiglie per povertà relativa e povertà soggettiva per regione e ripartizione geografica Anno 2002 (valori percentuali)

Livello territoriale	Molto ricca/Ricca*	Né ricca né povera*	Povera molto povera*		
			Famiglie povere**	Famiglie non povere**	Totale*
Marche	1,6	94,8	...	3,1	3,6
Italia	1,6	92,8	15,6	4,9	5,6
centrale	2	89,3	21,9	7,1	8,7
ITALIA					

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

*indicatore di povertà soggettivo

**indicatore di povertà oggettivo

Fonte: ISTAT- Comunicato stampa su "la povertà e l'esclusione sociale"

Tra il 2002 ed il 2003 il fenomeno della povertà, sostanzialmente stabile sia a livello nazionale sia regionale, continua a mostrare una condizione persistentemente svantaggiata delle famiglie con anziani e con minori. Anche nelle regioni del Centro non ci sono segnali di miglioramento tra le coppie con persona di riferimento anziana, tra quelle con un figlio e tra le famiglie monogenitore. L'incidenza di povertà relativa presenta invece una diminuzione statisticamente significativa per le famiglie più numerose. Scende di 5 punti la percentuale di famiglie povere con 5 e più componenti (10% nel 2003) e di 2,4 punti quella delle coppie con due figli. Se, infine, nella famiglia vi è almeno un figlio minore l'incidenza scende di 2,2 punti percentuali, attestandosi, nel 2003, ad un valore pari al 5,7% (ISTAT- 'La povertà relativa in Italia nel 2003').

1.3.2 OCCUPAZIONE MINORILE

I dati sull'occupazione dei minorenni, nelle Marche come in Italia, non sono oggetto di conoscenza approfondita e di condivisione dei dati.

Le principali osservazioni che si possono presentare sono le seguenti (Tabelle 1.3.2.01, 1.3.2.02 e 1.3.2.03):

- nel 2000 la classe di età 15-19 anni rileva un tasso di occupazione, pari a 15,7, che risulta superiore al dato nazionale (10,8),
- nel 2002 il tasso di disoccupazione nella fascia di età 15-24, ha rilevato un divario di genere, ove le femmine (13,1) risultano più in cerca di occupazione rispetto ai maschi (8,2)
- dal confronto dei tassi di disoccupazione, rispetto al dato nazionale le Marche si configurano come una Regione con un livello di disoccupazione relativamente basso, sia rispetto alla popolazione generale (4,4 Marche - 9,0 Italia), sia rispetto alla classe 15-24 anni (10,5 Marche- 27,2 Italia).
- la provincia di PS è quella che registra il più basso tasso di disoccupazione nella fascia 15-24 anni (7,8)

Tabella 1.3.2.01 - Popolazione di 15-19 anni per condizione lavorativa e regione, media 2000 (dati assoluti in migliaia)

Regioni	Forza lavoro in cerca di			Non forze di lavoro	Popolaz.	Tassi di		
	occupati	occup.	totale			attività (a)	occup. (b)	disoccup. (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

Tabella 1.3.2.02 - Tasso di disoccupazione giovanile e totale per sesso e regione di residenza - Anno 2002

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	Classe di età 15-24	Totale	Classe di età 15-24	Totale	Classe di età 15-24	Totale
Marche	8,2	3,0	13,1	6,4	10,5	4,4
Italia	18,7	4,7	26,0	9,4	22,0	6,6
Centrale Italia	24,0	7,0	31,4	12,2	27,2	9,0

Fonte ISTAT-Servizio "Formazione e lavoro" (indicatori sociosanitari regionali)

**Tabella 1.3.2.03 - Tasso di disoccupazione in età 15-24 anni.
Anno 2002.**

<i>Livello</i>	<i>Tasso di disoccupazione</i>
<i>Pesaro Urbino</i>	7,82
<i>Ancona</i>	11,22
<i>Macerata</i>	10,71
<i>Ascoli Piceno</i>	11,97
<i>Marche</i>	10,52
<i>Centro Italia</i>	22,01
<i>Italia</i>	27,23

Fonte: ISTAT-Sistema di indicatori sociali

1.4 Ambiente

Il quadro che si vuole disegnare in questo capitolo cerca di focalizzare aspetti del contesto di vita che evidenziano elementi relativi all'ambiente naturale, urbano cittadino e domestico.

Purtroppo dalle rilevazioni più strettamente ambientali non si raccolgono informazioni sufficienti per disegnare un quadro esaustivo del contesto in cui vivono i giovani della nostra Regione, tuttavia alcune delle rilevazioni statistiche, che vengono fornite dall'ISTAT, permettono di evidenziare degli elementi sul contesto naturale, riferito a:

- la configurazione del territorio a livello sismico
- i fattori inquinanti che possono incidere sulla qualità della vita come la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti e la balneabilità delle acque
- la viabilità stradale

Poi a livello urbano le informazioni rilevate permettono di fornire degli elementi che disegnano alcuni aspetti della condizione familiare nella regione Marche. L'opinione espressa dalle famiglie, sulla qualità dell'ambiente in cui vivono, mette in luce un giudizio di ordine negativo in riferimento a problematiche relative al traffico urbano, alle difficoltà di parcheggio, alla scarsa illuminazione e al rumore, ma queste opinioni si riscontrano con percentuali più elevate anche a livello nazionale. A questo si aggiunge un moderato riferimento al fenomeno della criminalità, che non desta forte preoccupazione tra le nostre famiglie; infatti questo dato si configura come ultimo elemento di valutazione problematica, addotto dai nuclei familiari che risiedono nelle zone abitate della nostra Regione.

Infine per quanto riguarda il contesto di vita domestico, molte delle famiglie marchigiane godono di una abitazione di proprietà (78,4%) e le motivazioni di maggior malcontento, relative alla propria dimensione di quotidianità, riguardano principalmente l'onere delle

spese abitative e l'impossibilità di fruizione di acqua potabile; mentre le dimensioni e le condizioni abitative non generano disapprovazione. Se a questo si aggiunge la condizione di povertà, i problemi abitativi che sorgono riguardano soprattutto la qualità e salubrità della casa relativamente a problematiche sulla luminosità, infiltrazioni idriche e fatiscenza dell'ambiente di vita.

1.4.1 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.

1.4.2 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 (Tabella 1.4.2.01): 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.

Tabella 1.4.2.01 - 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
<i>Sporcizia nelle strade</i>	24,2	37,4	31,1
<i>Difficoltà di parcheggio</i>	32,6	43,8	40,8
<i>Difficoltà di collegamento con mezzi pubblici</i>	24	31,9	29,8
<i>Traffico</i>	38,7	51,5	48,3
<i>Inquinamento dell'aria</i>	26,6	40	40
<i>Rumore</i>	29,1	38	37,8
<i>Rischio di criminalità</i>	11,8	30,6	29,2
<i>Odori sgradevoli</i>	13,3	21,1	21,7
<i>Scarsa illuminazione stradale</i>	31	42,1	34,3
<i>Cattive condizioni stradali</i>	36,9	46,9	41

Fonte: ISTAT - statistiche ambientali.

Inoltre sempre rispetto all'ambiente urbano si è voluto porre attenzione alle modalità di spostamento di occupati maggiori di 14 anni (Tabella 1.4.2.02). Questa tipologia di indicatori permette di rilevare le scelte di spostamento abituale delle persone e il relativo impatto ambientale; e nella nostra Regione prevale l'utilizzo di mezzi privati a discapito dei mezzi pubblici, con il relativo incremento di fattori di traffico urbano e di inquinamento, che le famiglie percepiscono come problemi rilevanti e attuali.

Infatti rispetto allo spostamento a piedi indubbiamente prevale l'utilizzo di mezzi di trasporto (87,8) e tra questi la preferenza va all'automobile; mentre le altre soluzioni sono scarsamente considerate, nonostante i tragitti di spostamento siano generalmente brevi (meno di 15 min).

Tabella 1.4.2.02 - Persone di 14 anni e più occupate, per eventuali mezzi di trasporto usati per andare al lavoro, tempo impiegato e regione-Anno 1998_ (per 100 occupati della stessa zona che escono di casa per andare a lavorare)

	Va al lavoro a piedi	Usa mezzi di trasporto	Mezzi utilizzati (a)									Tempo impiegato	
			Treno	Tram e bus	Metropolitana	Pullman e corriere	Pullman aziendale e scolastico	Auto (come conducente)	Auto (come passeggero)	Moto, ciclomotore	Bicicletta	>15 min	>31min
Marche	10,7	87,8	0,9	2,2	-	1,2	0,4	75,6	4,4	2,5	2,1	57,4	6,9
ITALIA	12,9	85,6	2,6	5,2	2,2	2,4	1,0	65,9	6,0	4,5	2,7	48,5	11,5

(a) Per il quesito erano possibili più risposte
Fonte: ISTAT- Volume 'I trasporti su strada e l'ambiente'

1.4.3 AMBIENTE DI VITA

Riguardo l'ambiente di vita domestico delle famiglie marchigiane, nel 2002 prevaleva il titolo di godimento dell'abitazione di proprietà, con una quota percentuale (78,4%) sensibilmente più alta del dato nazionale (71,1%) (Tabella 1.4.3.01).

Tabella 1.4.3.01 - 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

Guardando le problematiche avvertite dalle famiglie marchigiane in relazione alla propria abitazione (Tabelle 1.4.3.02, 1.4.3.03 e 1.4.3.04), il riscaldamento domestico non sembra apparire come problema perché risulta diffuso nel 96,2% delle abitazioni in misura superiore al dato nazionale, mentre esse 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%) e non sembrano lamentarsi in modo evidente delle dimensioni e condizioni abitative (rispettivamente 9,3% e 2,8%).

Poi altri problemi sollevati in relazione all'abitazione riguardano le infiltrazioni di acqua (8,9%) la scarsa luminosità (6%) e gli infissi o pavimenti fatiscenti (3,4%) e tali problematiche sono maggiormente avvertite dalle famiglie che versano in condizione di povertà.

Tabella 1.4.3.02 - 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

Tabella 1.4.3.03 - 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
<i>Spese per l'abitazione troppo alte</i>	57,1	55
<i>Abitazione troppo piccola</i>	9,3	12,8
<i>Abitazione troppo distante dai familiari</i>	17,1	20,4
<i>Abitazione in cattive condizioni</i>	2,8	5,1
<i>Irregolarità nell'erogazione dell'acqua</i>	10	14,7
<i>Non si fidano di bere acqua di rubinetto</i>	40,7	40,1

Fonte: ISTAT - statistiche ambientali.

Tabella 1.4.3.04 - 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
<i>Marche</i>	6	8,9	3,4	27	14,1	14,7
<i>Italia</i>	8,8	7,3	4,1	21,9	14,4	14,9
<i>centrale Italia</i>	8,9	8,1	4,4	25,8	15,1	16,3

Fonte: ISTAT - statistiche ambientali

2. Salute e stili di vita

Il profilo di salute della popolazione più giovane viene di seguito analizzato tenendo conto, in base alle fonti disponibili, dei grandi indicatori di salute, come la mortalità e l'ospedalizzazione, e di altri dati relativi ad indicatori specifici. In generale, emerge che i valori della mortalità infantile risultano contenuti e più bassi della media nazionale; per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri nella fascia d'età pediatrica si osserva un trend in netto decremento, con una tipologia di ospedalizzazione che si è decisamente modificata, con un decremento dei ricoveri ordinari ed un corrispondente aumento dei ricoveri brevi in regime di Day Hospital. Per quanto riguarda le cause di ricovero, risultano rilevanti i traumatismi e gli avvelenamenti, soprattutto nella classe di età 15-17 anni (21.2% dei ricoveri, comunque inferiore al valore nazionale 27.4%). Dall'analisi dei DRG associati ai ricoveri, emerge che tra le patologie più frequenti risultano le convulsioni/cefalea, con rilevanza per le malattie dell'apparato respiratorio nella fascia d'età 1-3 anni e la tonsillectomia/adenoidectomia in quella 4-5 anni. Per quanto riguarda la disabilità i dati sono simili a quelli nazionali, con una grande rilevanza per l'handicap di tipo psicofisico. Per quanto riguarda gli stili di vita i dati relativi all'alimentazione sono sovrapponibili a quelli nazionali, mentre per l'abitudine al fumo l'indagine ISTAT evidenzia nella fascia d'età 15-24 anni valori più elevati rispetto a quelli nazionali, prospettando un campo di possibili interventi preventivi. La copertura vaccinale a livello regionale risulta decisamente buona, a testimonianza di una buona attività dei servizi di Prevenzione. Per quanto riguarda l'incidentalità stradale, come un po' ovunque, questo si segnala un problema rilevante nell'ambito della Sanità pubblica e sono già in atto azioni per la prevenzione.

2.1. Salute

2.1.1 MORTALITÀ INFANTILE.

Dalla rilevazione del tasso specifico di mortalità negli anni 1996-2001, risulta evidente come il *trend*, per la fascia di età 0-19 distinta per sesso, presenti andamenti abbastanza costanti. In corrispondenza dell'anno di nascita, per i maschi (*range* 6,5-3,5) si rileva un tasso tendenzialmente più elevato rispetto a quello delle femmine (*range* 5,8-2,4); 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 morta-

lità maschile su quello femminile. Nel periodo considerato i dati regionali delle Marche sono sostanzialmente in linea con quelli nazionali. (Tabella 2.1.1.01)

Tabella 2.1.1.01 - Tassi di mortalità (per 1.000 nati vivi) per genere sessuale e classi di età – (Marche, Anni 1996-2001).

Classi di età	1996		1997		1998		1999		2000		2001	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
0	5,9	4,1	6,5	5,2	5,8	2,4	5,0	5,8	3,5	2,9	4,4	4,0
1-4	0,2	0,1	0,5	0,6	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	..	0,4	0,3
5-9	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
10-14	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1
15-19	0,7	0,3	0,5	0,4	0,7	0,2	0,6	0,2	0,6	0,3	0,5	0,4
20-24	1,0	0,2	0,6	0,3	0,8	0,2	0,9	0,4	1,0	0,3	0,8	0,3
25-29	1,1	0,3	0,8	0,2	0,6	0,2	0,9	0,3	0,9	0,3	0,9	0,3
30-34	1,2	0,5	1,0	0,3	0,9	0,5	0,9	0,4	0,8	0,5	0,9	0,2
35-39	1,2	0,9	1,3	0,5	1,1	0,5	1,2	0,5	1,2	0,6	0,8	0,5
40-44	1,6	1,1	1,6	0,9	1,7	0,9	1,4	0,6	1,4	1,0	1,4	0,7
45-49	2,6	1,4	2,2	1,4	2,3	1,6	2,1	1,5	2,2	1,3	2,0	1,6
50-54	4,1	2,0	4,5	2,5	3,8	2,7	3,8	2,3	3,9	2,0	3,4	2,1
55-59	6,3	3,7	7,1	3,4	6,9	2,9	6,7	3,2	6,2	3,0	6,1	3,4
60-64	11,5	4,8	10,8	4,6	11,5	5,1	10,6	4,6	10,3	4,1	9,1	4,7
65-69	19,5	8,3	19,6	7,8	19,6	8,1	18,1	7,7	16,8	8,3	17,1	7,7
70-74	32,0	14,3	32,8	13,9	31,9	14,2	29,5	13,6	29,9	13,5	27,8	12,6
75-79	51,2	28,0	52,5	28,6	51,5	27,2	50,9	26,8	50,7	24,3	47,7	23,1
80-84	88,3	58,2	96,0	53,9	96,8	60,3	86,7	54,5	86,4	52,2	77,6	46,6
85 e oltre	172,8	143,4	180,7	140,7	178,6	145,3	171,1	135,9	171,9	141,9	174,8	133,5
TOTALE	11,0	9,8	11,3	9,8	11,3	10,4	10,9	10,0	11,0	10,2	10,7	9,8

Fonte: ISTAT - Servizio "Sanità ed assistenza"

Se analizziamo i tassi nazionali riportati in Tabella, relativi all'anno 2000, notiamo che nel nostro Paese la mortalità infantile è scesa negli ultimi venticinque 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 bassi ed inferiori alla media nazionale. (Tabella 2.1.1.02)

Tabella 2.1.1.02 - 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
Marche	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

Questo elemento viene confermato dalla rilevazione relativa al 1997, dove sono disponibili i valori provinciali, 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, anche se riferiti ad un solo anno di osservazione e quindi puramente indicativi, mostrano un certo divario, soprattutto tra la provincia di Macerata (3,2) e Ascoli Piceno (8,2). (Tabella 2.1.1.03)

Tabella 2.1.1.03 - Tasso di mortalità infantile nelle Marche, per provincia e in 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
Marche	5,7
<i>Italia</i>	5,4

Fonte: ISTAT - Sistema di indicatori sociali (provinciali)

Se consideriamo una classe d'età più ampia, e cioè 0-24 anni, abbiamo a disposizione altri dati di un certo interesse. Considerando i numeri assoluti, la media annuale dei decessi nelle Marche, per la classe di età 0-24 anni, nel periodo 1995-1999 è di 189 individui.

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 in questa classe di età; 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. (Tabelle 2.1.1.04, 2.1.1.05 e Figura 2.1.1.06)

Tabella 2.1.1.04 - 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

Tabella 2.1.1.05 -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

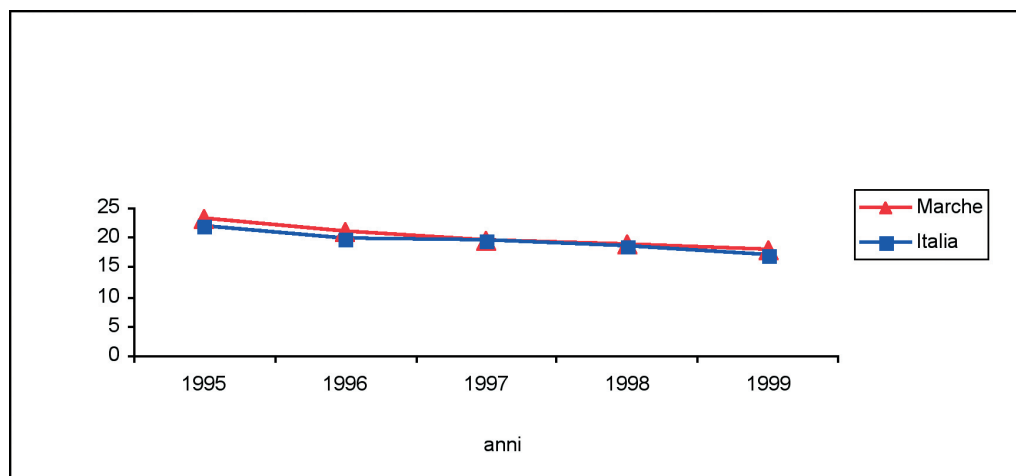
§ classificazione internazionale delle malattie, IX revisione 1975

§§ 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

Tabella 2.1.1.06 – Tasso specifico di mortalità (per 100.000 residenti) nella classe di età 0-24 anni, per cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti. Confronto Marche-Italia, Anni 1995-1999.



2.1.2 RICOVERI OSPEDALIERI

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. (Tabella 2.1.2.01)

Tabella 2.1.2.01 - Ricoveri in età pediatrica, per classe d'età. Marche 1996-2002 (valori 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	-31,0
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	-34,0
Totali	38.687	34.805	33.328	31.587	30.620	30.222	27.693	-28,4

Analogamente, considerando i tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti della fascia d'età 0-17 anni, il trend risulta in diminuzione in ogni categoria. Il confronto con i dati italiani è possibile, per questa fascia d'età, per le classi 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 5-17 anni (Marche 98 – Italia 70: +40%).(Tabella 2.1.2.02)

Tabella 2.1.2.02 - 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
5-17	131	113	106	101	99	98	88
Totali	176	157	151	144	141	138	127

Se consideriamo la tipologia dei ricoveri ospedalieri, risulta evidente che 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. (Figura 2.1.2.01 e 2.1.2.02)

Figura 2.1.2.01 - Andamento dei ricoveri in regime ordinario per classi di popolazione in età pediatrica (Marche 1996-2002; Anno base 1996 = 100).

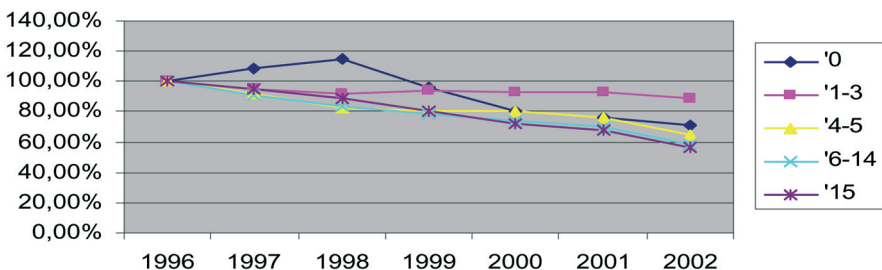
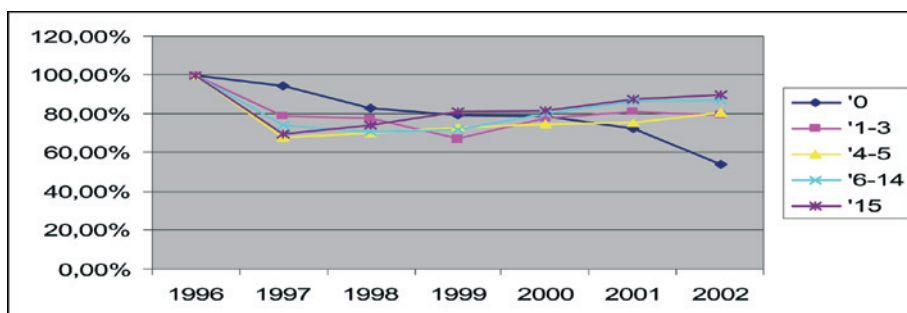


Figura 2.1.2.02 - Andamento dei ricoveri in regime di day Hospital per classi di popolazione in età pediatrica (Marche 1996-2002; Anno base 1996 = 100).



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. (Tabella 2.1.2.03)

Tabella 2.1.2.03 - 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

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 traumi 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: traumi 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 inappropriatelyzza dei ricoveri dei pazienti classificati in tali raggruppamenti. (Tabella 2.1.2.04)

Tabella 2.1.2.04 - 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 otto:

- 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, 6-14 e al 1° posto nella classe 15-17. 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 6-14; al 5° posto nella classe 4-5 e 15-17). Le malattie endocrine senza complicazioni è al 1° posto nella classe 6-14 e al 2° posto in quella 15-17.

Tra i DRG chirurgici l'appendicectomia è al 3° posto nella classe 15-17 e al 5° posto in quella 6-14 mentre la Tonsillectomia e/o Adenoidectomia rappresenta il 6.9% dei ricoveri nella classe di età 6-14. (Tabella 2.1.2.05)

Tabella 2.1.2.05 - Prime sei cause di ospedalizzazione in età pediatrica per fascia d'età: distribuzione percentuale dei DRG nelle Marche nel 2002

	da 1 a 3 anni		da 4 a 5 anni		da 6 a 14 anni		da 15 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 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 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

2.1.3 PERCEZIONE DI SALUTE

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. (Tabella 2.1.3.01)

Tabella 2.1.3.01 - Popolazione per stato di salute dichiarato per sesso classi di età. (Marche, Anno 1999)

		Prevalenze standardizzate (X100)			Prevalenze grezze (X100)			Prevalenze grezze (X100)					
								uomini			donne		
		uomini	donne	totale	uomini	donne	totale	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.

2.1.4 HANDICAP

Riguardo la tematica della disabilità, nella regione Marche il tasso standardizzato delle persone con handicap con più di sei anni d'età raggiunge il 47,9 per 1000 e questo dato si avvicina a quello nazionale (48,5). (Tabella 2.1.4.01)

Tabella 2.1.4 01 - Disabili di 6 anni e più. Tassi grezzi e standardizzati (per mille persone) (Marche, Anno 1999-2000).

REGIONI	Tassi grezzi	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 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%); mentre la quota di quelli che riescono a raggiungere il titolo di licenza elementare e media è al di sotto della media nazionale (48,6%, contro 56,5%). (Tabella 2.1.4.02)

Accanto a questa riflessione va considerata anche la tipologia di handicap più diffuso nelle scuole marchigiane e in questo caso l'handicap psicofisico prevale nel 93,3%, come confermato anche dal dato nazionale. (Tabella 2.1.4.03)

Tabella 2.1.4.02 - Persone di 15 anni e più per regione, presenza di disabilità e titolo di studio.. (Marche, Anno 1999-2000) (Valori percentuali)

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

Fonte: ISTAT - www.handicapincifre.it

Tabella 2.1.4.03 - Alunni in situazione di handicap per tipologia di handicap. (Marche, Anno scolastico 1999-2000)

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

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 migliore del dato regionale (oltre il 14%) che penalizza gli studenti con handicap delle Marche. (Tabella 2.1.4.04)

Tabella 2.1.4.04 - Percentuale di alunni promossi su scrutinati in situazione di handicap ed in totale nelle scuole elementari e nelle scuole medie inferiori. (Marche, Anno scolastico 1999/2000)

Regioni	Scuole elementari		Scuole medie inferiori	
	alunni	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

2.2. Comportamenti e opportunità

2.2.1 ALIMENTAZIONE

Nelle Marche dai dati disponibili risulta che 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. (Tabella 2.2.1.01)

Tabella 2.2.1.01 - Persone di 15 anni e più in sovrappeso per sesso, classe di età. (Marche, Anni 1999-2000 (tassi per 100 persone))

Livello territoriale	Classi di età					Tasso
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre	Totale	standardizzato
Maschi						
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
Femmine						
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 sociosanitari regionali.

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

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. (Tabella 2.2.1.02)

Tabella 2.2.1.02 - Persone di 15 anni e più obese per sesso, classe di età (Marche, Anni 1999-2000) (tassi per 100 persone)

Livello territoriale	Classi di età				Totale	Tasso standardizzato
	15-24	25-44	45-64	65 e oltre		
	Maschi					
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
	Femmine					
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 sociosanitari regionali.

Le abitudini alimentari prevalenti nelle Marche, in accordo al dato nazionale, attribuiscono molta importanza: ad una colazione adeguata (80,0%), 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%. (Tabella 2.2.1.03)

Tabella 2.2.1.03 - Persone di 3 anni e più per stile alimentare (Marche, Anno 2001) (per 100 persone della stessa zona)

Livello territoriale	Colazione adeguata	Colazione latte e mangia qualcosa	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
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 sociosanitari regionali.

2.2.2 CONSUMO DI FARMACI

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 sia 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. Va inoltre rilevato che il consumo di farmaci negli ultimi due giorni rilevato dall'ISTAT, per la classe d'età 0-14 anni, risulta superiore rispetto al dato di macroarea centrale e al dato nazionale. (Tabella 2.2.2.01 e Figura 2.2.2.01)

Tabella 2.2.2.01 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni per sesso classe di età. (Marche, 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	
Maschi									
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
Femmine									
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).

Figura 2.2.2.01 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni per sesso classe di età. (Marche, anno 2000)

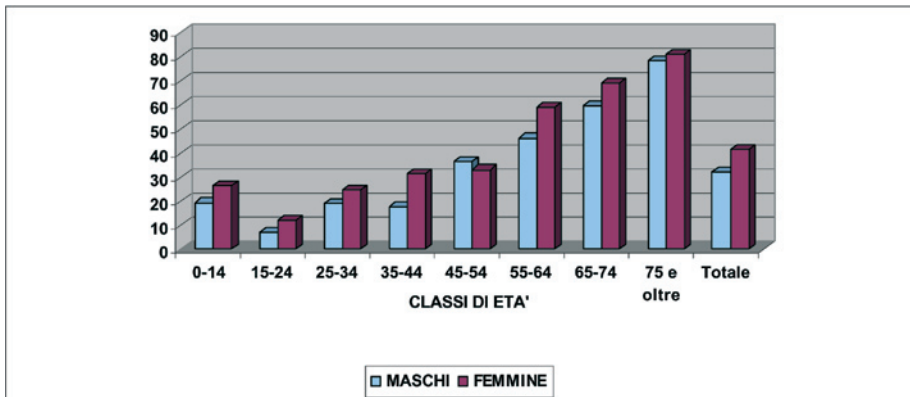


Tabella 2.2.2.02 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni prescritti da un medico per sesso, classe di età e regione - Anno 2000 (rapporti per 100 consumatori)

Livello territoriale	Classi di età									
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 e oltre	Totale	
Maschi										
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
Femmine										
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).

2.2.3 COPERTURA VACCINALE

La vaccinazione dei bambini è uno dei più importanti interventi di sanità pubblica e l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda che i programmi di immunizzazione siano sistematicamente valutati in termini di adeguatezza, efficienza ed efficacia. Insieme all'andamento dell'incidenza delle malattie prevenibili, infatti, l'adesione alle campagne vaccinali rappresenta uno dei principali indicatori per valutare le strategie intraprese. La copertura vaccinale indica la percentuale di vaccinati rispetto alla popolazione target. Nel 1993 (coorte di nascita 1991) e nel 1998 (coorte di nascita 1996) sono state condotte due indagini nazionali e lo stesso studio è stato ripetuto a distanza di cinque anni. A questo studio hanno aderito tutte le regioni e PA italiane; secondo il protocollo di indagine è stato selezionato un campione di famiglie con bambini di età tra i 12 e i 24 mesi ed è stata effettuata un'intervista domiciliare. Complessivamente, a livello nazionale i risultati di ICONA 2003 (coorte di nascita 2001) mostrano un miglioramento rispetto alla precedente indagine e il raggiungimento degli obiettivi nazionali previsti dal Piano Nazionale Vaccini per tutte le vaccinazioni, tranne per l'*Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib) e MPR. La percentuale media nazionale dei bambini tra i 12 e 24 mesi vaccinati con tre dosi contro difterite, tetano, pertosse, poliomielite ed epatite B varia dal 95% al 96%.

Per quanto riguarda le Marche, la copertura vaccinale risulta più elevata rispetto a quella nazionale per tutte le vaccinazioni; risulta alta per Hib (92.9%) e per quanto riguarda l'antimorbillosa, raggiunge il valore percentuale di 77.9%. Riguardo alle indagini precedenti, relative alle coorti di nascita 1991 e 1996, per la coorte di bambini nati nel 2001 risulta che tutte le vaccinazioni restano pressoché stabili; al contrario per la copertura vaccinale per Hib si registra un aumento di 10 volte rispetto alla rilevazione precedente (92.9% vs 9.5%), mentre quella per il morbillo è passata dal 58.7% al 77.9%.

Tabella 2.2.3.01 - Tassi di copertura vaccinale (per 100 residenti) tra 12 e 24 mesi di età. Coorte di nascita dell'anno 2001. Dati regionali e nazionali.

Regione di residenza	Polio	DT	Pertosse	HBV	Hib	MRP
Piemonte	95.7	95.2	94.3	94.3	79.5	75.7
Valle D'Aosta	99.0	99.0	99.0	98.0	97.0	78.3
Lombardia	96.2	96.2	95.2	96.2	93.3	82.1
P.A. Bolzano	88.6	88.6	88.6	88.6	88.1	64.1
P.A. Trento	97.1	97.1	95.7	95.7	94.3	78.9
Veneto	96.7	96.7	95.2	96.7	89.0	80.1
Friuli V. G.	97.1	97.1	96.2	97.1	96.2	84.2
Liguria	92.4	96.2	91.4	92.4	90.5	77.2
Emilia-Romagna	93.8	94.3	93.8	93.8	92.4	84.2
Toscana	96.7	96.7	96.7	95.7	92.4	89.6
Umbria	95.7	95.3	94.8	95.3	89.1	83.3
Marche	97.1	97.1	95.7	96.2	92.9	77.9
Lazio	95.2	95.2	95.2	95.2	65.2	67.7
Abruzzo	94.7	94.7	94.7	94.7	93.8	70.6
Molise	95.7	95.7	95.2	96.2	91.9	71.6
Campania	97.1	97.1	97.1	97.1	73.3	76.9
Puglia	99.5	99.5	99.1	99.5	94.3	76.6
Basilicata	99.0	99.0	98.6	99.0	97.6	80.9
Calabria	90.5	90.5	90.5	90.0	64.3	54.9
Sicilia	93.3	93.3	93.3	93.3	91.9	70.9
Sardegna	94.3	94.3	94.3	94.3	91.4	75.9
Italia	95.7	95.8	95.2	95.5	87.0	76.9
Ic 95%	94.9-96.4	95.1-96.5	94.4-96.3	94.7-96.3	85.1-88.9	74.9-79.0

Fonte: ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

2.2.4 CONSUMO DI TABACCO

Dai dati rilevati dall'ISTAT risulta che nella fascia di età 15-24 anni, la percentuale di giovani che hanno l'abitudine al fumo supera di poco per i maschi e in modo più rilevante per le femmine il dato totale regionale; 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 percentuali più alto di quello nazionale. (Tabella 2.2.4.01)

Tabella 2.2.4.01 - 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	
Maschi							
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 centrale	27,1	38,7	38,3	37,1	29,1	17,3	31,6
Femmine							
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 - indicatori sociosanitari (regionali)

Per quanto riguarda i dati globali riferibili al fumo, 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. (Tabella 2.2.4.02)

Tabella 2.2.4.02 - 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 - indicatori sociosanitari (regionali)

2.2.5 INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti stradali rappresentano un'importante problema sanitario, anche perché nei paesi industrializzati costituiscono la maggior causa di morte nei soggetti con menù di 40 anni d'età.

Il Tasso di mortalità per incidentalità stradale specifico per l'età 14-29 anni stima la mortalità evitabile nei giovani e l'impatto su questa degli incidenti stradali gravi. L'analisi di questo indicatore evidenzia a livello nazionale un gradiente Nord-Sud, con le regioni del Centro e del Nord più interessate al fenomeno (valore medio Nord pari a 20,5; valore medio Centro pari a 22,5), mentre per le regioni del Sud (valore medio 16,8) e per le Isole (valore medio 15,6) il fenomeno appare meno intenso. Naturalmente i dati, che si riferiscono ad un solo anno, sono correlati all'utilizzo dei veicoli, alle necessità di spostamento con l'automezzo, all'abitudine di frequentare luoghi di divertimento lontani, alla viabilità stradale, all'assistenza nell'emergenza e all'abitudine a "migrare". Comunque i dati rilevano un fenomeno rilevante in ambito regionale e sono state già intraprese diverse azioni in ambito epidemiologico e preventivo. (Tabella 2.2.5.01)

**Tabella 2.2.5.01 - Tassi di mortalità (per 100.000)
per incidenti stradali in soggetti residenti
di età 14-29 anni per regione. Anno 1999.**

Regione di residenza	Tasso di mortalità
Piemonte	26,10
Valle D'Aosta	18,87
Lombardia	21,05
Trentino A.A.	22,24
Veneto	25,22
Friuli V. G.	21,89
Liguria	14,30
Emilia-Romagna	27,11
Toscana	18,56
Umbria	22,06
Marche	25,58
Lazio	19,13
Abruzzo	23,47
Molise	22,88
Campania	8,60
Puglia	15,72
Basilicata	21,38
Calabria	9,11
Sicilia	12,97
Sardegna	18,20
Italia	19,92

Fonte: ISTAT

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

I conducenti dei mezzi di trasporto nella fascia di età fino ai 20 anni sono relativamente pochi ed per il dato marchigiano prevalgono i feriti rispetto a casi di morte (con una situazione percentuale migliore anche rispetto al dato nazionale). Soprattutto nella classe 15-17 anni si rilevano molti casi di irregolarità alla guida, con una prevalenza della percentuale maschile su quella femminile.

**Tabella 2.2.5.02 - 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.

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. (Tabella 2.2.5.03)

Tabella 2.2.5.03 - Persone trasportate infortunate per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

	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
Livello territoriale													
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.

Infine nel 2002 i casi di incidente stradale hanno causato alcune situazioni di infortunio dei pedoni in età 0-20 anni, che risultano complessivamente i meno rilevanti dal punto di vista complessivo, anche se il numero di morti è più alto per i pedoni (42) rispetto ai trasportati (36). (Tabella 2.2.5.04)

Tabella 2.2.5.04 - Pedoni infortunati per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

	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
Livello territoriale													
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.

2.2.6 INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI

I dati forniti dall'istituto INAIL su infortuni e malattie professionali riguardanti i minorenni marchigiani: nell'anno 2000 evidenziano nel totale 740 casi su 39742 (1,9%) e questa percentuale viene confermata nel settore maggiormente interessato, quale quello di industria commercio e servizi (632 casi su 33.609).

Nel anno 2003 nel settore industriale si riscontra una percentuale di minorenni del 1,14% (377 su 32.957), tra questi prevale il genere maschile (297 su 377) e a livello provinciale la distribuzione dei casi risulta compresa in un range tra 122 di Pesaro e 68 di Macerata. Mentre tra i casi di malattie professionali sul lavoro i minori risultano il 2,15% (24 su 1.116), il fenomeno interessa in generale i maschi e a livello provinciale il range varia tra 12 casi di Pesaro e 2 di Macerata (Tabella 2.2.6.01 , 2.2.6.02 e 2.2.6.03)

Tabella 2.2.6.01 - Infortuni sul lavoro denunciati di minorenni e in totale, per settori produttivi e per regione - Anno 2000

Livello	infortuni di minori				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

Tabella 2.2.6.02 - Infortuni sul lavoro denunciati dalle aziende nel settore di industria commercio e servizi, per età sesso e provincia. (Marche, Anno 2003)

Province	Maschi					NON DETERMINATA	TOTALE
	FINO A 17	18-34	35-49	50-64	OLTRE 64		
ANCONA	83	4.441	3.465	1.255	66	12	9.322
ASCOLI PICENO	66	1.925	1.754	814	74	6	4.639
MACERATA	61	1.898	1.617	723	62	5	4.366
PESARO	87	3.198	2.464	1.024	65	7	6.845
MARCHE	297	11.462	9.300	3.816	267	30	25.172
Province	Totale					NON DETERMINATA	TOTALE
	FINO A 17	18-34	35-49	50-64	OLTRE 64		
ANCONA	101	5.751	4.549	1.647	76	19	12.143
ASCOLI PICENO	86	2.560	2.355	1.098	89	9	6.197
MACERATA	68	2.452	2.165	959	70	8	5.722
PESARO	122	4.113	3.253	1.328	72	7	8.895
MARCHE	377	14.876	12.322	5.032	307	43	32.957

Fonte: Banca dati INAIL

Tabella 2.2.6.03 - Malattie professionali, denunciate dalle aziende nel settore di industria commercio e servizi, per età, sesso e provincia. (Marche, Anno 2003)

Province	FINO A 17	18-34	35-49	50-64	OLTRE 64	NON DETERMINATA	TOTALE
Maschi							
ANCONA	6	16	70	86	17	-	195
ASCOLI PICENO	3	12	50	70	10	-	145
MACERATA	2	12	48	70	6	-	138
PESARO	12	18	111	140	17	-	298
MARCHE	23	58	279	366	50	-	776
Totale							
ANCONA	7	32	108	119	20	-	286
ASCOLI PICENO	3	19	72	100	11	-	205
MACERATA	2	23	92	109	6	-	232
PESARO	12	38	158	167	18	-	393
MARCHE	24	112	430	495	55	-	1.116

Fonte: Banca dati INAIL

2.2.7 OPPORTUNITÀ: CULTURA, INTERESSI E TEMPO LIBERO

Rispetto a realtà organizzative, che possono contribuire ad opportunità di crescita di sviluppo di sensibilità culturali, interessi e relazioni, sono riportati dati relativi ad attività rivolte alla generalità della popolazione, potenzialmente offerte anche alla fascia giovane:

-offerta culturale delle biblioteche: nella Regione risultano 547 e il quoziente su 100.000 abitanti, pari a 37,2, evidenzia una presenza delle stesse che permette di posizionare la Regione al di sopra della media italiana(26,4) (Tabella 2.2.7.01) ;

-le sale cinematografiche sono 147 (anno 1999) e il quoziente su 100.000 ab. pari a 10,0 supera la media nazionale (9,0), come allo stesso modo accade per il tasso di spettatori di 6 anni e più, pari a 43 (Italia, 42) (Tabella 2.2.7.02) ;

-i musei e le gallerie statali visitabili sono 7 nel 2000 e i visitatori si concentrano negli istituti a pagamento (96% sul totale visitatori), di cui più della metà non risultano soggetti 'paganti' (Tabella 2.2.7.03) ;

-i monumenti e scavi statali sono 5, nella Regione il numero di visitatori si concentra nelle strutture a pagamento ed è inferiore al dato sui visitatori di musei e gallerie;(Tabella 2.2.7.04)

-le istituzioni culturali sportive e ricreative che possono potenzialmente offrire attività rivolte alla generalità dei giovani, oltre che ad altre fasce di popolazione, sono in totale il 3,7% del dato italiano, esse costituiscono il 68,6% sul totale delle istituzioni non profit (Italia 63,4%). Tra le tre tipologie, nella Regione prevalgono quelle di attività sportive.(Tabella 2.2.7.05)

Tabella 2.2.7.01 - Biblioteche per regione. (Marche, Anno 2001) (a)
(valori assoluti e per 100.000 abitanti)

REGIONI	N.	per 100.000 abitanti (b)
Piemonte	1.127	26,3
Valle d'Aosta	60	49,8
Lombardia	2.742	30,1
Trentino - Alto Adige	399	42,3
Veneto	1.055	23,2
Friuli - Venezia Giulia	478	40,2
Liguria	532	32,8
Emilia Romagna	1.223	30,5
Toscana	1.085	30,6
Umbria	352	41,9
Marche	547	37,2
Lazio	1.217	23,0
Abruzzo	347	27,1
Molise	165	50,4
Campania	978	16,9
Puglia	626	15,3
Basilicata	182	30,1
Calabria	459	22,5
Sicilia	1.062	20,9
Sardegna	644	39,1
ITALIA	15.280	26,4

Fonte: ISTAT-Statistiche culturali (ICCU (Istituto Centrale per il Catalogo Unico delle biblioteche))

(a) I dati riguardano le biblioteche presenti nell'Anagrafe dell'ICCU al 31.12.2001. Poiché in tre regioni (Lombardia, Emilia Romagna e Campania) le informazioni sulle caratteristiche delle biblioteche sono in corso di verifica e di aggiornamento, i dati presentati nelle tavole successive si riferiscono a 12.158 biblioteche su 15.280 registrate nell'anagrafe.

(b) Il quoziente è stato calcolato rispetto alla popolazione media residente in Italia nel 2000.

Tabella 2.2.7.02 - Sale cinematografiche aperte al pubblico e persone di sei anni e più che si sono recate al cinema nell'ultimo anno. (Marche, Anno 1999)
(spettatori in migliaia)

REGIONI	Sale cinematografiche		Spettatori di 6 anni e più	
	N.	per 100.000 abitanti	N. (in migliaia)	per 100.000 abitanti
Marche	147	10	624	43
Italia centrale	1.084	10	5.210	47
ITALIA	4.911	9	24.250	42

Fonte: ISTAT-Statistiche culturali (S.I.A.E. - Società Italiana Autori ed Editori e Istat, indagine "Tempo libero e cultura").

Tabella 2.2.7.03 - Musei e gallerie statali, visitatori per modalità di ingresso, tipo di istituto e provincia. (Marche, Anno 2000)

Livello territoriale	Istituti			Visitatori				
	A pagamento	gratuiti	totale	Degli istituti a pagamento			Degli istituti gratuiti	Totale
				Paganti	Non paganti	Totale		
Ancona	2	1	3	9.980	22.646	32.626	2.128	34.754
Ascoli Piceno	1	-	1	1.499	2.364	3.863	-	3.863
Macerata	-	2	2	-	-	-	8.130	8.130
Pesaro	1	-	1	110.238	102.999	213.237	-	213.237
Urbino	4	3	7	121.717	128.009	249.726	10.258	259.984
Marche								

Fonte: ISTAT-Statistiche culturali.

Tabella 2.2.7.04 - Monumenti e scavi statali visitatori per modalità di ingresso, tipo di istituto e provincia. (Marche, Anno 2000)

Livello territoriale	Istituti			Visitatori				
	A pagamento	gratuiti	totale	Degli istituti a pagamento			Degli istituti gratuiti	Totale
				Paganti	Non paganti	Totale		
Ancona	1	1	2	11.720	14.976	26.696	981	27.677
Macerata	-	2	2	-	-	-	2.037	2.037
Pesaro	1	-	1	99.653	97.620	197.273	-	197.273
Urbino	2	3	5	111.373	112.596	223.969	3.018	226.987
Marche								

Fonte: ISTAT-Statistiche culturali.

Tabella 2.2.7.05 - Istituzioni culturali sportive e ricreative per regione e ripartizione geografica.

Regioni	Attività prevalenti			Totale istituzioni culturali, sportive e ricreative	%sul totale istituzioni non profit
	Attività culturali e artistiche*	Attività sportive	Attività ricreative e di socializzazione**		
Marche	1.338	2.336	1.455	5.129	68,6
Centro	9.185	11.166	8.755	29.106	62,0
Italia	40.553	56.955	42.884	140.391	63,4

Fonte: ISTAT-Indagine 'Istituzioni non profit in Italia

Nota: non è stato specificato l'anno di rilevazione.

* sono incluse attività svolte tramite l'utilizzo di mezzi di comunicazione di massa, la produzione artistica e letteraria, le attività dei musei, delle biblioteche, degli orti botanici dei giardini zoologici e degli acquari.

**sono incluse il turismo, le attività dei club e altro.

Riguardo aspetti della vita quotidiana che definiscono abitudini e interessi, si rileva quanto segue (Tabella 2.2.7.06):

- la popolazione di 3 anni o più, nel 94,8% dei casi, risulta seguire i programmi televisivi
- la popolazione di 3 anni o più, nel 56,9% dei casi, risulta ascoltare la radio
- la popolazione di 6 anni o più, nel 55,3% dei casi, risulta leggere i quotidiani
- la popolazione di 6 anni o più, nel 38,8% dei casi risulta dedicarsi alla lettura di libri

I valori regionali sono leggermente inferiori alla media nazionale e dal quadro complessivo si evidenzia come la comunicazione televisiva prevalga fortemente sulle altre.

Tabella 2.2.7.06 - Persone di 3 anni e più che guardano la televisione e ascoltano la radio e persone di 6 anni e più che leggono quotidiani o hanno letto libri negli ultimi 12 mesi. (Marche, Anno 2002).

	<i>Guarda la tv (a)</i>	<i>Di cui qualche giorno (b)</i>	<i>Ascolta la radio (a)</i>	<i>Di cui tutti i giorni (b)</i>	<i>Leggono i quotidiani almeno una volta a settimana (c)</i>	<i>Di cui 5 volte e più (d)</i>	<i>Leggono libri (c)</i>	<i>Da 1 a 3 libri (d)</i>	<i>12 e più libri</i>
<i>Marche</i>	94,8	8,8	56,9	58,1	55,3	32,6	38,8	50,8	9,3
<i>Centro</i>	93,1	8,1	60,6	60,3	63,3	40,9	43,0	47,4	12,3
<i>Italia</i>	94,3	8,0	62,8	61,5	59,6	40,7	41,1	48,3	12,6

Fonte: ISTAT- 'cultura socialità e tempo libero' nell'indagine multiscopo sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana'

(a) Per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona.

(b) Per 100 persone spettatori e/o ascoltatori della stessa zona.

(c) Per 100 persone di 6 anni e più della stessa zona.

(d) Per 100 lettori della stessa zona.

L'utilizzo del pc nella popolazione regionale di 3 anni e più risulta del 38,4% mentre l'uso di internet è pari a 31,3%; entrambi i valori superano la media nazionale. La frequenza di utilizzo rileva che l'uso del personal computer è assiduo (18,4% 'tutti i giorni'), mentre internet viene consultato nella maggior parte dei casi 'una o più volte a settimana' (15,5%) (Tabella 2.2.7.07)

Tabella 2.2.7.07 - Persone di 3 anni e più per frequenza con cui usano un personal computer e persone di 6 anni e più per frequenza con cui usano Internet, regione (Marche, Anno 2002) (per 100 persone della stessa zona)

	Uso del personal computer					Non usano il pc	Uso di internet					Non usano Internet
	sì	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno		sì	Tutti i giorni	Una o più volte alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	
Marche	38,4	18,4	13,9	4,2	1,9	58,6	31,3	8,1	15,5	5,0	2,6	66,0
Centro	39,2	19,5	14,5	3,2	2,0	57,3	29,7	8,9	13,9	4,3	2,6	66,7
Italia	37,4	19,1	13,6	3,0	1,6	60,4	27,4	8,5	12,6	4,1	2,2	70,3

Fonte:

ISTAT-'cultura socialità e tempo libero' nell'indagine multiscope sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana'

L'offerta delle attività socio culturali prima descritte viene accolta dalla popolazione di 6 anni e più, infatti i valori relativi a visite di musei mostre e cinema rilevano una percentuale significativa anche nella fascia 0-17 anni in Italia (nel 2000 visite a musei-mostre: range delle classi di età 38,5%-39,2%; nel 2000 frequentazione di cinema: range delle classi di età 56,5%-79,1%), inoltre nella zona del centro Italia si possiede un andamento in crescita dal 1995 al 2000 e si supera sempre il dato nazionale. (Tabella 2.2.7.08 e 2.2.7.09)

Tabella 2.2.7.08 - Persone di 6 anni e più che hanno visitato musei e mostre nei 12 mesi precedenti l'intervista per sesso età titolo di studio e ripartizione geografica (Italia, Anno 1995-2000) (per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SESSO						
Maschi	25,2	25,6	27,3	27,3	27,3	28,5
Femmine	24,3	25,7	26,3	26,2	26,4	28,6
CLASSI DI ETÀ						
6-10	28,9	30,2	33,2	32,2	33,1	38,5
11-14	38,8	41,7	45,9	44,0	45,0	46,8
15-17	36,6	37,2	38,5	40,5	40,7	40,0
18-19	35,3	36,7	40,5	38,0	35,9	39,2
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA						
Nord-Ovest	30,6	31,9	31,6	32,3	32,0	33,2
Nord-Est	34,3	34,2	35,8	33,8	34,5	35,8
Centro	26,2	25,8	29,1	27,9	27,8	32,0
Sud	14,6	16,2	16,8	18,4	17,4	18,8
Isole	15,4	17,3	18,4	18,1	21,0	21,2
Italia	24,8	25,6	26,8	26,7	26,8	28,6

Fonte: ISTAT-Statistiche culturali.

Tabella 2.2.7.09 - Persone di 6 anni e più che si sono recate al cinema nei 12 mesi precedenti l'intervista per sesso, età, titolo di studio e ripartizione geografica. (Italia, 1995-2000)
(per 100 persone con le stesse caratteristiche)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
SESSO						
<i>Maschi</i>	44,6	45,4	47,3	50,0	47,7	47,5
<i>Femmine</i>	38,2	38,7	41,8	44,8	42,4	42,0
CLASSI DI ETÀ						
<i>6-10</i>	51,2	50,1	56,8	58,2	55,5	56,5
<i>11-14</i>	62,0	62,8	68,3	71,7	70,5	65,9
<i>15-17</i>	73,4	74,8	78,5	82,3	80,5	75,3
<i>18-19</i>	79,3	74,8	82,3	83,0	80,9	79,1
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA						
<i>Nord-Ovest</i>	44,7	44,9	45,0	49,3	46,6	46,4
<i>Nord-Est</i>	42,1	43,9	44,2	48,0	45,1	43,5
<i>Centro</i>	47,4	46,3	51,1	51,3	50,0	49,7
<i>Sud</i>	33,1	36,4	40,4	42,9	40,6	40,7
<i>Italia</i>	41,3	41,9	44,4	47,3	45,0	44,7

Fonte: ISTAT-Statistiche culturali.

2.2.8 ASSOCIAZIONISMO

Riguardo la partecipazione a forme di associazionismo nella regione, all'interno della popolazione over-14 anni (Tabella 2.2.8.01):

- la partecipazione a riunioni di associazioni ecologiche (1,2%) culturali (9,3%) o altro, risulta vicino al dato nazionale;
- lo svolgimento di attività gratuite in tale ambito prevale in associazioni di 'volontariato' (6,7%) piuttosto che 'non di volontariato' (3,1%) o in sindacato (1,5%) e tale divario cresce a livello nazionale.

Tabella 2.2.8.01 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista almeno una delle attività sociali indicate (Marche, Anno 2002)

	<i>Riunioni in associazioni ecologiche, ecc. (a) (b)</i>	<i>Riunioni in associazioni culturali, ecc. (a) (b)</i>	<i>Attività gratuita per assoc. volontariato (a) (b)</i>	<i>Attività gratuita per assoc. non di volontariato (a) (b)</i>	<i>Attività gratuita per un sindacato (a) (b)</i>	<i>Soldi versati ad una associazione (a) (b)</i>
<i>Marche</i>	1,2	9,3	6,7	3,1	1,5	16,1
<i>Centro</i>	1,9	7,7	7,0	2,7	1,6	15,6
<i>Italia</i>	1,7	7,7	9,1	3,0	1,2	17,9

Fonte: ISTAT- 'Cultura socialità e tempo libero. Anno 2002' nell'indagine multiscopo sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana'

(a) Per 100 persone di 14 anni e più della stessa zona.

(b) Almeno una volta l'anno.

L'interesse alla politica nella popolazione regionale over 14 anni mostra il 36,1% di persone che non parlano mai di politica, mentre la parte della popolazione vicina all'argomento mostra un interesse con cadenza settimanale a questo tema (19,4%). La partecipazione a eventi politici come comizi (4,2%) cortei (4,5%) o ascolti di dibattito politico (20,2%) sono leggermente inferiori alla media nazionale. (Tabella 2.2.8.02)

Tabella 2.2.8.02 - Persone di 14 anni e più per frequenza con cui parlano di politica e che hanno svolto le attività indicate (Marche, Anno 2002)
(per 100 persone della stessa zona)

	Parla di politica						Partecipaz. ad un comizio (a)	Partecipaz. ad un corteo (a)	Ascolto di un dibattito politico (a)	Attività gratuita per un partito politico (a)
	Tutti i giorni	Qualche volta alla settimana	Una volta alla settimana	Qualche volta al mese	Qualche volta all'anno	Non parla mai di politica				
Marche	5,1	19,4	5,1	17,8	13,7	36,1	4,2	4,5	20,2	1,3
Centro	9,6	23,8	4,5	15,3	11,9	31,6	4,9	6,2	22,5	1,2
Italia	8,6	21,9	4,4	14,5	11,9	36,6	5,4	5,7	20,4	1,3

Fonte: ISTAT - 'cultura socialità e tempo libero' nell'indagine multiscopo sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana'

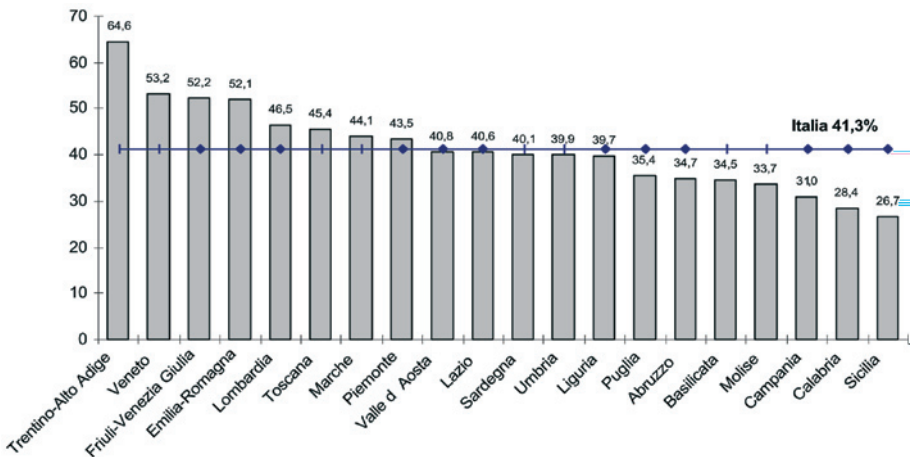
(a) Negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista.

2.2.9 ATTIVITÀ SPORTIVA

La regione Marche in materia di pratica sportiva (44,1%), si attesta leggermente al di sopra del dato nazionale (41,3%) e il trend nazionale a livello territoriale da Nord a Sud mostra un andamento in progressivo decremento (Figura 2.2.9.01)

Nella nostra Regione la popolazione che si avvicina alla discipline sportive si attesta attorno al 58,8% (840 mila), e di questi solo il 22% (314 mila) pratica sport in modo continuativo. Queste proporzioni percentuali si avvicinano a quelle nazionali e dell'Italia centrale, mostrando un incremento del +2,2% rispetto al valore nazionale di persone dedite continuativamente a pratiche sportive. (Tabella 2.2.9.01)

Figura 2.2.9.01 - Persone di 3 anni e più che praticano sport o attività fisica una o più volte a settimana. (Italia, Anno 2000).



Fonte: ISTAT-volume 'Sport e attività fisiche. Anno 2000'

Tabella 2.2.9.01 - Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti. (Marche, Anno 2002)
(dati in migliaia e quozienti per 100 persone della stessa zona)

	Praticano sport		Praticano qualche attività fisica	Non praticano sport	Non indicato	Totale	Praticano sport		Praticano qualche attività fisica	Non praticano sport	Non indicato	Totale
	In modo continuativo	In modo saltuario					In modo continuativo	In modo saltuario				
	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	v.a.	%	%	%	%	%	%
Marche	314	119	407	576	12	1.428	22,0	8,3	28,5	40,3	0,9	100,0
Centro	2.299	1.058	3.068	4.285	87	10.797	21,3	9,8	28,4	39,7	0,8	100,0
Italia	11.046	5.578	15.960	22.911	337	55.833	19,8	10,0	28,6	41,0	0,6	100,0

Fonte: ISTAT-'cultura socialità e tempo libero' nell'indagine multiscopo sulle famiglie 'Aspetti della vita quotidiana'

Rispetto ai soggetti che decidono di intraprendere la pratica sportiva, la percentuale di persone che inizia in età 0-17 anni è pari: al 67% del totale della popolazione regionale e pari al 76,3% del totale nazionale e tale percentuale ovviamente decresce all'aumentare dell'età. (Tabella 2.2.9.02)

Tabella 2.2.9.02 - Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità o saltuariamente per età di inizio della pratica sportiva. (Marche, Anno 2000)
(per 100 persone di tre anni e più della stessa zona che praticano sport con continuità o saltuariamente)

TERRITORIO	Età di inizio della pratica sportiva continuativa o saltuaria											Non indic.	Totale
	fino a 10	11-14	15-17	18-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-59	60-64	65-74		
Marche	41,5	15,9	9,6	4,8	9,2	7,9	4,1	2,4	0,9	0,9	0,4	2,4	100,0
Italia centrale	49,0	16,4	8,9	3,6	6,8	6,6	3,4	2,3	0,5	0,5	0,3	1,7	100,0
Italia	51,0	16,0	9,3	3,9	6,4	5,3	3,2	1,9	0,7	0,5	0,5	1,3	100,0

Fonte: ISTAT-volume 'Sport e attività fisiche. Anno 2000'

Le motivazioni che fanno avvicinare la popolazione marchigiana di 3 anni e più allo sport, sono principalmente lo 'svago' (52,1%) il 'piacere e la passione' (63,6%) e il 'tenersi in formà' (46,8%). Mentre le motivazioni che non fanno avvicinare le persone allo sport sono soprattutto la 'mancanza di tempo' (43,6%) e la 'mancanza di interess' (28,1%) ma non una insufficiente offerta di servizi sportivi (0,9% Marche vs 4,0% in Italia). (Tabella 2.2.9.03 e 2.2.9.04)

Tabella 2.2.9.03 - Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità o saltuariamente per motivo della pratica. (Marche, Anno 2000) (per 100 persone di tre anni e più della stessa zona che praticano sport con continuità o saltuariamente)

TERRITORIO	Motivi della pratica sportiva											
	Svago	Piacere, passione	Tenersi in forma	Scopo terapeutico	Guadagno economico	Frequentare altre persone	Stare in mezzo alla natura	Stare al passo con i tempi	Scaricare lo stress	Per i valori che trasmette	Motivi di lavoro	Altro
Marche	52,1	63,6	46,8	8,2	0,9	22,0	6,5	1,5	23,6	5,5	0,8	1,0
Italia centrale	50,6	63,1	48,8	10,1	0,4	19,1	8,1	0,9	23,4	7,2	0,8	0,9
Italia	49,8	62,9	49,2	10,1	0,5	20,7	10,3	1,3	26,0	8,2	0,6	1,0

Fonte: ISTAT-volume 'Sport e attività fisiche. Anno 2000'

Tabella 2.2.9.04 - Persone di 3 anni e più che non praticano sport per motivo della non pratica. (Marche, Anno 2000)
(per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona che non praticano sport)

TERRITORIO	Motivi per cui non si pratica sport										
	Mancanza di interesse	Mancanza di tempo	Mancanza di impianti o difficoltà a raggiungerli	Orari degli impianti scomodi	Motivi economici	Disabilità	Motivi di salute	Età	Stanchezza pigrizia	Motivi di famiglia	Altro
Marche	28,1	43,6	0,9	1,0	2,5	2,7	14,4	26,8	14,2	8,7	0,6
Italia centra le	29,6	41,4	3,0	1,3	5,3	1,7	13,0	25,6	14,7	8,9	0,9
Italia	29,7	40,6	4,0	1,4	5,3	2,0	13,2	24,7	13,5	10,3	0,9

Fonte: ISTAT-volume 'Sport e attività fisiche. Anno 2000'

Gli sport più praticati nell'anno 2000 sono stati: calcio-calcetto (27,6%), ginnastica attrezzistica danza (22,2%) e nuoto-pallanuoto (18,3%). Le percentuali regionali non si discostano molto dal dato nazionale tranne per la pratica degli sport invernali, che non hanno larga diffusione nel nostro territorio rispetto ad altre zone d' Italia. (Tabella 2.2.9.05)

Tabella 2.2.9.05 - Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità o saltuariamente per tipo di sport praticato. (Marche, Anno 2000) (per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona che praticano sport con continuità o saltuariamente)

TERRITORIO	Tipi di sport praticati											
	Calcio, calcetto	Atletica leggera, podismo	Footing, jogging	Ciclismo	Ginnastica attrezzistica danza	Pallacanestro	Pallavolo	Nuoto, pallanuoto, tuffi	Tennis ed altri sport di racchetta	Sport invernali alpinismo	Caccia	Pesca
Marche	27,6	7,3	4,7	6,9	22,2	3,8	7,9	18,3	6,7	5,2	4,3	2,2
Italia centrale	23,9	5,7	3,9	6,6	27,2	3,1	4,5	21,6	9,6	6,0	3,4	2,3
Italia	25,7	5,9	3,1	7,6	22,9	3,6	5,9	21,4	8,1	12,7	2,1	1,9

Fonte: ISTAT-volume 'Sport e attività fisiche. Anno 2000'

Rispetto all'offerta organizzativa delle società sportive e alla risposta dei praticanti tesserati, l'organizzazione del CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano) specifica che relativamente al 2001 (Tabella 2.2.9.06):

-i praticanti tesserati della FSN (Federazioni sportive nazionali) sono 112.486 e prevalgono sui DSA (Discipline sportive associate) che sono 5.439. Inoltre i primi si trovano in percentuale compresi tra la provincia di Ancona (valore minimo:31%, 35.109 tesserati) e Macerata (valore massimo:21%, 23.432 tesserati); mentre i secondi tra la provincia di Ancona (35%, 1881 tesserati) e Ascoli (16%, 882 tesserati);

-le società sportive e 'altri nuclei' sono 2.377 per la FSN e 164 per i DSA e si distribuiscono nel primo caso nel range tra 21% Macerata e 29% Ancona, mentre nel secondo caso nel range tra 13% Pesaro Urbino e 37% Ancona.

-gli operatori territoriali (Dirigenti, Tecnici e Ufficiali di gara) sono 26.471 nelle FSN e 1.140 nelle DSA e si distribuiscono proporzionalmente alla dislocazione delle società sportive.

**Tabella 2.2.9.06 - Praticanti tesserati, società e operatori FSN – DSA
(a) per provincia. (Marche, Anno 2001) (valori assoluti)**

PROVINCIE	Praticanti tesserati	Società sportive	Altri nuclei	Totale società e altri nuclei	Dirigenti territoriali	Tecnici	Ufficiali di gara	Totale operatori territoriali
Pesaro Urbino	25.746	479	55	534	3.589	1.591	703	5.883
	23%	22%	25%	22%	22%	23%	22%	22%
Ancona	35.109	640	55	695	4.817	2.213	906	7.936
	31%	30%	25%	29%	29%	32%	29%	30%
Macerata	23.432	458	41	499	3.586	1.416	661	5.663
	21%	21%	19%	21%	22%	20%	21%	21%
Ascoli Piceno	28.199	584	65	649	4.387	1.698	904	6.989
	25%	27%	30%	27%	27%	25%	28%	26%
Totale FSN	112.486	2.161	216	2.377	16.379	6.918	3.174	26.471
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Pesaro Urbino	1.532	20	1	21	87	16	10	113
	28%	13%	20%	13%	11%	8%	8%	10%
Ancona	1.881	58	2	60	338	88	63	489
	35%	36%	40%	37%	41%	46%	49%	43%
Macerata	1.144	47	-	47	217	48	33	298
	21%	30%		29%	26%	25%	26%	26%
Ascoli Piceno	882	34	2	36	178	39	23	240
	16%	21%	40%	22%	22%	20%	18%	21%
Totale DSA	5.439	159	5	164	820	191	129	1.140
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Comitato Olimpico Nazionale Italiano (www.coni.it)

(a) FSN(Federazioni sportive nazionali), DSA (Discipline sportive associate)

2.3. Difficoltà e disagio

In questo capitolo si intende illustrare alcuni aspetti di importanti fenomeni che possono rientrare nell'area del disagio minorile e risultare fonte di bisogno sociale, relativo a problematiche di devianza, disadattamento emarginazione, maternità responsabile ed altro. Le principali tematiche affrontate riguardano l'abortività, gli atti di suicidio, i fenomeni legati alle adozioni e agli allontanamenti familiari e la tossicodipendenza.

Relativamente al fenomeno dell'interruzione della gravidanza, che può essere generato o generare situazioni di disagio psicosociale e psicoaffettivo, il dato sull'abortività spontanea per fasce di età, per la classe 15-19anni (130,5 per mille nati vivi) è maggiore delle tre classi d'età successive e della media italiana (123,6) ma rientra nei valori dell'Italia centrale (189) , mentre il dato regionale complessivo standardizzato (103,9 per mille nati vivi) risulta inferiore al valore nazionale; invece il fenomeno dell'abortività volontaria ha un tasso standardizzato (7,4 per mille donne) inferiore al dato nazionale ed un tasso per la classe di età 15-19 anni (5,0 per mille donne) inferiore rispetto alle successive quattro fasce di età (range:8,2-11,3 per 1000 donne).

Altra tematica si riferisce agli atti di suicidio di cui non si rilevano casi denunciati nella fascia di età minore, mentre riferendosi alla popolazione regionale sussiste la prevalenza evidente del genere maschile su quello femminile.

Mentre relativamente al dato sulla scomparsa di minori dalla propria famiglia, negli anni 1999-2002 si osserva un progressivo incremento. (da considerare che i valori essendo molto bassi possono subire importanti variazioni)

L'altra tematica affrontata, riguarda l'adozione e l'affidamento di minori residenti in Italia e all'estero. Essa coinvolge quelle famiglie che desiderano accogliere minori provenienti da situazioni di emarginazione-isolamento o insufficiente contenimento affettivo del nucleo di origine, sia in Italia che all'estero. A tale proposito, si sta rilevando un' andamento discontinuo delle domande di adozione nazionale ed internazionale il cui valore al 2003 risulta rispettivamente pari a 364 e 168; mentre , in detto anno, i decreti definitivi di adozione nazionale e internazionale sono risultati rispettivamente pari a 9 e 76 (di seguito vengono riportano anche i dati, ancora parziali, dell'anno 2004). Dal rapporto della Commissione adozioni internazionali si evince una tendenza crescente di coppie facenti richiesta di autorizzazione all'ingresso in Italia di minori stranieri (nell'anno

2003: 73 per 100.000 ab. di età 30-59 anni); inoltre i bambini autorizzati all'ingresso sono soprattutto di origine europea (al 30 giugno 2004: 174 su 265) ed in età compresa 1-4 anni e 5-9 anni.

Rispetto ai provvedimenti di affidamento, il Tribunale per i minorenni di Ancona nell'anno giudiziario 2002/2003 ha previsto un maggior numero di inserimenti in comunità-istituto (21) rispetto ad affidamenti familiari (6). In relazione a provvedimenti che agiscono sulla potestà genitoriale sono stati previsti in detto periodo 196 limitazioni della potestà rispetto a 48 provvedimenti di regolamentazione e 54 casi di decadenza della potestà; i provvedimenti di allontanamento del minore dalla residenza familiare sono stati approvati in 10 casi.

Il confronto con le registrazioni del semestre 2003/2004 permettono di rilevare probabili tendenze, quali: l'aumento degli affidamenti familiari(9), il trend opposto degli inserimenti in comunità o istituti (8), l'aumento dei provvedimenti di limitazione della potestà genitoriale (164). Complessivamente il numero di provvedimenti che incidono sulla potestà genitoriale sono stati 298 nell'anno giudiziario 2002/2003 e nel primo semestre successivo si è raggiunto il valore di 215 provvedimenti.

Infine l'ultimo tema riguarda il fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti, di cui si cerca di fornire alcune tendenze generali, partendo da rilevazioni afferenti sia le segnalazioni alle Prefetture (presso i Nuclei operativi per le tossicodipendenze) e alle Autorità giudiziarie sia le prese in carico dei Servizi per le tossicodipendenze (SerT).

Rispetto ai dati sulle segnalazioni, la percentuale di nuove segnalazioni ai NOT di minori tossicodipendenti sulla popolazione risulta del 9,5% (Anni 1996-1999) e si riscontra una netta prevalenza del genere maschile sia in riferimento alla popolazione generale che alla fascia di età minore (con un rapporto di mascolinità rispettivamente pari a 11,8 e 12,8). Nell'anno 2001, i tassi relativi al numero di tossicodipendenti su 100.000 ab. fanno riscontrare dei valori regionali più elevati rispetto alla media nazionale, sia se si riportano entrambi i sessi alla popolazione generale (Marche: 102,5 maschi e 9,5 femmine; Italia: 58,5 maschi e 4,3 femmine) che alla fascia 0-17 a.a. (Marche: 68,9 maschi e 10,7 femmine; Italia: 32,9 maschi e 2,9 femmine). Inoltre nelle Marche le segnalazioni per detenzione di sostanze stupefacenti (2001) sono rivolte soprattutto a soggetti provenienti da altra regione.

Relativamente al fenomeno della mortalità tossicologicamente correlata, nel 2001 le segnalazioni per decesso risultano essere: infe-

riori al dato nazionale, se si fa riferimento alla popolazione generale (2,6 deceduti su 100 segnalati), mentre superano del doppio il valore nazionale, se si focalizza l'attenzione sulla fascia di età 15-19 anni (0,7 Marche-0,3 Italia).

Rispetto alla presa in carico nei servizi si possono sviluppare alcune considerazioni, relative all'anno 2003, sulle caratteristiche dell'utenza che viene seguita nella Regione.

La Relazione al Parlamento redatta dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, mostra nelle Marche, a confronto con le altre Regioni:

- una valore regionale tra i più elevati di affluenza dei giovani tra i 14-25 a.a. ai SerT (Servizio tossicodipendenze), pari a 5,44 per 1.000 residenti, nonostante questo possa dipendere sia dal numero assoluto di potenziali fruitori relativi a questa fascia di età sia dalla capacità di risposta e attrattiva del servizio
- una prevalente assunzione di sostanze oppiacee (4,33 su 5,44 per 1000 residenti), in coerente analogia con le altre regioni

In relazione alla tipologia di utenza dei SerT distinta per fascia di età e sesso, essa ha una connotazione di genere maschile (utenza SerT: 3795 maschi, 653 femmine) mentre se si pone attenzione alle classi di età si nota che: i giovani tra i 15-19 anni sono il 4,8% del totale, mentre tra i 20-24 anni la percentuale raggiunge il 16,9%, con prevalenza relativa nelle due fasce di età del genere femminile.

In riferimento all'incidenza dei nuovi casi, negli anni 1999-2003 (valore medio) la classe 20-24 anni rappresenta la fascia in cui si attesta il maggior numero di casi, mentre la fascia 15-19 anni rappresenta l'11,5% del totale dei nuovi casi presi in carico dai SerT.

In ultima analisi, considerando che a tale fenomeno sociale si correlano gravi problematiche di criminalità e devianza, nel capitolo 2.4 vengono proposte alcuni dati sull'affluenza di utenza tossicodipendente nei centri di prima accoglienza e nei servizi sociali giudiziari (USSM).

2.3.1 ABORTIVITÀ

Il rapporto standardizzato di abortività spontanea della regione Marche (103,9) risulta al di sotto del dato nazionale (112,2) e soprattutto del valore del centro Italia (130,2). Le classi di età in cui il valore regionale superano il dato nazionale è quella che va dai 15 ai 19 anni (Marche 130,5, Italia 123,6) e da 40 a 44 anni (Marche 456,9 Italia 440,6). Inoltre tali valori si inseriscono in un contesto di forte differenziazione nelle tre ripartizioni geografiche, che vanno dal massimo del centro Italia (130,2) al minimo del mezzogiorno (101,3). Dal confronto delle fasce di età emerge che la classe 15-19 anni possiede un valore di rapporto di abortività spontanea (130,5) maggiore rispetto alle tre fasce di età successive (range: 85,1-92,7) (Tabella 2.3.1.01).

Tabella 2.3.1.01 - Rapporto di abortività spontanea per 1000 nati vivi per classe di età e regione di residenza. Marche, Anno 2001) (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	130,5	87,0	85,1	92,7	161,0	456,9	880,5	113,7	103,9
Nord	154,2	105,1	97,1	106,3	174,6	439,7	1214,4	128,7	117,7
Centro	189,8	121,6	106,2	116,5	187,6	471,3	1171,9	141,7	130,2
Sud	101,3	84,4	79,5	97,2	163,4	424,3	1122,6	108,2	101,3
ITALIA	123,6	96,1	90,9	105,1	173,6	440,6	1170,5	122,9	112,2

Fonte: ISTAT - indicatori socio-sanitari regionali.

(a) Dati provvisori.

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

Il tasso standardizzato di abortività volontaria riferito alla popolazione femminile marchigiana (7,4) è inferiore a quello nazionale (9,3) e soprattutto alla tendenza del Centro Italia (10,2). I valori marchigiani risultano inferiori al dato nazionale e del centro Italia per tutte le fasce di età considerate. Dal confronto delle fasce di età, la classe 15-19 anni ha un tasso IVG (5,0 per 1000 donne) che raddoppia nelle tre fasce di età successive e risulta inferiore al tasso standardizzato (7,4). (Tabella 2.3.1.02)

Tabella 2.3.1.02 - Tasso di abortività volontaria per 1000 donne per classe di età e regione di residenza. (Marche, Anno 2001).

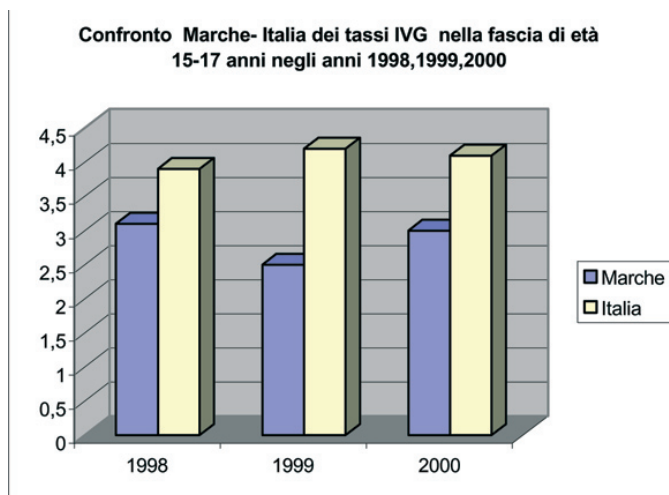
LIVELLO TERRITORIALE	Classi di età							Tasso grezzo	Tasso standardizzato (a)
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
Marche	5,0	10,9	11,3	10,3	8,2	4,1	0,4	7,3	7,4
Nord	7,3	15,5	13,6	12,0	9,5	4,3	0,4	9,0	9,3
Centro	8,1	16,1	15,0	13,4	10,8	4,8	0,4	9,8	10,2
Sud	6,2	12,4	12,5	12,3	10,7	5,4	0,5	8,8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

Fonte: ISTAT - indicatori sociosanitari regionali.

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

Dal confronto Marche - Italia dei tassi IVG negli anni 1998-2000: il dato regionale risulta inferiore al valore italiano e maggiormente variabile rispetto a questo. (Figura 2.3.1.01)

Figura 2.3.1.01 - Tassi IVG nella fascia di età 15-17 anni. (Marche-Italia. Anni 1998-1999-2000)



I valori dell'IVG disaggregati a livello provinciale si hanno relativamente al 1999. In riferimento alla fascia di età 15-19 anni la variazione del tasso è compresa in un range 3,54 AP e 6,42 PU. Il dato regionale in detta classe di età, pari a 5,16, risulta inferiore al dato italiano 7,13 e al corrispondente dato regionale relativo alla popolazione femminile in età feconda (7,54). (Tabella 2.3.1.03)

Tabella 2.3.1.03 - Tasso di IVG per 1.000 donne in età feconda e in età 15-19 anni, per provincia. (Marche, Anno 1999)

<i>Livello</i>	<i>Tasso IVG*</i>	<i>Tasso IVG delle donne in età 15-19 anni**</i>
<i>Pesaro e Urbino</i>	7,42	6,42
<i>Ancona</i>	7,87	6,40
<i>Macerata</i>	8,04	4,08
<i>Ascoli Piceno</i>	6,87	3,54
<i>Marche</i>	7,54	5,16
<i>ITALIA</i>	9,56	7,13

Fonte: ISTAT-sistema indicatori sociali per il territorio

* (IVG / Popolazione femminile residente media in età 15-49 anni) * 1.000

** (IVG di donne in età 15-19 anni / Popolazione femminile residente media in età 15-19 anni) * 1.000

Note: Indicatore costruito con riferimento alle IVG effettuate dalle donne residenti (anche all'esterno dell'area territoriale di riferimento)

2.3.2 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. (Tabella 2.3.2.01 e 2.3.2.02))

Tabella 2.3.2.01 - Suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per sesso e classi di età.(Marche, Anno 2000)

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

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Tabella 2.3.2.02 - Tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per sesso e classi di età (Marche, Anno 2000)

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

Fonte: ISTAT - www.minori.it

Nel 2002 il fenomeno non appare aver subito rilevanti cambiamenti, mentre il prospetto seguente permette di osservare l'andamento in un *range* di età più ampio, che mostra un acuirsi del fenomeno in età più avanzate rispetto alla fascia minorenni, con una connotazione spiccatamente maschile.

Dal confronto tra suicidi e tentativi di suicidio sul totale della popolazione, i primi nel rapporto maschi/femmine hanno una caratterizzazione più di genere maschile rispetto ai secondi. Inoltre dal confronto Marche-l'Italia si osserva nella fascia maggiorenne, oltre i 25 anni, un analogo andamento tra suicidi e tentativi di suicidio, perché con il trascorrere dell'età i primi (suicidi) aumentano mentre i secondi (tentativi di suicidio) subiscono un progressivo calo. (Tabella 2.3.2.03)

Tabella 2.3.2.03 - Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per sesso e classi di età. (Marche, Anno 2002) (a)

	Fino a 13		14-17		18-24		25-44		45-64		65 e oltre		Non indicata		Totale	
Livello	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
<i>Suicidi</i>																
Marche	-	-	-	-	4	-	11	1	14	1	18	4	-	-	47	6
Italia	-	-	35	9	145	27	827	174	862	217	1.015	244	65	18	2.949	689
<i>Tentativi di suicidio</i>																
Marche	-	-	1	-	4	3	26	14	12	7	6	2	1	-	50	26
Italia	6	4	84	56	314	166	1421	666	715	362	344	164	82	36	2966	1454

Fonte: ISTAT- Volume 'Statistiche giudiziarie penali'

(a) Dati rilevati a mezzo di modelli individuali, compilati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei carabinieri in base alle notizie contenute nel rapporto o verbale di denuncia di suicidio o tentativo di suicidio che viene trasmesso all'Autorità giudiziaria.

2.3.3 MINORI SCOMPARI

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). (Tabella 2.3.3.01)

Tabella 2.3.3.01 - 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. (Marche, Anno 1999-2002)

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° semestre 2002

Fonte: ISTAT - www.minori.it

2.3.4 ADOZIONE NAZIONALE E INTERNAZIONALE

Dal confronto dei provvedimenti relativi alle adozioni nazionali e internazionali, emessi dal Tribunale dei Minorenni di Ancona negli anni 2002- (semestre) 2004, si osserva:

- un andamento discontinuo negli anni del numero di domande di adozione sia nazionale che internazionale. Dall'osservazione del primo semestre 2004, le domande sembrerebbero in aumento, avendo raggiunto rispettivamente il 65% e 75% del numero di decreti dell'anno precedente. Nel 2003 i decreti di disponibilità all'adozione internazionale risultano il 49% rispetto all'adozione nazionale (adozione internazionale 178; adozioni nazionali 364) (Tabella 2.3.4.01);
- i decreti di idoneità all'adozione internazionale sembrano avere un andamento scarsamente variabile: nell'anno 2003 sono risultati pari a 150 (in leggero calo rispetto al 2002), mentre il semestre 2004 ha raggiunto fin'ora il 53% del precedente anno. La percentuale di provvedimenti rigettati sugli accolti differisce nei periodi di riferimento (anno 2002: 9%; anno 2003: 11%; semestre 2004: 5%) (tabella 2.3.4.02);
- i decreti di affidamento preadottivo sono risultati nell'anno 2003 pari a 11 (nazionali) e 5 (internazionali) (Tabella 2.3.4.03);
- i decreti definitivi di adozione hanno un andamento discontinuo e dall'osservazione del primo semestre 2004 soprattutto per l'adozione internazionale il trend sembra in incremento (69 decreti; il 90% del valore nell'anno 2003) (Tabella 2.3.4.04).

**Tabella 2.3.4.01 - Domande di adozione nazionale e internazionale.
(Marche, Anno 2002, 2003, 1°-2° trimestre 2004)**

	2002	2003	2004 (1°-2° trimestre)
Disponibilità all'adozione nazionale	392	364	235
Disponibilità all'adozione internazionale	183	178	134

Fonte⁸: Tribunale per i Minorenni delle Marche.

Presidente del Consiglio dei Ministri – Commissione Adozioni Internazionale.

**Tabella 2.3.4.02 - Decreti di idoneità all'adozione internazionale.
(Marche, Anno 2002, 2003, 1°-2° trimestre 2004)**

	2002	2003	2004 (1°-2° trimestre)
Accolti	155	150	80
Rigettati	14	17	4

Fonte: Tribunale per i Minorenni delle Marche.

Presidente del Consiglio dei Ministri – Commissione Adozioni Internazionale.

8) Nel capitolo 2.3.4 i dati relativi alle tabelle con fonte ufficiale del Tribunale per i minorenni, sono stati ripresi dal sito del Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Marche (www.infanzia-adolescenza.marche.it).

9) Attualmente, secondo l'evoluzione della normativa in materia, per alcuni paesi stranieri non è previsto il periodo obbligatorio di affidamento preadottivo conseguente l'ingresso del bambino straniero in Italia.

**Tabella 2.3.4.03 - Decreti di affidamento preadottivo⁸.
(Marche, Anno 2002,2003, 1°-2° trimestre 2004)**

	2003	2004 (1° 2° trimestre)
Nazionali	11	4
Internazionali	5	3

Fonte: Tribunale per i Minorenni delle Marche.

Presidente del Consiglio dei Ministri – Commissione Adozioni Internazionale.

**Tabella 2.3.4.04 - Decreti definitivi di adozione nazionale e internazionale.
(Marche, Anno 2002,2003, 1°-2° trimestre 2004)**

Decreti	2002	2003	2004 (1° 2° trimestre)
Nazionali	10	9	6
Internazionali	56	76	69

Fonte: Tribunale per i Minorenni delle Marche.

Presidente del Consiglio dei Ministri – Commissione Adozioni Internazionale.

Dal Rapporto della Commissione per le adozioni internazionali emergono alcune recenti tendenze di seguito riportate.

Cresce, sia nelle Marche che in Italia, il numero delle coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso nel nostro Paese di minori stranieri; infatti dal 2002 al 2003 il valore è raddoppiato e nel primo semestre 2004 si è raggiunto il 66% dell'anno precedente (Tabella 2.3.4.05).

**Tabella 2.3.4.05 - Coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso in Italia di minori stranieri secondo la regione di residenza e l'anno della richiesta
(Marche, al 30 giugno 2004).**

(Valori assoluti, valori percentuali e tassi per 100.000 abitanti di 30-59 anni)

Livello	Anni					Totale	Valori percentuali	Tasso medio annuo
	2000 (a)	2001	2002	2003	2004 (b)			
Marche	13	53	37	73	48	224	3,0	10,2
Totale	386	1.843	1.530	2.312	1.348	7.419	100,0	8,3

(a) dal 16.11.2000 al 31.12.2000

(b) dal 01.01.2004 al 30.06.2004

Fonte: Rapporto Commissione per le adozioni internazionali.

Nel 2004 i minori stranieri autorizzati all'ingresso in Italia (con genitori adottivi residenti nelle Marche) risultano essere prevalentemente di origine europea (174 su 265), mentre il continente da cui proviene il minor numero di bambini adottati è l'Africa; i dati delle Marche sono in linea con le tendenze nazionali. (Tabella 2.3.4.06)

Tabella 2.3.4.06 - 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. (Marche, al 30 giugno 2004).

Continenti	Africa	America	Asia	Europa	Totale
Livello					
Marche	2	59	30	174	265
Totale	343	1.919	925	5.562	8.749

Fonte: Rapporto Commissione per le adozioni internazionali

Nello stesso anno 2004, i minori autorizzati all'ingresso in Italia, che hanno genitori adottivi residenti nelle Marche, appartengono soprattutto alla fascia di età 1-4 anni (151) e 5-9 anni (87). (Tabella 2.3.4.07)

Tabella 2.3.4.07 - 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 (Marche, al 30 giugno 2004)

Livello	<1 anno	1-4 anni	5-9 anni	10 anni e più	Totale
Marche	17	151	87	10	265
Totale	607	4.257	2.872	1.013	8.749

Fonte: Rapporto Commissione per le adozioni internazionali

2.3.5 AFFIDAMENTI E PROVVEDIMENTI A TUTELA DEL MINORE

Nell'anno giudiziario 2002/2003, in materia di affidamenti familiari la decisione prevalente del Tribunale per i Minorenni di Ancona risulta per inserimenti in comunità o istituti (21) rispetto all'affidamento a famiglie(6).(Tabella 2.3.5.01).

In riferimento ai provvedimenti sulla potestà genitoriale prevalgono quelli relativi alla limitazione (196) rispetto a quelli di regolamentazione (48) e sulla decadenza della potestà si registra un dato pari a 54 provvedimenti. Il confronto con il semestre dell'anno successivo 2003/2004 mostra dei segnali di alcuni probabili andamenti:(Tabella 2.3.5.01)

- aumento degli affidamenti familiari, che hanno superato nel semestre (9 provvedimenti) il valore dell'anno precedente (6 provvedimenti); mentre gli inserimenti in comunità (8) non raggiungono il 50% di quelli dell'anno precedente (21);
- tra i provvedimenti relativi alla potestà genitoriale sembrano in incremento quelli di decadenza della potestà (semestre 2003/2004:37, anno giudiz. 2002/2003: 54) e soprattutto i provvedimenti di limitazione (164) che hanno raggiunto nel semestre l'84% di quelli dell'anno precedente; mentre si registrano 14 provvedimenti di regolamentazione a fronte dei 48 dell'anno prima.

Infine nel medesimo periodo di riferimento i provvedimenti di allontanamento del minore nell'anno giudiziario 2002/2003,sono stati accolti in maggior numero ai sensi dell'articolo 333 c.c. (9 provvedimenti su 10) (Tabella 2.3.5.02).

Tabella 2.3.5.01 - Provvedimenti a tutela del minore emessi dal Tribunale minorenni di Ancona - Anno giudiziario 2002/2003 e 2003/2004 (1° semestre).

	<i>N.Provvedimenti accolti</i>	
	Anno giudiziario 2002/2003	Anno giudiziario 2003/2004 (1°-2° trimestre)
<i>Affidamenti familiari (art 4 c.2)</i>	6	9
<i>Affidamenti a comunità alloggio o istituti</i>	21	8
<i>Prescrizioni ai genitori (art.12)</i>	0	0
<i>Provvedimenti per la decadenza della potestà di genitori (art. 330 c.c.)</i>	54	37
<i>Provvedimenti limitativi della potestà di genitori (art. 333 c.c.)</i>	196	164
<i>Provvedimenti per la regolamentazione della potestà di genitori naturali (art. 317 bis c.c.)</i>	48	14

Fonte:Tribunale per i minorenni di Ancona

Tabella 2.3.5.02 - Provvedimenti di allontanamento del minore dalla residenza familiare. Anno giudiziario 2002/2003 e 2003/2004 (1° semestre).

	<i>N. provvedimenti accolti</i>	
	Anno giudiziario 2002/2003	Anno giudiziario 2003/2004 (1°-2° trimestre)
<i>Ai sensi dell'art. 333 c.c.</i>	9	1
<i>Ai sensi dell'art. 336 c.c.</i>	1	0
<i>Ai sensi dell'art. 10 c.c.</i>	0	0

Fonte:Tribunale per i minorenni di Ancona

2.3.6 TOSSICODIPENDENZA

In riferimento al fenomeno della tossicodipendenza, si riportano di seguito sia dati relativi alle segnalazioni rivolte alle prefetture e alle autorità giudiziarie, sia dati riguardanti l'utenza presa in carico dai Servizi tossicodipendenze della Regione Marche (SerT).

Nel periodo 1996-1999 le segnalazioni di casi di tossicodipendenza relative ai minorenni, nella regione Marche hanno interessato soprattutto il genere maschile (371 su 400); il dato, in termini percentuali sui tossicodipendenti di tutte le età, evidenzia un valore regionale (9,5%) analogo a quello nazionale (9,3), mentre il dato delle femmine minorenni delle Marche è inferiore al dato nazionale (8,8% contro il 10,1%).(Tabella 2.3.7.02)

Tabella 2.3.6.01 - 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

*NOT: Nucleo Operativo Tossicodipendenze.

Nel 2001 le segnalazioni di nuovi casi di minori sorpresi in possesso di sostanze stupefacenti hanno riguardato in misura maggiore regioni diverse da quelle di residenza della persona segnalata, il dato marchigiano è in linea con quello nazionale.(Tabella 2.3.7.03)

Inoltre se si guarda l'intera popolazione residente, per genere ed età, si coglie un divario di genere con prevalenza del genere maschile, sia nella fascia di età minore che per la generalità della popolazione tossicodipendente; mentre per il genere femminile il tasso di tossicodipendenti per 100.000 abitanti (sia minorenni che maggiorenni), pur rimanendo inferiore a quello maschile, è più elevato di quello nazionale (+7,8% per le minorenni marchigiane e +5,2% per le donne tossicodipendenti senza distinzione di età).(Tabella 2.3.7.04)

Tabella 2.3.6.02 - 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

Tabella 2.3.6.03 - Nuovi minori segnalati ex art. 75 DPR 309/90 minorenni e in totale per sesso e regione di segnalazione. (Marche, Anno 2001)

Regioni	Rapporto mascolinità		Tassi per 100.000 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 i decessi tossicologicamente correlati all'uso di sostanze, nelle Marche sono stati 22 decessi e 1000 segnalazioni. In particolare rispetto ai tassi dei decessi su 100 segnalazioni: senza distinzione di età, il dato regionale (2,6%) risulta inferiore a quello nazionale (3,7%); mentre se si osserva la percentuale dei decessi sui 100 segnalati in età 15-19 il valore delle Marche (0,7) supera il doppio del dato nazionale (0,3). (Tabella 2.3.7.06)

Tabella 2.3.6.04 - Decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti e segnalati alle autorità giudiziarie per regione (Marche, 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

L'indicatore della seguente tabella (Utenza Servizi per le Tossicodipendenze (Sert) per sostanza primaria), si riferisce alla percentuale di giovani che, relativamente alla popolazione residente, si rivolgono ai SerT per il trattamento delle dipendenze, in base alla tipologia di sostanza per la quale è richiesto il trattamento. La misura è quindi relativa agli utenti che ricercano il trattamento e non a tutti i soggetti con problemi di dipendenza (che si stima essere il doppio). È quindi possibile che l'indicatore risenta della capacità di attrazione delle strutture territoriali per tossicodipendenti. I dati rilevati mostrano una discreta variabilità interregionale e le Marche mostrano tassi di utenza tra i più alti. (Tabella 2.3.7.01)

Tabella 2.3.6.05- Utenti SerT in età 14-25 anni per tipo di sostanza consumata. (per 1.000 residenti) (Italia, Anno 2002).

REGIONE (a)	TUTTE LE			
	SOSTANZE	OPPIACEI	COCAINA	ALTRO
TRENTINO AA	0,49	0,43	0,01	0,05
LAZIO	1,30	1,09	0,11	0,12
BASILICATA	1,61	1,56	0,04	0,01
VALLE D'AOSTA	2,44	2,24	0,14	0,07
CALABRIA	2,66	2,22	0,10	0,34
PUGLIA	2,73	Nd	Nd	Nd
CAMPANIA	2,75	2,14	0,20	0,41
LOMBARDIA	3,09	2,29	0,38	0,42
EMILIA ROMAGNA	3,29	2,43	0,30	0,56
PIEMONTE	3,49	2,94	0,16	0,40
ERIL	3,79	3,03	0,14	0,63
TOSCANA	3,98	Nd	Nd	Nd
VENETO	4,63	3,53	0,29	0,81
ABRUZZO	5,43	4,19	0,26	0,98
MARCHE	5,44	4,33	0,34	0,78
LIGURIA	5,96	4,72	0,29	0,95

Fonte: Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali (Relazione al Parlamento)

(a) i dati delle regioni Umbria, Molise, Sicilia e Sardegna non sono disponibili

Riguardo l'utenza dei SerT operanti in ambito regionale, secondo la distinzione per fascia di età, si riportano i dati relativi all'anno 2003¹⁰. I valori evidenziano come in generale nella fascia d'età 15-19 anni risultino il 4.7% dei soggetti in carico (il 4.2% dei maschi ed il 7.4% delle femmine), mentre nella fascia d'età 20-24 risultano il 17.2% degli utenti (il 16.5% dei maschi ed il 21.1% delle femmine).

Si rilevano differenze tra i vari Servizi ed il maggior numero di utenti in carico risulta ad Ancona, San Benedetto del Tronto, Civitanova ed Ascoli Piceno.

10) I dati si riferiscono agli assistiti che non necessariamente risultano residenti nelle Zone territoriali di competenza, pertanto non è definibile il denominatore.

Tabella 2.3.6.06 - N. totale soggetti in carico ai SerT regionali (nuovi + già in carico) per SerT e fascia d'età. Maschi. (Marche, Anno 2003).

ZT	SerT	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	N.s. (*)	Tot.
1	PESARO	-	7	51	64	63	59	63		307
1	NOVAFELTRIA	-	-	8	5	4	3	2		22
2	URBINO	-	19	52	34	29	29	16		179
3	FANO	-	9	52	41	38	27	40		207
3	FOSSOMBRONE	-	19	15	49	40	12	50		185
4	SENIGALLIA	-	17	60	101	52	67	31		328
5	JESI	-	13	46	38	39	46	29		211
6	FABRIANO	-	3	9	18	16	14	33		93
7	ANCONA	-	8	51	93	123	104	106	1	486
8	CIVITANOVA	-	13	80	78	88	92	28		379
9	MACERATA	-	18	55	76	67	41	23		280
10	CAMERINO	-	1	13	26	12	12	17		81
11	FERMO	-	5	34	51	69	77	64		300
12	S. BENEDETTO	-	23	61	139	96	43	10		372
13	ASCOLI PICENO	-	4	40	86	111	75	49		365
ASUR	TOTALE	-	159	627	899	847	701	561	1	3795

(*) Ad Ancona è compreso 1 caso con età non specificata

Fonte: Regione Marche – Servizio assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria

Tabella 2.3.6.07 - N. totale soggetti in carico ai SerT regionali (nuovi + già in carico) per SerT e fascia d'età. Femmine. (Marche, Anno 2003).

ZT	SerT	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	Tot.
1	PESARO	-	7	11	8	11	9	13	59
1	NOVAFELTRIA	-	1	1	-	-	-	-	2
2	URBINO	-	3	18	6	4	1	-	32
3	FANO	-	9	14	11	19	16	13	82
3	FOSSOMBRONE	-	5	8	4	2	2	3	24
4	SENIGALLIA	-	3	16	9	11	9	4	52
5	JESI	-	1	12	14	8	6	3	44
6	FABRIANO	-	3	5	2	5	8	22	45
7	ANCONA	-	1	10	24	15	14	14	78
8	CIVITANOVA	-	3	8	10	9	3	-	33
9	MACERATA	-	2	7	7	7	5	2	30
10	CAMERINO	-	1	1	6	9	2	1	20
11	FERMO	-	2	9	9	11	14	7	52
12	S. BENEDETTO	-	6	8	25	11	3	4	57
13	ASCOLI PICENO	-	1	10	12	7	8	5	43
ASUR	TOTALE	-	48	138	147	129	100	91	653

Fonte: Regione Marche – Servizio assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria

Tabella 2.3.6.08 N. totale soggetti in carico ai SerT regionali (nuovi + già in carico) per SerT e fascia d'età. Totali. Marche, Anno 2003).

ZT	SerT	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	N.s. (*)	Tot.
1	PESARO	-	14	62	72	74	68	76		366
1	NOVAFELTRIA	-	1	9	5	4	3	2		24
2	URBINO	-	22	70	40	33	30	16		211
3	FANO	-	18	66	52	57	43	53		289
3	FOSSOMBRONE	-	24	23	53	42	14	53		209
4	SENIGALLIA	-	20	76	110	63	76	35		380
5	JESI	-	14	58	52	47	52	32		255
6	FABRIANO	-	6	14	20	21	22	55		138
7	ANCONA	-	9	61	117	138	118	120	1	564
8	CIVITANOVA	-	16	88	88	97	95	28		412
9	MACERATA	-	20	62	83	74	46	25		310
10	CAMERINO	-	2	14	32	21	14	18		101
11	FERMO	-	7	43	60	80	91	71		352
12	S. BENEDETTO	-	29	69	164	107	46	14		429
13	ASCOLI PICENO	-	5	50	98	118	83	54		408
ASUR	TOTALE	-	207	765	1046	976	801	652	1	4448

Fonte: Regione Marche – Servizio assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria

(*) Ad Ancona è compreso 1 caso con età non specificata

Riferito al periodo 1999-2003, si riporta di seguito il numero medio annuale dei nuovi utenti dei SerT, distinti per fasce di età. Dai dati emerge che il numero medio di nuovi utenti con età compresa tra 15 e 19 anni rappresenta il 11.4% del totale, mentre la fascia d'età 20-24 rappresenta il 27.4% e risulta la classe in cui si registra il maggior numero di nuovi casi. Per quanto riguarda l'attività dei vari Servizi, per i nuovi soggetti in carico mediamente ogni anno, si rilevano valori più elevati per le sedi di Civitanova Marche, Ancona e Fermo

Tabella 2.3.6.09 - Numero medio annuale di nuovi casi per SerT e fascia d'età. (Marche, Anni 1999-2003)

ZT	SerT	< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	>39	N.D. (*)	Tot.
1	PESARO-NOVAFELTRIA	0	7	27	22	22	20	11	3	112
2	URBINO	0	18	29	13	7	4	2		73
3	FANO	0	16	25	16	12	6	7		83
3	FOSSOMBRONE	0	15	25	16	13	5	6		80
4	SENIGALLIA	0	7	14	10	4	3	1		39
5	JESI	0	17	27	13	6	5	2		70
6	FABRIANO	1	4	8	9	8	9	23		62
7	ANCONA	0	6	26	31	21	13	12	4	113
8	CIVITANOVA	0	16	45	47	39	28	15		190
9	MACERATA	0	4	23	26	13	7	3		76
10	CAMERINO	0	5	5	18	8	7	6		49
11	FERMO	0	9	31	32	22	10	6		110
12	S. BENEDETTO	0	7	18	13	14	7	4		63
13	ASCOLI PICENO	0	2	19	16	12	6	3		58
ASUR	TOTALE	0	134	322	282	201	130	101	4	1174

Fonte: Regione Marche – Servizio assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria

Per i SerT di Fabriano, Macerata e Camerino i dati disponibili sono relativi a 4 anni

(*) Per Pesaro/Novafeltria e per Ancona, il numero medio totale è maggiorato di 3 e di 4 unità in considerazione dei soggetti per i quali non è disponibile l'età.

2.4. Criminalità e giustizia

Il tema della criminalità risulta strettamente correlato alla diffusione degli atteggiamenti di devianza giovanile, che in alcuni casi si configurano come manifestazione di forme di disagio personale e in tal senso il ricorso ad alcuni istituti giuridici (messa alla prova, misure alternative alla detenzione...) concorre ad azioni di recupero psico-sociale e di rieducazione verso comportamenti che trasgrediscono le regole del vivere sociale.

In relazione alle denunce, i dati riferiti al 2000 rilevano un tasso per 100.000 abitanti in età 14-17 anni (1166,1) al di sotto della media nazionale (1638,1). Nel 2001 si evidenzia la prevalenza di denunce riferite a minori italiani piuttosto che stranieri, nonostante la percentuale regionale dei minori stranieri sul totale (25%) superi quella nazionale (22%) e si rileva che tale percentuale riguarda minori provenienti soprattutto dall'ex Jugoslavia e Albania. Le cause che hanno maggiormente riguardato le denunce riguardano reati contro il patrimonio (341 nel 2001, 384 nel 2002) e contro la persona (265 nel 2001, 237 nel 2002) e questi ultimi rispetto al totale dei reati superano di sette punti percentuali, nel 2002, il dato nazionale (Marche 31%-Italia 24%).

In materia di giustizia minorile le attività della Procura del Tribunale per i Minorenni nell'anno 2001/2002 mostra capacità di esaurire i procedimenti insorti nell'anno giudiziario; soprattutto per la notevole incidenza, nell'attività di definizione dei procedimenti, dei casi di richiesta di archiviazione ('infondatezza notizia di reato', 'mancanza di condizioni di procedibilità') e di rinvio a giudizio ordinario; mentre l'attività del Giudice delle Indagini Preliminari mostra analoga tendenza e nella sua attività di definizione dei procedimenti prevalgono i decreti di archiviazione ('per altro motivo' e 'per infondatezza notizia di reato').

Inoltre riguardo gli attori del sistema della giustizia minorile, tra i Servizi minorili della Regione si forniscono dati sull'Ufficio Servizio Sociali Minorile¹¹ e i Centri di Prima Accoglienza¹², secondo quanto riportato dalla Banca dati del Ministero della giustizia.

Rispetto all'attività dell' Ufficio servizi sociali minorili, nell'anno 2003 esso ha preso in carico minori per occuparsi nelle varie fasi del processo:

- dell'elaborazione di progetti di messa alla prova¹³, soprattutto nella fase delle indagini preliminari;
- di misure cautelari, applicabili ad indiziati minorenni, che nello specifico hanno riguardato soprattutto prescrizioni;

11) Il Ministero della giustizia precisa che l'USSM fornisce assistenza ai minorenni autori del reato in ogni stato e grado del procedimento penale.

12) I CPA ospitano i minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro 96 ore dall'arresto fermo o accompagnamento, assicurando la custodia dei minorenni pur non essendo strutture di tipo carcerario.

13) Tale istituto viene previsto nel DPR 448/88 art 28: "Il giudice, sentite le parti, può disporre con ordinanza la sospensione del processo quando ritiene di dover valutare la personalità del minorenne all'esito della prova disposta a norma del comma 2. Il processo è sospeso per un periodo non superiore a tre anni quando si procede per reati per i quali è prevista la pena dell'ergastolo o della reclusione non inferiore nel massimo a dodici anni; negli altri casi, per un periodo non superiore a un anno. Durante tale periodo è sospeso il corso della prescrizione (c.1). Con l'ordinanza di sospensione il giudice affida il minorenne ai impartire

minorili dell'amministrazione della giustizia per lo svolgimento, anche in collaborazione con i servizi locali, delle opportune attività di osservazione, trattamento e sostegno. Con il medesimo provvedimento il giudice può impartire prescrizioni dirette a riparare le conseguenze del reato e a promuovere la conciliazione del minore con la persona offesa dal reato (c.2)"

14) Il dato reperibile nel sito ISTAT non è riportato in tabella.

- mentre delle misure alternative alla detenzione, nel suddetto anno non sono stati riscontrati casi .

Rispetto all'attività dei Centri di prima accoglienza che ospitano minori in stato di fermo arresto o accompagnano sino all'udienza di convalida; nel suddetto anno risulta esser stata ospitata una utenza soprattutto di origine italiana, di sesso maschile e giunta prevalentemente tramite provvedimenti di arresto. Il transito in queste strutture generalmente implica che al momento dell'uscita in presenza degli estremi per continuare l'iter giudiziario, venga applicata una misura cautelare (nello specifico del nostro contesto territoriale nel 2003 è stato prevalentemente il collocamento in comunità).

Da queste rilevazioni, l'ISTAT ha estratto il dato¹⁴ riferito ai minori assuntori di sostanze stupefacenti:

- nei Centri di prima accoglienza gli ingressi di questi ultimi risultano il 23,8% rispetto al totale degli inserimenti (5 su 21), di cui tutti di origine italiana
- tra i casi seguiti dall' USSM, essi costituiscono l'8,2% (media nazionale 2%) rispetto al totale delle nuove prese in carico (24 su 291), di cui la maggior parte di origine italiana;

in entrambe le situazioni si continua a confermare la prevalenza del genere maschile su quella femminile .

2.4.1 DENUNCE

Nella regione Marche le denunce verso soggetti minorenni si registrano con un tasso di 1166,01 su 100.000 abitanti di età 14-17 anni (11,6% su ab. in età 14-17 anni). A livello provinciale il tasso varia in un range compreso tra 1352,77 di Macerata e 912,43 di Ascoli Piceno. (Tabella 2.4.1.01)

Secondo la tipologia di delitto, a livello provinciale risultano:

- le denunce per delitti contro la persona soprattutto nella provincia di Macerata, con un tasso (602,2) doppio rispetto alla media regionale;
- le denunce per delitti contro la famiglia e la moralità non sono state rilevate;
- le denunce per delitti contro il patrimonio prevalgono nella provincia di Pesaro Urbino con un tasso (696,62) e sono la tipologia di delitto più rilevante nella Regione (tasso regionale 557,42);
- le denunce contro l'economia e la fede pubblica prevalgono nella provincia di Macerata con un tasso pari a 261,83

Tabella 2.4.1.01 - Minorenni denunciati secondo il tipo di delitto e provincia.
(Marche, Anno 2000). (per 100.000 abitanti in età 14-17 anni)

	<i>Pesaro e Urbino</i>	<i>Ancona</i>	<i>Macerata</i>	<i>Ascoli Piceno</i>	<i>Marche</i>	<i>Centro Italia</i>	<i>ITALIA</i>
<i>Minorenni denunciati</i>	1330,62	1133,16	1352,77	912,43	1166,01	1825,81	1638,1
<i>Minorenni denunciati per delitti contro la persona.</i>	305,26	246,89	602,2	306,41	350,9	371,77	387,65
<i>Minorenni denunciati per delitti contro la famiglia e la moralità.</i>	0	0	0	0	0	3,64	6,6
<i>Minorenni denunciati per delitti contro il patrimonio.</i>	696,62	620,39	445,1	456,22	557,42	1140,31	897,7
<i>Minorenni denunciati per delitti contro l'economia e la fede pubblica.</i>	226,99	202,58	261,83	115,76	197,38	237,48	237,8
<i>Minorenni denunciati per altri tipi di delitto.</i>	101,75	63,31	43,64	34,05	60,31	72,6	108,34

Fonte: ISTAT- Sistema di indicatori sociali

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 più alto che in Italia (33% contro 28%)(Tabella 2.4.1.02)

Tabella 2.4.1.02 - Denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni secondo la Regione in cui il delitto è stato commesso. Italiani e stranieri.
(Marche, Anno 2001)

<i>Livello territoriale</i>	<i>Italiani</i>	<i>Stranieri</i>	<i>Totale</i>
<i>Marche</i>	609	201	810
<i>ITALIA</i>	31.065	8.720	39.785

Fonte: Ministero della giustizia

Rispetto alle maggiori categorie di reato commesso da minorenni e denunciato alle Procure della Repubblica del Tribunale per i minorenni, confrontando gli anni 2001 e 2002 emerge un decremento complessivo del numero di denunce (810 nel 2001, 763 nel 2002), ma in particolare le categorie di reato in calo sono: reati contro la persona, contro economia e fede pubblica e contro lo Stato, mentre in aumento i reati contro il patrimonio. (Nel 2002 il maggior dettaglio dei dati permette di evidenziare in ciascuna categoria, la prevalenza di denunce per lesioni personali volontarie (reati contro la persona), furto (reati contro il patrimonio), produzione e spaccio di stupefacenti (reati contro l'economia) e a questo si aggiunge una forte caratterizzazione di genere a favore della componente maschile, che costituisce l'85% del totale dei minorenni denunciati. Invece rispetto ai minorenni denunciati nel 2002 per cui è iniziata l'azione penale, il dettaglio per provincia nel 2002 permette di confermare quanto detto precedentemente e di osservare un range dei minorenni denunciati compreso tra la provincia di Macerata (53) e Ancona (117). (Tabella 2.4.1.03, 2.4.1.04 e 2.4.1.05).

Tabella 2.4.1.03 - 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. (Marche, Anno 2001)

Livello territoriale	CATEGORIE DI REATO					
	contro la persona	contro il patrimonio	contro economia e fede pubblica	contro lo Stato	altri delitti	totale
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

Tabella 2.4.1.04 - Minorenni denunciati alle Procure per minorenni per gruppi di delitti, sesso e la regione in cui il delitto fu commesso. (Marche, Anno 2002)

		Marche	Italia	Marche	Italia
		Maschi e Femmine		Femmine	
Contro la persona	Omicidio volontario	-	64	-	2
	Lesioni personali volontarie	76	3.383	11	502
	Violenze sessuali	11	588	-	6
	Totale	237	9.734	32	1.348
Contro il patrimonio	Furto	241	12.901	49	3.526
	Rapina, estorsione, sequestro di persona	27	2.247	7	255
	Ricettazione	40	2.860	2	232
	Totale	384	22.095	71	4.741
Contro l'economia e fede pubblica	Produzione e spaccio di stupefacenti	83	4.072	4	291
	Totale	104	5.751	8	598
Contro lo Stato		28	2.064	3	402
Altri delitti		10	903	-	57
Totale		763	40.547	114	7.146

Fonte: ISTAT-Volume 'Statistiche giudiziarie penali Anno 2002'

Tabella 2.4.1.05 - Persone minorenni denunciate, per i quali l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale, per sesso e provincia. (Marche, Anno 2002)

CATEGORIE DI REATO		Pesaro	Ancona	Macerata	Ascoli Piceno	Marche
Contro la persona	MF	23	37	14	16	90
	F	-	4	3	-	7
Contro il patrimonio	MF	70	65	26	58	219
	F	14	9	1	7	31
Contro economia e fede pubblica	MF	15	7	12	19	53
	F	-	1	1	2	4
Contro la famiglia, la moralità pubblica	MF	2	-	1	-	3
	F	-	-	-	-	-
Contro lo Stato	MF	1	6	-	6	13
	F	-	1	-	1	2
Altri delitti	MF	1	2	-	1	4
	F	-	-	-	-	-
Totale	MF	111	117	53	100	382
	F	14	15	5	10	44

Fonte: ISTAT-Volume 'Statistiche giudiziarie penali. Anno 2002'.

Relativamente all'anno 2001 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 i territori con la maggiore concentrazione di casi. I valori relativi a questi paesi sono in generale scesi nel 2002 (eccetto l'aumento del dato del Marocco) nonostante essi continuino a rimanere le zone estere di maggior provenienza dei minorenni stranieri denunciati. (Tabella 2.4.1.06 e 2.4.1.07)

Tabella 2.4.1.06 - 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. (Marche, 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

Tabella 2.4.1.07 - Minorenni denunciati di cittadinanza straniera, per regione in cui fu commesso il delitto e Paese. (Marche, Anno 2002)

<i>Paesi</i>	<i>Marche</i>	<i>Italia</i>
Unione europea	4	320
di cui:		
Francia	1	81
Germania	1	134
Regno Unito	2	17
Spagna	-	34
Altri paesi europei	104	6.592
di cui:		
Albania	44	1.307
Bosnia-Erzegovina	2	332
Croazia	4	694
Jugoslavia (Serbia-Montenegro)	13	2.022
Macedonia	5	69
Romania	25	1.848
Slovenia	1	31
Africa	38	2.455
di cui:		
Algeria	3	357
Marocco	24	1.822
Senegal	5	57
Tunisia	3	99
Asia	8	249
di cui:		
Bangladesh	-	29
Cina/Rep. Popolare	1	64
Iraq	1	24
Israele	-	30
America Settentrionale	-	21
di cui:		
Canada	-	4
Stati Uniti	-	17
America Centro-Meridionale	9	327
di cui:		
Argentina	-	12
Brasile	3	64
Cile	3	28
Colombia	1	31
Ecuador	-	90
Perù	2	46
Rep. Dominicana	-	27
Oceania	-	4
di cui:		
Australia	-	3
TOTALE	163	9.968

Fonte: ISTAT-Volume 'Statistiche giudiziarie penali'

2.4.2 ATTIVITÀ GIUSTIZIA MINORILE

In riferimento all'attività della giustizia minorile¹⁵, i dati dell'attività della Procura presso il Tribunale per i Minorenni di Ancona nell'anno giudiziario 2001/2002, permettono di evidenziare i seguenti elementi (Tabella 2.4.2.01, 2.4.2.02 e 2.4.2.03):

- una sostanziale capacità di esaurire i procedimenti penali sopravvenuti nell'anno, con un rapporto tra attività annuale e "pendenze" migliore del dato nazionale;
- nella definizione dei procedimenti i valori più alti si hanno per le richieste di archiviazione sia per 'mancanza delle condizioni di procedibilità' (286) e che per 'infondatezza notizia di reato' (213); mentre la definizione dei procedimenti per richiesta di rinvio a giudizio ordinario (286) avviene nel 48% dei casi rispetto alla richiesta di archiviazione e tale rapporto è leggermente inferiore a quello nazionale (51%);
- 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.

15) si riportano dati relativi all'anno giudiziario 2001/2002 sino all'anno 2003, mostrando i movimenti dei procedimenti penali-civili e l'attività di definizione di questi ultimi, in relazione ai diversi Uffici di giustizia minorile. Purtroppo i periodi di riferimento delle tavole non sempre permettono di fare opportuni confronti.

Tabella 2.4.2.01 - Movimento dei procedimenti penali della Procura presso Tribunale per i minorenni (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

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

Fonte: Ministero della giustizia

Tabella 2.4.2.02 - Attività di definizione dei procedimenti della Procura presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

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

Fonte: Ministero della giustizia

Tabella 2.4.2.03 - Provvedimenti emessi dalla Procura presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

	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 permettono di evidenziare i seguenti aspetti (Tabella 2.4.2.04, 2.4.2.05, 2.4.2.06):

- la capacità, in linea con la situazione nazionale, di esaurire i procedimenti penali sopravvenuti nell'anno, facendo anche diminuire i procedimenti pendenti;
- la prevalenza nell'attività di definizione dei provvedimenti, dei decreti di archiviazione "per altro motivo", con una significativa differenza rispetto all'elevato dato nazionale della motivazione "per infondatezza notizia di reato";
- l'andamento, in sintonia con il dato nazionale, nell'applicazione o modifica delle diverse misure cautelari quali: "custodia cautelare" (42) seguita da 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.

Tabella 2.4.2.04 - Movimento dei procedimenti penali del GIP presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

	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

Tabella 2.4.2.05 - Attività di definizione dei procedimenti del GIP presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

		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

Tabella 2.4.2.06 - Provvedimenti emessi dal GIP presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002).

		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

Relativamente all'anno 2002 si riportano dati contenuti nel volume ISTAT delle 'statistiche giudiziarie penali', sui movimenti dei procedimenti giudiziari minorili. Confrontando i procedimenti nell'anno di riferimento, si osserva un rapporto tra procedimenti sopravvenuti/esauriti vicino all' unità, mettendo in luce il livello di attività dei diversi gradi di giudizio. (Tabella 2.4.2.07)

**Tabella 2.4.2.07 - Movimento dei procedimenti negli Uffici per minorenni.
Anno 2002-Distretto di corte di appello Ancona.**

			Ancona	Italia
Primo grado	Procure per i minorenni	Sopravvenuti	828	40.221
		Esauriti	829	42.113
		Pendenti a fine periodo	301	20.792
	Gip presso i tribunali per i minorenni	Sopravvenuti	552	28.112
		Esauriti	542	29.393
		Pendenti a fine periodo	89	13.079
	Gup presso i tribunali per i minorenni	Sopravvenuti	312	13.117
		Esauriti	233	12.118
		Pendenti a fine periodo	278	16.014
	Tribunali per minorenni	Sopravvenuti	81	4.030
		Esauriti	76	3.913
		Pendenti a fine periodo	78	3.480
Grado di appello	Corti di appello (sez. minorenni)	Sopravvenuti	23	1.642
		Esauriti	15	1.676
		Pendenti a fine periodo	11	820

Fonte: ISTAT-Volume 'Statistiche giudiziarie penali. Anno 2002'

Sul movimento dei procedimenti penali si riportano i dati ISTAT riferiti anche al 2003 e dal confronto con l'anno precedente dei diversi uffici di giustizia minorile si deduce che (Tabella 2.4.2.08):

- l'attività da sostenere per il Tribunale per i Minorenni appare in incremento;
- i provvedimenti finali del GIP sembrano persino raddoppiare nonostante l'attività sopravvenuti-esauriti non subisca molte variazioni;
- diminuiscono i procedimenti sopravvenuti alla Procura e i relativi provvedimenti finali.

**Tabella 2.4.2.08 - Movimento dei procedimenti penali.
(Distretto Ancona, Anno 2003)**

Ufficio	Attività	Movimenti	Procedimenti		
			Sopravvenuti	Esauriti	Finali
Tribunale per i Minorenni	Dibattimento minorenni	Movimento dei procedimenti	101	66	113
Gip presso il Tribunale per i Minorenni	Indagini preliminari minorenni	Movimento dei procedimenti noti e ignoti	576	481	184
Gup presso il Tribunale per i Minorenni	Udienza preliminare minorenni	Movimento dei procedimenti	240	267	251
Procura presso il Tribunale per i Minorenni	Attività del PM minorenni	Movimento dei procedimenti noti e ignoti	785	824	262

Fonte: ISTAT- Giustizia

Sempre nel suddetto anno, l'attività dei diversi Uffici, per la definizione dei procedimenti penali, presenta i seguenti caratteri¹⁶:

- da parte del Tribunale per i Minorenni (TM), l'attività di definizione dei procedimenti è stata perseguita soprattutto attraverso il giudizio ordinario (n.32 casi) e non direttissimo e tramite altre attività di definizione quali: 'non doversi procederE' (n.6 su 29) e il 'perdono giudizialE' (n.18 su 29);
- da parte dell'ufficio del GIP presso il TM, prevalgono attività di definizione 'noti e ignoti' tramite archiviazione del caso (423 su 481)
- la Procura presso il TM ha svolto attività di definizione attraverso invio al GIP con richiesta di archiviazione (551) e citazione diretta a giudizio ordinario (232)

16) Il dato, reperibile nel sito ISTAT (Giustizia), non è riportato in tabella.

Le condanne di minorenni in età 14-17 a.a., presso la Corte di appello di Ancona nell'anno 2002, hanno riguardato un numero pari a 6 minorenni di diverse età, con prevalenza del genere maschile su quello femminile. L'andamento italiano invece presenta all'aumentare dell'età: una crescita del numero delle condanne e parallelamente un acuirsi del divario di genere (la percentuale femminile sul totale va dal 39% in età 14 a.a. al 13% in età 17 a.a.) (Tabella 2.4.2.09)

**Tabella 2.4.2.09 - Minorenni condannati per età, sesso e distretto di Corte di appello .
(Ancona, Anno 2002)**

DISTRETTI DI CORTE DI APPELLO	Età									
	14 Anni		15 Anni		16 Anni		17 Anni		Totale	
	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
Ancona	3	-	1	-	-	-	2	1	6	1
Italia	551	214	774	207	913	148	1.268	171	3.506	740

Fonte: ISTAT-Volume 'Statistiche giudiziarie penali. Anno 2002'

Rispetto all'attività dell'Ufficio Servizi Sociali Minorile (USSM) si riscontra che (Tabella 2.4.2.10):

- le segnalazioni dell'Autorità giudiziaria nell'anno 2003 sono state, nella totalità, prese in carico dal servizio
- l'utenza, di cui il 91% risulta "a piede libero", ha riguardato in questo anno prevalentemente minorenni di origine italiana (81%) rispetto a nomadi (1%) o stranieri (18%), con una forte prevalenza del genere maschile su quello femminile.

Rispetto alla situazione italiana si conferma la stessa tendenza: relativa alla distribuzione percentuale dell'utenza per nazionalità, con valori più alti per i minori di origine nomade (italiani 70%, nomadi 11%, stranieri 19%) e relativa alla prevalenza della componente di genere maschile.

Un indicatore proposto dall'ISTAT (n. segnalati/n. soggetti presi in carico) relativo alla capacità di intervento degli USSM rispetto alla necessità del territorio, mostra una media del centro Italia del 61%, superata largamente dal nostro dato regionale, che prevede nel 2003 una copertura totale (100%).

Infine in riferimento alle varie fasi del processo del TM, in cui è stato coinvolto l'USSM in esecuzione dei provvedimenti giudiziari, si osserva:

- l'intervento dell'USSM, come confermato dal dato nazionale, per l'applicazione dell'istituto della Messa alla Prova (MAP) soprattutto nei confronti di minori italiani, con una maggior concentrazione del ricorso a progetti di MAP nella fase delle indagini preliminari
- tra le misure cautelari (ex DPR 488/88), il TM ha fatto maggior ricorso a 'prescrizioni' (10) e 'collocamento in comunità' (9 di cui 5 minorenni stranieri) rispetto alla 'permanenza in casa o custodia cautelare'
- l'USSM non è intervenuto per casi di misure alternative alla detenzione applicabili in fase di esecuzione della pena prescritta
- nel 2003 si sono verificati 9 casi di intervento dell'USSM per violenza sessuale da parte di minorenni di cui 8 maschi e una femmina.

**Tabella 2.4.2.10 - Soggetti segnalati e presi in carico presso l'USSM Ancona.
Anno 2003**

<i>SOGGETTI SEGNALATI E PRESI IN CARICO</i>	<i>ITALIANI</i>		<i>NOMADI</i>		<i>STRANIERI</i>		<i>TOTALE</i>	
<i>INTERVENTI EFFETTUATI</i>	<i>MF</i>	<i>F</i>	<i>MF</i>	<i>F</i>	<i>MF</i>	<i>F</i>	<i>MF</i>	<i>F</i>
<i>SOGGETTI SEGNALATI E PRESI IN CARICO</i>								
N. soggetti segnalati dall'Autorità Giudiziaria*	237	22	2	1	52	8	291	31
- di cui a piede libero	224	11	1	1	42	5	267	17
N. soggetti presi in carico dal Servizio*	237	22	2	1	52	8	291	31
- di cui a piede libero	224	11	1	1	42	5	267	17
<i>INTERVENTI EFFETTUATI*</i>								
Per accertamenti sulla personalità del minorenni (art. 9 DPR 448/88)	237	22	2	1	51	7	290	30
- di cui in stato di arresto o fermo	13	1	-	-	9	2	22	3
- di cui a piede libero	224	12	2	1	42	5	268	18
<i>In udienza</i>								
<i>Udienza di convalida</i>	13	1	-	-	8	2	21	3
<i>Udienza GUP</i>	343	25	2	-	94	18	439	43
- di cui con elaborazione progetto di messa alla prova (art. 28 DPR 448/88)	10	-	-	-	3	-	13	-
<i>Udienza dibattimentale</i>	108	15	-	-	43	8	151	23
- di cui con elaborazione progetto di messa alla prova (art. 28 DPR 448/88)	4	-	-	-	-	-	4	-
<i>Udienza di Corte d'Appello</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
- di cui con elaborazione progetto di messa alla prova (art. 28 DPR 448/88)	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Per misure cautelari</i>								
<i>Prescrizioni (art. 20 DPR 448/88)</i>	7	-	-	-	3	1	10	1
<i>Permanenza in casa (art. 21 DPR 448/88)</i>	4	-	-	-	-	-	4	-
<i>Collocamento in comunità (art. 22 DPR 448/88)</i>	4	1	-	-	5	2	9	3
<i>Custodia cautelare (art. 23 DPR 448/88)</i>	2	-	-	-	2	-	4	-
Per sospensione del processo e messa alla prova (art. 28 DPR 448/88)	7	-	-	-	1	-	8	-
Per pena detentiva	-	-	-	-	1	-	1	-
<i>Per misure alternative alla detenzione</i>								
<i>Presentazione progetto di affidamento in prova al servizio sociale</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Affidamento in prova al servizio sociale</i>	1	-	-	-	-	-	1	-
<i>Presentazione progetto detenzione domiciliare</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Detenzione domiciliare</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Presentazione progetto semilibertà</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Semilibertà</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
Per sanzioni sostitutive delle pene brevi	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Semidetenzione</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Presentazione progetto libertà controllata</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Libertà controllata</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Applicazione delle misure di sicurezza</i>								
<i>Libertà vigilata (artt. 36 - 37 DPR 448/88)</i>	1	-	-	-	-	-	1	-
<i>Riformatorio giudiziario (art. 36 - 37 DPR 448/88)</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Violenza sessuale (art. 11 L. 15/02/96)</i>	9	1	-	-	-	-	9	1
<i>Aggiuntiva d'ufficio</i>	135	15	2	1	28	7	165	23

Fonte: Ministero della giustizia-Dipartimento giustizia minorile

* si considerano tutti gli interventi effettuati dall'USSM, compresi quelli in favore di soggetti presi in carico negli anni precedenti.

Figura 2.4.2.01- Soggetti presi in carico presso l'USSM di Ancona-Anno 2003**Tabella 2.4.2.11 - Attività dell'Ufficio Servizi Sociali Minorile. (Ancona,30 Aprile 2004).**

U.S.S.M.*	Minori in carico		
	Totale	Di cui in comunità	Di cui in I.P.M.
Ancona	594	18	2
TOTALE	9.255	450	491

* Sono compresi i dati delle sezioni distaccate

** I dati dell'anno 2003 (tavola precedente) si riferiscono ai minori segnalati dall'Autorità Giudiziaria e presi in carico dagli U.S.S.M. nell'intero arco dell'anno. Tali dati (di flusso) non possono essere confrontati con quelli relativi ai minori in carico al 30 aprile 2004 (dati di stato).

Fonte:Ministero della giustizia-Dipartimento giustizia minorile.

I Centri di prima accoglienza (CPA) ricevono un flusso di utenza riguardante minori accompagnati, arrestati o fermati accolti fino all'udienza di convalida. Rispetto all'andamento stazionario della media nazionale dei flussi di utenza nei Centri di Prima accoglienza, la nostra Regione si colloca nella fascia dell'Italia centrale che in realtà presenta un trend in crescita (13%) (Tabella 2.4.2.12)

All'entrata nei CPA, l'utenza è costituita da una numero maggiore di minori di origine italiana (13 su 21) rispetto ai minori stranieri; la provenienza degli stessi risulta essere più per provvedimento di arresto (17) che di accompagnamento (4) e tale dato risulta coerente al trend nazionale. Il dato distinto per genere sessuale rivela una netta prevalenza dei maschi (18) sulle femmine (3).

Infine a seguito dell'uscita dai Centri di prima accoglienza, la misura cautelare più adottata nel 2003 risulta essere il collocamento in comunità, mentre il dato nazionale rileva la misura di custodia cautelare.

**Tabella 2.4.2.12 - Flussi di utenza dei Centri di Prima Accoglienza
(Ancona.Anno 2003)**

Movimenti e presenze	ITALIANI			STRANIERI			TOTALE		
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F
INGRESSI									
Accompagnato	0	0	0	3	1	4	3	1	4
Arrestato	12	1	13	3	1	4	15	2	17
Totale	12	1	13	6	2	8	18	3	21
USCITE									
Con applicazione misura cautelare									
Prescrizioni	2	0	2	0	0	0	2	0	2
Permanenza in casa	3	0	3	0	0	0	3	0	3
Collocamento in comunità	4	1	5	4	2	6	8	3	11
Altre uscite									
Minore di 14 anni	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Remissione in libertà	0	0	0	1	0	1	1	0	1
Mancanza di altri presupposti	3	0	3	0	0	0	3	0	3
Totale	12	1	13	6	2	8	18	3	21
<i>Presenza media nell'anno</i>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2

Fonte: Ministero della giustizia-Dipartimento giustizia minorile.

**Tabella 2.4.2.13 - Utenza dei Centri di prima accoglienza.
(Ancona, Anno: 2003-Aprile 2004).**

C.P.A.	Minori presenti	Presenza media giornaliera	Ingressi
	<i>Aprile 2004</i>	<i>Anno 2003</i>	
Ancona	0	0,2	21
TOTALE	36	32,8	3522

Fonte:Ministero della giustizia-Dipartimento giustizia minorile.

3. Contesto territoriale del sistema dell'offerta.

Il sistema dell'offerta per l'infanzia e adolescenza viene presentato attraverso la lettura dei dati strutturali e di utilizzo dei servizi scolastici, sociali e sanitari.

In un quadro regionale che presenta complessivamente un livello di istruzione medio della popolazione leggermente inferiore al dato nazionale, si osserva totale copertura dei bisogni formativi della popolazione giovanile:

- Scuola d'infanzia: 32.236 bambini in 345 scuole
- Scuola primaria: 63.073 bambini in 328 scuole
- Scuola secondaria di I grado: 41.597 ragazzi in 218 scuole
- Scuola secondaria di II grado: 66.411 giovani in 146 sedi scolastiche

Per quanto attiene i servizi sociali per l'infanzia e adolescenza si rileva un'offerta regionale ampia (733 unità censite: 330 di Promozione sociale, 200 Servizi semiresidenziali, 167 Servizi Domiciliari e 36 Servizi Residenziali) ma fortemente diversificata per tipologia e quantità nelle diverse province. La provincia di Ascoli Piceno è quella in cui si riscontra una maggiore carenza di offerta di servizi. Riguardo il sistema dei servizi sanitari si riporta l'offerta del servizio ospedaliero dell'area Pediatrica e Ostetrico-ginecologica, nonostante la configurazione dei posti letto sia in fase di ridefinizione. A tal proposito si osserva:

- la presenza di 857 posti letto nella struttura pubblica e di 87 posti letto in quella privata
- la prevalenza di posti letto nei reparti di Ostetricia e Ginecologia (436 su 857) e Pediatria neonatologia (208 su 857) rispetto al complesso dei reparti ospedalieri, con la relativa distribuzione in tutte le Zone territoriali;
- la centralità di Ancona-Salesi come unità di offerta ospedaliera per bambini, diversificata secondo tutte le specialità pediatriche.

Ed infine relativamente ai servizi per le tossicodipendenze a cui è attribuita la funzione di prevenzione assistenza e riabilitazione, si illustra la struttura della rete di offerta nella Regione nell'anno 2003 e i principi ispiratori che hanno guidato nell'anno 2004 l'atto di riordino del Sistema regionale dei Servizi per le Dipendenze delle Marche, elaborato congiuntamente dal Dipartimento servizi alla persona e dalla Consulta regionale sulle dipendenze patologiche.

3.1. Istruzione e formazione

3.1.1 POPOLAZIONE PER ETÀ E TITOLO DI STUDIO

Il livello di istruzione della popolazione marchigiana si concentra soprattutto sul titolo di licenza elementare (579.000 abitanti), seguito dalla licenza di scuola media inferiore (381.000 abitanti) e dal diploma di scuola media superiore (338.000 abitanti); mentre l'istruzione universitaria viene completata in minor misura, ponendo attenzione soprattutto a titoli di laurea e dottorati piuttosto che a diplomi (Tabella 3.1.1.01). Complessivamente il livello di istruzione della Regione appare leggermente più basso di quello nazionale. Un confronto tra maschi e femmine mostra un grado di istruzione maschile maggiore, ma il divario di genere diminuisce all'aumentare del livello di istruzione considerato.

Tabella 3.1.1.01 - Popolazione residente di età superiore a 6 anni per grado di istruzione, sesso e regione di residenza . (Marche, Media 2002) (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
Maschi							
Marche	255	204	35	173	4	44	714
	36%	29%	5%	24%	1%	6%	100%
Italia centrale	1.681	1.607	203	1.431	24	416	5.362
	31%	30%	4%	27%	0%	8%	100%
ITALIA	9.409	8.859	1.187	6.581	121	1.796	27.952
	34%	32%	4%	24%	0%	6%	100%
Femmine							
Marche	325	177	34	165	6	43	750
	43%	24%	5%	22%	1%	6%	100%
Italia centrale	2.231	1.438	226	1.403	42	391	5.729
	39%	25%	4%	24%	1%	7%	100%
ITALIA	12.059	7.897	1.339	6.361	189	1.680	29.525
	41%	27%	5%	22%	1%	6%	100%
Totale							
Marche	579	381	69	338	10	87	1.464
	40%	26%	5%	23%	1%	6%	100%
Italia centrale	3.911	3.045	429	2.834	66	806	11.091
	35%	27%	4%	26%	1%	7%	100%
ITALIA	21.468	16.756	2.526	12.942	310	3.476	57.478
	37%	29%	4%	23%	1%	6%	100%

Fonte: ISTAT - indicatori sociosanitari regionali

3.1.2 SCUOLA PER L'INFANZIA - OFFERTA FORMATIVA

Nell'anno scolastico 2003/2004 i punti di erogazione del servizio scolastico per l'infanzia (495), analogamente alla scuola primaria (472), nella regione Marche hanno un'analoga distribuzione per provincia (Tabelle 3.1.2.01-02-03); con la provincia di Ancona che presenta una concentrazione maggiore dei punti di erogazione della scuola dell'infanzia (149) rispetto alla scuola primaria (128). Inoltre la concentrazione nella provincia di Ancona riguarda non solo il numero complessivo dei punti di erogazione, ma anche il livello amministrativo.

Il numero di Istituti comprensivi, pari a 127 nelle Marche, con le unità proporzionalmente collegate, è maggiore nella provincia di Ancona rispetto alle altre province.

Tabella 3.1.2.01 - Punti di erogazione del servizio scolastico per l'infanzia - a.s. 2003/2004

<i>Province</i>	<i>scuola dell'infanzia</i>	<i>scuola primaria</i>
<i>Ancona</i>	149	128
<i>Ascoli Piceno</i>	123	124
<i>Macerata</i>	99	95
<i>Pesaro</i>	124	125
<i>Marche</i>	495	472

Fonte: Ministero dell'istruzione

Tabella 3.1.2.02 - Scuola dell'infanzia - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

<i>Province</i>	<i>Circoli didattici</i>	<i>Scuole dell'infanzia</i>	<i>Plessi di scuola elementare</i>
<i>Ancona</i>	7	31	29
<i>Ascoli Piceno</i>	18	56	60
<i>Macerata</i>	11	32	25
<i>Pesaro</i>	9	34	34
<i>Marche</i>	45	153	148

Fonte:Ministero dell'istruzione

Tabella 3.1.2.03 - Istituti comprensivi di scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

<i>Province</i>	<i>Istituti comprensivi</i>	<i>Scuole dell'infanzia*</i>	<i>Plessi di scuola primaria *</i>	<i>Scuola secondaria di I grado*</i>
<i>Ancona</i>	39	118	100	54
<i>Ascoli Piceno</i>	25	67	64	45
<i>Macerata</i>	28	68	70	43
<i>Pesaro</i>	35	92	94	53
<i>Marche</i>	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

3.1.3 SCUOLA PER L'INFANZIA

CARATTERISTICHE POPOLAZIONE SCOLASTICA

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 (Tabella 3.1.3.01).

Tabella 3.1.3.01 - Scuola dell'infanzia - Bambini, Sezioni, Organico, Rapporto Bambini/Sezioni - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

<i>Province</i>	<i>Bambini</i>	<i>Sezioni</i>	<i>Dotazione organica</i>	<i>Rapporto bambini/ sezioni</i>
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

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 (Tabella 3.1.3.02).

Tabella 3.1.3.02 - Scuola primaria - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

<i>Province</i>	<i>Alunni</i>	<i>Classi</i>	<i>Dotazione organica</i>	<i>Rapporto alunni/classi</i>
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

3.1.4 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" (Tabelle 3.1.4.01-02).

Tabella 3.1.4.01 - Scuole secondarie di I grado distinte per provincia (Marche-a.s. 2003/2004)

<i>Province</i>	<i>Scuola secondaria di I grado</i>
<i>Ancona</i>	57
<i>Ascoli Piceno</i>	55
<i>Macerata</i>	48
<i>Pesaro</i>	58
<i>Marche</i>	218

Fonte: Ministero dell'istruzione

**Tabella 3.1.4.02 - Scuola secondaria di I grado
Tipologia sedi per Provincia. (Marche, a.s.2003/2004)**

<i>Province</i>	<i>totale scuole*</i>	<i>sedi centrali pure</i>	<i>sedi associate*</i>
<i>Ancona</i>	3	2	1
<i>Ascoli Piceno</i>	10	7	3
<i>Macerata</i>	5	3	2
<i>Pesaro</i>	5	1	4
<i>Marche</i>	23	13	10

Fonte: Ministero dell'istruzione

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

3.1.5 SCUOLA DELL'OBBLIGO

CARATTERISTICHE POPOLAZIONE SCOLASTICA

La scuola secondaria di I grado nelle Marche raccoglie complessivamente un numero di bambini superiore alle 40.000 unità, variamente distribuito nelle province: dal valore massimo della provincia di Ancona (12.434 alunni) al minimo di quella di Macerata (8.561 alunni) (Tabella 3.1.5.01). La dotazione di personale in organico è compresa tra 1098 di Ancona a 869 di Macerata e si distribuisce in un trend per provincia analogo al numero di alunni e alle classi scolastiche. Il rapporto alunni-classi nelle quattro province non si discosta molto dalla media regionale di 21,29 (range 20,83-22,09).

Tabella 3.1.5.01 - Scuola secondaria di I grado - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia (Marche-a.s.2003/2004)

<i>Province</i>	<i>Alunni</i>	<i>Classi</i>	<i>Dotazione organica</i>	<i>Rapporto alunni/classi</i>
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

3.1.6 FORMAZIONE SUPERIORE - OFFERTA FORMATIVA

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 (Tabella 3.1.6.01).

Tabella 3.1.6.01 - Scuola secondaria di II grado Tipologia sedi per Provincia (Marche-a.s.2003/2004)

<i>Provincia</i>	<i>Sedi centrali "pure"</i>	<i>Sezioni associate**</i>	<i>Istituti d'istruzione superiore</i>	<i>totale</i>
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

3.1.7 FORMAZIONE SUPERIORE

CARATTERISTICHE POPOLAZIONE SCOLASTICA

La scuola secondaria di II grado accoglie un numero di ragazzi che, a livello regionale, raggiunge le 66.411 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, non si discosta molto dalla media regionale di 21,68, ed è ricompreso in un range 21,45-22,20 (Tabella 3.1.7.01).

**Tabella 3.1.7.01 - Scuola secondaria di II grado
Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi
per Provincia (Marche-a.s. 2003/2004)**

<i>Province</i>	<i>Alunni</i>	<i>Classi</i>	<i>Dotazione organica</i>	<i>Rapporto alunni/classi</i>
<i>Ancona</i>	19.670	917	1.843	21,45
<i>Ascoli Piceno</i>	18.778	846	1.757	22,20
<i>Macerata</i>	13.360	620	1.307	21,55
<i>Pesaro</i>	14.603	680	1.334	21,48
<i>Marche</i>	66.411	3.063	6.241	21,68

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 dai Liceo artistico (93 alunni). La domanda formativa privilegia la formazione tecnico-professionale, seguita da quella liceale (scientifica e classica) e da quella artistica (Tabella 3.1.7.02).

**Tabella 3.1.7.02 - Alunni e classi delle Scuole secondarie di II grado
delle Marche distinte per province e tipologia di scuola (Marche- a.s.2003/2004)**

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

Fonte: Ministero dell'istruzione

3.2.1 SERVIZI SOCIALI E SANITARI

3.2.1 SERVIZI SOCIALI

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 Marche¹⁷. L'interpretazione di questi numeri è abbastanza problematica per la difficoltà di "leggere" le effettive tipologie di servizi all'interno di una stessa classificazione. Comunque appare opportuno sottolineare una presenza abbastanza ampia sul territorio marchigiano di servizi per l'infanzia e l'adolescenza (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).

17) La rilevazione dei dati sulle strutture per minori non residenziali è relativa al 31.12.2002, mentre la rilevazione per quelle residenziali è del 31.12.2003.

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. (Tab. 3.2.1.01)

La distribuzione per Zone Territoriali (ex ASL) presenta aspetti di scarsa uniformità. In particolare alcune tipologie di servizi in determinate Zone territoriali risultano assenti e principalmente sono: sia servizi di Promozione sociale, tra cui Spazi per bambini e famiglie (assenti in 6 Zone del centro-sud) e Servizi itineranti (assenti in 8 Zone del centro-nord); sia Servizi Residenziali, tra cui Comunità alloggio per adolescenti (assenti in 12 Zone), Centri di prima accoglienza (assenti in 11 Zone) e Case famiglia (assenti in 8 Zone); mentre i Servizi Semiresidenziali e domiciliari risultano presenti, in misura maggiore o minore, in ciascuna Zona sanitaria territoriale. La variabilità di dislocazione dei servizi per minori è compresa in un range che va da 25 (Zona Territoriale n.6) a 115 servizi (Zona territoriale n.3). (Tab. 3.2.1.01)

La distribuzione dei servizi anche sugli Ambiti territoriali appare diversificata e presenta difficoltà di interpretazione e analisi per la detta eterogeneità dei modelli organizzativi ed operativi di unità di servizio, classificati sotto la stessa denominazione. (Tab.3.2.1.02)

La variabilità del numero di servizi gestiti per Ambito sono compresi nei seguenti range per tipologia di servizio:

- servizi di promozione sociale: da 4 nell'Ambito n.7 a 47 nell'Am-

bito n.6

- servizi Domiciliari: da 0 nell'Ambito n. 20-24 a 23 nell'Ambito n.6
- servizi semiresidenziali: da 1 nell'Ambito n.2-18-22-24 a 24 nell'Ambito n.1
- servizi residenziali: da 0 in undici casi fino a 8 nell'Ambito n.6. Se si osserva il livello territoriale di Ambito, secondo la gestione delle cinque generali tipologie di servizio residenziale: undici Ambiti non risultano gestire queste unità di assistenza, sei Ambiti (AT n.1-10-11-12-19-21) gestiscono due tipologie diverse di servizio, cinque Ambiti (AT n. 2-4-8-9-22) gestiscono solo una tipologia residenziale ed infine due Ambiti (AT n.15, n.6) gestiscono rispettivamente tre e quattro tipologie diverse di servizi residenziali.

In dettaglio, si osserva che alcune tipologie di servizio risultano assenti in determinati Ambiti, pertanto dall'osservazione delle varie tipologie di servizio segue che:

Servizi di Promozione sociale di cui:

- Centri educativo ricreativi risultano assenti in quattro Ambiti collocati circa nella provincia di Pesaro;
- Centri di Aggregazione giovanile risultano distribuiti in tutti gli Ambiti territoriali;
- Spazi per bambini e famiglie risultano assenti in quattordici Ambiti collocati soprattutto nelle zone provinciali di Macerata e Ascoli Piceno;
- Servizi di sostegno alle funzioni genitoriali risultano assenti in quindici Ambiti collocati in prevalenza nella provincia di Pesaro e Ascoli Piceno;
- Servizi Itineranti risultano assenti in diciannove Ambiti collocati circa nella provincia di Pesaro Ancona e Macerata;

Servizi Domiciliari risultano assenti in due Ambiti collocati nella provincia di Pesaro, che tuttavia accoglie il maggior numero di servizi domiciliari (61 su 167).

Servizi semiresidenziali:

- Nido d'infanzia risulta un servizio distribuito in tutti gli Ambiti sociali e a livello provinciale il numero varia da 12 presso AP e 52 presso AN;
- Centro per l'infanzia risultano assenti in otto Ambiti collocati soprattutto nella provincia di Pesaro e Ascoli Piceno;

Servizi residenziali:

- Comunità educative risultano assenti in 15 Ambiti collocati circa nella Provincia di Pesaro e Macerata;

- Comunità familiare per minori risultano assenti in diciotto Ambiti collocati nella provincia di Pesaro e Ascoli Piceno;
- Comunità alloggio per adolescenti risultano assenti in ventitre Ambiti collocati nella provincia di Ancona Macerata e Ascoli Piceno;
- Casa famiglia risultano assenti in diciotto Ambiti collocati in prevalenza nella provincia di Ancona Macerata e Ascoli Piceno;
- Centro di pronta accoglienza risultano assenti in ventidue Ambiti territoriali.

Tabella 3.2.1.01 - Servizi per minori disaggregati per Osservatorio provinciale e per Zone territoriali dell'ASUR (ex-ASL) (Marche, Anno 2002-2003)

Livello territoriale		Tipo di servizio																
		Centro Educativo-Ricreativo	Centro di Aggregazione Giovanile	Spazi per bambini e famiglie	Servizi sostegno funzioni genitoriali	Servizi Itineranti	Totale	Servizi domiciliari-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	
	PU	8	59	36	5	1	109	61	40	15	55	4	2	2	6	0	14	239
	AN	32	25	6	4		67	46	52	7	59	5	3	0	0	2	10	182
	MC	15	36		4	1	56	42	34	24	58	2	1	0	1	1	5	161
	AP	33	58	2	1	4	98	18	12	16	28	4	1	0	2	0	7	151
	1		16	2		1	19	16	20	5	25	3	0	0	2	0	5	64
	2	1	15	14			30	16	9	3	12	0	0	0	1	0	1	59
	3	7	28	20	5		60	29	11	7	18	1	2	2	3	0	8	115
	4	4	3		1		8	10	8	2	10	0	1	0	0	0	1	29
	5	9	9	1	1		20	15	13	1	14	0	0	0	1	0	1	50
	6	1	3	1	1		6	9	6	2	8	1	1	0	0	0	2	24
	7	19	10	4	1		34	13	25	2	27	4	1	0	0	2	7	83
	8	2	10		1		13	7	12	11	23	0	0	0	0	0	0	43
	9	3	22		3	1	29	13	17	12	29	2	1	0	0	1	4	76
	10	9	4				13	21	5	1	6							40
	11	10	31			2	43	6	5	8	13	1	1	0	0	0	2	64
	12	4	14	2		1	21	6	2	8	10	2	0	0	2	0	4	40
	13	19	13		1	1	34	6	5		5	1	0	0	0	0	1	46
Totale Regione Marche		88	178	44	14	6	330	167	138	62	200	15	7	2	9	3	36	733

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

Nota: All'interno delle strutture residenziali vanno considerati anche i centri di accoglienza per donne vittime di violenza.

*rilevazione al 31.12.2002

**rilevazione al 31.12.2003

Tabella 3.2.1.02 - Servizi per minori disagiati per Ambiti Territoriali (Marche, Anno 2002-2003)

Livello territoriale	Tipo di servizio														
	Centro Educativo-Ricreativo	Centro di Aggregazione Giovanile	Spazi per bambini e famiglie	Servizi sostegno funzioni genitoriali	Servizi Itineranti	Totale	Servizi Domiciliari-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
1	12	2			1	15	8	19	5	24	3	0	0	1	0
2	4					4	8	1		1	0	0	0	1	0
3	4	1				5	1	2		2					0
4	8	1				9	4	4	3	7	0	0	0	1	0
5	1	3	12			16	11	3		3					0
6	5	21	16	5		47	23	9	6	15	1	2	2	3	0
7	2	7	4			13	6	2	1	3	0	0	0	0	0
8	4	3		1		8	10	8	2	10	0	1	0	0	0
9	9	9	1	1		20	15	13	1	14	0	0	0	1	0
10	1	3	1	1		6	9	6	2	8	1	1	0	0	0
11	9	5	4	1		19	1	11	1	12	3	0	0	0	2
12	5	4				9	6	7		7	1	1	0	0	0
13	5	1				6	6	7	1	8					0
14	2	10		1		13	7	12	11	23	0	0	0	0	0
15	2	10		2	1	15	7	12	11	23	2	1	0	0	1
16	1	12		1		14	6	5	1	6					0
17	3	2				5	8	4	1	5					0
18	6	2				8	13	1		1					0
19	8	21			2	31	6	3	1	4	1	1	0	0	0
20	2	10				12		2	7	9					0
21	4	14	2		1	21	6	2	8	10	2	0	0	2	0
22	6	3		1		10	2	1		1	1	0	0	0	0
23	7	6			1	14	4	3		3					
24	6	4				10	1			1					
	88	178	44	14	6	167	138	62	200		15	7	2	9	3
															36
															733

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

*rilevazione al 31.12.2002

**rilevazione al 31.12.2003

In particolare riguardo i Servizi residenziali per minori, il numero di posti letto nella Regione risultano 359 e si rilevano soprattutto nelle Comunità educative (p.l.176) e a seguire nelle Case famiglia(p. l. 56), in Comunità familiari per minori (p.l. 52) in Centri di pronta accoglienza (p.l. 53) e in Comunità alloggio per adolescenti (p.l. 22).(Tab. 3.2.1.03)

A livello regionale i tassi dei posti letto sulla popolazione minorenni rilevano un valore elevato in Comunità educative (75,6 per 100.000 ab.<18 anni), un valore inferiore ma abbastanza omogeneo nelle Comunità familiari, Comunità alloggio e Case famiglia (range: 22,3-24,0 per 100.000 ab.<18 anni) e un dato molto inferiore in Comunità alloggio per adolescenti (9,4 per 100.000 ab.<18 anni;il dato si innalza a 41,1 se si considerano 100.000 ab. in età 14-17 anni).

A livello provinciale la distribuzione in valori assoluti è compresa nel range: tra la provincia di Pesaro Urbino (p.l. 131) e quella di Macerata (p.l. 49).

Considerando la diversa funzione sociale svolta da ciascuna tipologia di servizio, che incide sulla maggiore/minore capacità di accoglienza dell'utenza (posti letto), la variabilità del tasso sui posti letto (Tab.3.2.1.04) può essere osservata dai valori per le diverse tipologie di servizio residenziale :

- Comunità educative: il tasso dei posti letto è compreso in un range molto ampio: 45,1 AN e 102,8 AP
- Comunità familiari: il tasso è compreso tra 6,6 AP e 39,5 di PU
- Comunità alloggio per adolescenti: rilevate in un'unica provincia, il tasso di PU è pari a 39,5 su 100.000ab. <18 anni (173.1 per 100.000 ab in età 14-17 anni)
- Case famiglia: il tasso è compreso tra 10,4 MC e 66,4 PU
- Centri di pronta accoglienza: sono stati rilevati in due province con tassi pari a 68,3 AN e 12,5 MC.

I posti letto medi per struttura (Tab.3.2.1.05) rilevano un dato complessivo nella Regione pari a 10 p.l. per ciascuna struttura residenziale; per ciascuna tipologia di servizio, il massimo valore è attribuito ai Centri di pronta accoglienza (17,7) seguiti da Comunità educative e Comunità alloggio per adolescenti (ca.11,0), Comunità familiari e Case famiglia (7,4 e 6,2).

Tabella 3.2.1.03 - Posti letto in strutture residenziali per minori. (Marche, al 31.12.2003)

<i>Livello territoriale</i>		<i>Comunità educativa</i>	<i>Comunità familiare per minori</i>	<i>Comunità alloggio per adolescenti</i>	<i>Casa famiglia</i>	<i>Centro di pronta accoglienza</i>	<i>Totale</i>
		176	52	22	56	53	359
	<i>PU</i>	50	22	22	37	0	131
	<i>AN</i>	31	21	0	0	47	99
	<i>MC</i>	33	5	0	5	6	49
	<i>AP</i>	62	4	0	14	0	80
<i>Zona territoriale (ex AUSL)</i>	1	40	0	0	7	0	47
	2	0	0	0	9	0	9
	3	10	22	22	21	0	75
	4	0	6	0	0	0	6
	5	0	0	0	5	0	5
	6	8	10	0	0	0	18
	7	23	5	0	0	47	75
	8	0	0	0	0	0	0
	9	33	5	0	0	6	44
	11	18	4	0	0	0	22
	12	32	0	0	14	0	46
	13	12	0	0	0	0	12
<i>Ambiti territoriali</i>	1	40	0	0	4	0	44
	2	0	0	0	3	0	3
	3	0	0	0	0	0	0
	4	0	0	0	9	0	9
	5	0	0	0	0	0	0
	6	10	22	22	21	0	75
	7	0	0	0	0	0	0
	8	0	6	0	0	0	6
	9	0	0	0	5	0	5
	10	8	10	0	0	0	18
	11	17	0	0	0	47	64
	12	6	5	0	0	0	11
	13	0	0	0	0	0	0
	14	0	0	0	0	0	0
	15	33	5	0	0	6	44
	16	0	0	0	0	0	0
	17	0	0	0	0	0	0
	18	0	0	0	0	0	0
	19	18	4	0	0	0	22
	20	0	0	0	0	0	0
	21	32	0	0	14	0	46
	22	12	0	0	0	0	12
	23	0	0	0	0	0	0
	24	0	0	0	0	0	0

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

Tabella 3.2.1.04 - Tassi dei posti letto in strutture residenziali per minori, per tipologia di servizio residenziale e provincia (Marche, al 31.12.2003)
(per 100.000 abitanti in età 0-17 anni).

<i>Livello territoriale</i>	<i>Comunità educativa</i>	<i>Comunità familiare per minori</i>	<i>Comunità alloggio per adolescenti*</i>	<i>Casa famiglia</i>	<i>Centro di pronta accoglienza</i>
<i>Pesaro Urbino</i>	89,7	39,5	39,5	66,4	0,0
<i>Ancona</i>	45,1	30,5	0,0	0,0	68,3
<i>Macerata</i>	68,5	10,4	0,0	10,4	12,5
<i>Ascoli Piceno</i>	102,8	6,6	0,0	23,2	0,0
<i>Regione Marche</i>	75,6	22,3	9,4	22,8	24,0

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

* se il tasso viene calcolato su 100.000 ab in età 14-17 anni, esso risulta pari a 41.1 nella Regione.

Tabella 3.2.1.05 - Numero di posti letto medi in strutture residenziali per minori, per tipologia di servizio residenziale e provincia. (Marche, al 31.12.2003)

	<i>Comunità educativa</i>	<i>Comunità familiare per minori</i>	<i>Comunità alloggio per adolescenti</i>	<i>Casa famiglia</i>	<i>Centro di pronta accoglienza</i>	<i>Totale</i>
<i>PU</i>	12,5	11,0	11,0	6,2	-	9,4
<i>AN</i>	6,2	7,0	-	-	23,5	9,9
<i>MC</i>	16,5	5,0	-	5,0	6,0	9,8
<i>AP</i>	15,5	4,0	-	7,0	-	11,4
<i>Regione Marche</i>	11,7	7,4	11,0	6,2	17,7	10,0

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

In riferimento alla dislocazione delle Unità multidisciplinari per l'età evolutiva (UMEE) la Regione comprende 27 UMEE ,concentrate soprattutto nella provincia di Ancona (in valore assoluto). In tutte le Zone si registra la presenza di punti di offerta con una variabilità compresa in un range 1-7 unità. A livello di Ambito sociale, le UMEE non sono presenti in 5 Ambiti soprattutto del centro sud e si registra una variabilità per Ambito compresa in un range 1-3 UMEE. (Tabella 3.2.1.06)

Tabella 3.2.1.06 - UMEE per Area vasta, Zona territoriale e Ambito sociale nella Regione Marche. (Marche, al 31.12.2002).

Area vasta			
AN	AP	MC	PU
11	3	6	7

Zona territoriale												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	4	1	1	3	1	7	2	2	1	1	1	1

Ambiti sociali territoriali																							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	1	1	2	1	1	0	1	3	1	3	2	2	2	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0

Fonte: Osservatorio Politiche Sociali - Regione Marche

3.2.2 SERVIZI SANITARI

3.2.2.1 SERVIZIO OSPEDALIERO

In ambito regionale sono in fase di ridefinizione i posti letto relativi all'assistenza ospedaliera; quelli di seguito riportati sono i dati relativi all'assistenza ospedaliera dell'anno 2003, desunti dalla fonte informativa che si basa sulla compilazione, da parte delle Direzioni sanitarie, del modello di rilevazione HSP.

Se consideriamo i dati attualmente a disposizione, risulta evidente che 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 436 posti letto) e in tutte le strutture private (per ulteriori 87 posti letto);
- la centralità della struttura ospedaliera pediatrica di livello regionale, ad Ancona, in cui sono presenti tutte le diverse specialità pediatriche, 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: Pediatria-Neonatologia (presente in 14 strutture per 169 posti letto - escludendo il Salesi), i posti letto tecnici del Nido (in 5 strutture per 68 posti letto - senza il Salesi) e Neuropsichiatria infantile (in 2 strutture per 7 posti letto - senza il Salesi).



**Tabella 3.2.2.01 - Offerta ospedaliera dell'area Pediatrica e Ostetrico-ginecologica -
Posti letto pubblici e privati (Ricovero ordinario e Day Hospital).
Anno 2003 Regione Marche**

	REPARTO	ASTANTERIA	CHIRURGIA PEDIATRICA	ALTRE SPECIALITA' (*)	NEUROPSICH. INFANTILE	NIDO	OSTETRICIA- GINECOL.	PEDIATRIA - NEONATOLOGI A	TER.INT-NEONA TALE / RIANIMAZIONE	TOTALE
STRUTTURE PUBBLICHE	FANO				5	12	33	12		62
	URBINO					17	31	7		55
	NOVAFELTRIA						9			9
	FABRIANO						16	7		23
	JESI					9	31	16		56
	OSIMO						16	6		22
	SENIGALLIA						25	11		36
	MACERATA						30	16		46
	CAMERINO						6			6
	RECANATI						25	14		39
	SAN SEVERINO						30	8		38
	CIVITANOVA MARCHE						12	8		20
	ASCOLI PICENO				2	10	31	16		59
	FERMO						25	18		43
	SAN BENEDETTO						28	15		43
	A.O. PESARO					12	27	15		54
	ANCONA - SALESI	4	27	37	25	20	61	39	33	246
	TOTALE PUBBLICO	4	27	37	32	80	436	208	33	857
STRUTTURE PRIVATE	VILLA IGEA - ANCONA						14			14
	VILLA SERENA - JESI						20			20
	VILLALBA SRL - MACERATA						21			21
	VILLA ANNA - S.BENEDETTO						17			17
	STELLA MARIS - S.BENEDETTO						15			15
	TOTALE PRIVATO	0	0	0	0	0	87	0	0	87
	TOTALE MARCHE	4	27	37	32	80	523	208	33	944

3.2.2.1 SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

Nel 2003 nelle Marche il sistema della rete dei servizi ai quali sono affidati i compiti di prevenzione, assistenza e riabilitazione di soggetti tossicodipendenti era costituita dalle reti:

- | rete dei Ser.T.
- | rete delle Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali
- | rete delle unità di strada
- | rete delle strutture di ascolto di reinserimento sociale e lavorativo

I Ser.T.

Nelle Marche i SERT operanti sono 14, di cui uno con organizzazione dipartimentale.

Il personale complessivamente assegnato ai SERT è pari a 197 unità:

- 50 medici
- 35 psicologi
- 41 infermieri o assistenti sanitari
- 30 assistenti sociali
- 12 educatori
- 10 amministrativi
- 19 altro

Le Comunità Terapeutiche residenziali e semiresidenziali

Operano nelle Marche complessivamente 13 Enti Ausiliari: le sedi operative che coprono il territorio regionale sono 36 per un totale di 520 posti residenziali e 77 semiresidenziali.

A questi si aggiungono inoltre 31 posti residenziali e 35 semiresidenziali presso comunità pubbliche. In totale si registrano quindi 663 posti: 551 posti residenziali e 112 semiresidenziali.

Tra queste vanno segnalate 7 comunità terapeutiche "speciali":

- | 1 comunità terapeutica per madri con bambini a valenza sanitaria
- | 2 comunità terapeutiche madre-bambino
- | 1 comunità terapeutica a tempo breve per disassuefazione farmacologica
- | 1 comunità terapeutica a tempo breve per stabilizzazione farmacologia non medicalizzata
- | 1 struttura di accoglienza sociale, a tempo determinato, senza soglia

Nel 2003 sono stati ospitati presso le comunità terapeutiche convenzionate complessivamente 1014 utenti (utenti regionali ed extra regionali).

Il personale utilizzato è di 261 unità di cui 68 unità sono volontari in varie qualifiche.

Le strutture di ascolto di reinserimento sociale e lavorativo.

La presenza di tali strutture è rilevante ed in grado di assicurare una capillare e sufficiente risposta ai bisogni socio-assistenziali.

Nell'85% delle scuole medie superiori sono operanti i C.I.C. (Centri di Informazione e consultazione).

Risultano inoltre presenti 15 strutture operative ausiliarie, escluse quelle delle cooperative sociali e degli Enti locali, per funzioni di supporto socio-assistenziale, ascolto ecc. In ogni struttura sono attivi circa 6 operatori.

Le Unità di strada.

Con i fondi 1997-1999 e 2001-2002 sono stati finanziati 9 sono stati finanziati 10 progetti di unità mobili, che coprono quasi tutto il territorio regionale. Si tratta di servizi prevalentemente orientati alla diffusione ed all'acquisizione di informazioni, alla prevenzione, alla conoscenza del territorio. In alcune aree problematiche prevale invece l'obiettivo della riduzione delle complicità, anche attraverso la distribuzione di presidi sanitari.

Nel corso del 2004 è stato approvato **l'atto di riordino del Sistema regionale dei Servizi per le Dipendenze delle Marche**, elaborato congiuntamente dal Dipartimento servizi alla persona e dalla Consulta regionale sulle dipendenze patologiche, basato sui principi fondamentali nella cultura del welfare marchigiano, quali la qualità, l'universalità, l'equità e la solidarietà, integrazione socio-sanitaria ribaditi nel Piano Sanitario Regionale 2003/2006 e sulla base delle linee della L. 328/00 e del Piano Sociale delle Marche DA 306/00.

Nella delineazione del modello organizzativo per i Servizi delle Dipendenze formulato, sono stati tenuti fermi alcuni principi fondamentali che riguardano:

- I **il governo pubblico del sistema** socio-sanitario interessato, come unica forma in grado di garantire il rispetto dei principi bioetici di beneficio, di non maleficio, di giustizia e di autonomia, come specificazioni ulteriori dei principi richiamati del PSR e di quello sociale;

- I **la salvaguardia del patrimonio di buone pratiche** e di collaborazioni efficaci tra servizi pubblici, del privato sociale accreditato e del terzo settore qualificato di questa Regione;
- I **l'integrazione di questi servizi tra loro e l'integrazione tra aspetti sanitari e sociali**, della evoluzione ed articolazione dei trattamenti di cura, diversificati ed individualizzati, nonché della necessità di coordinamento e potenziamento di tutte le attività rivolte alla prevenzione ed alla inclusione sociale;
- I **la necessità di superare dicotomie tra pubblico e privato sociale accreditato**, che non permettono evoluzione scientifica ed articolazione di politiche di programmazione socio-sanitaria efficaci, pur affermando la necessità di governo pubblico del sistema, secondo la caratterizzazione del SSN italiano, condizione ineludibile anche per gli obiettivi di qualità ed appropriatezza degli interventi;
- I **la scelta socio-sanitaria, etica e politica**, condivisa da tutti gli organismi che hanno formulato il documento, **dei concetti di integrazione e connessione** (a partire da elementi diagnostici, valutativi e di predisposizione di azioni/interventi comuni ai servizi pubblici, privati e del terzo settore, ed inclusi in protocolli clinici definiti congiuntamente) come caratterizzanti e impennanti la proposta, senza i quali il modello disegnato non può sussistere né garantire la pari dignità, titolarità e responsabilità dei soggetti integrati e connessi nel **“Dipartimento delle Dipendenze”, scelto come modello organizzativo che, nelle specificazioni individuate, consente un passaggio epistemologico ed una evoluzione semantica della definizione di “pubblico”**, nonché l'articolazione di un vasto ventaglio di trattamenti appropriati alle diverse fasi e caratteristiche delle persone coinvolte e delle loro famiglie, che verranno utilizzati come elementi di un **percorso assistenziale costruito “ad hoc”** che potrà attraversare vari servizi e soggetti eroganti, sia pubblici che privati, in diversi momenti successivi o concomitanti;
- I **la scelta socio-sanitaria, etica e politica di rifiutare tentazioni di “liberalizzazione del mercato” implicite in una cultura di “equiparazione” dei soggetti erogatori**, essendo questa, per ovvie deduzioni, una cultura che promuove competizione tra i Servizi e presuppone l'affermazione che possa esistere un unico servizio/protocollo operativo adatto a tutte le forme di uso/consumo/abuso e dipendenza, e cioè

una affermazione priva di presupposti scientifici di validazione che confermano invece, a livello delle più autorevoli comunità scientifiche internazionali e mondiali, l'opportunità di reti e connessioni tra servizi integrati in modelli di coordinamento condivisi, al fine di poter attuare la massima "individualizzazione" possibile dei trattamenti, tra i quali vanno compresi anche quelli rivolti a persone nel momento non disponibili, o impossibilitati, ad un cambiamento verso un obiettivo di totale astensione dall'uso di sostanze, per promuoverne il mantenimento dello stato di salute e non rinunciando a perseguire, laddove possibile, obiettivi di potenziamento delle stesse istanze di salute e di benessere psico-fisico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI PER ULTERIORI APPROFONDIMENTI:

Cavallo F., Lemma P., Borraccino A., Dalmasso P., Zambon A., Santinello M., Dallago L., Davoli K., Galbiati E., Vieno A.: Stili di vita e salute dei giovani italiani. 11-15 anni. Rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC 2001-2002, Ed Minerva medica, 2004.

EURISPES: 4° Rapporto Nazionale sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza, 2003.

Pollo M.: L'infanzia e l'adolescenza nelle Marche. Primo rapporto di ricerca sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza. 2001.

Regione Marche: Piano Sanitario Regionale 2003-2006: Un'Alleanza per la Salute. Giugno 2003

Ricci S.: Numeri e parole. Servizi per la prima infanzia e per l'adolescenza nelle Marche. 2003





Documento



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



1. 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.

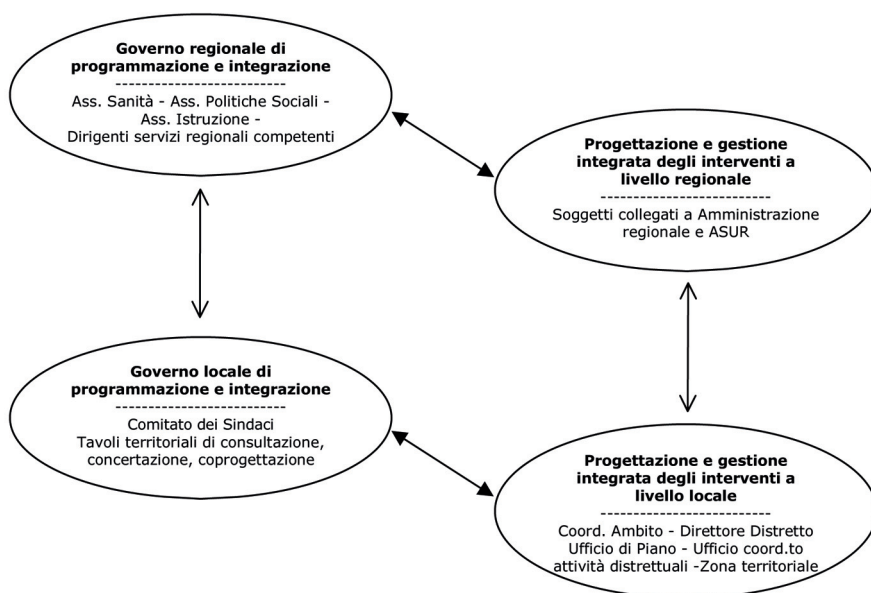
Nel Piano sanitario della Regione Marche vengono individuati i soggetti e i livelli territoriali per lo sviluppo della concertazione tecnica, istituzionale, amministrativa e di comunità; nel Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali 2000/2002 si indica che la costruzione 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



1.1 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.

1.1.1 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...

1.1.2 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.

1.2 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.

1.2.1 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 concertativi 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.

1.2.2 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...).

1.3 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 costringitivo 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.

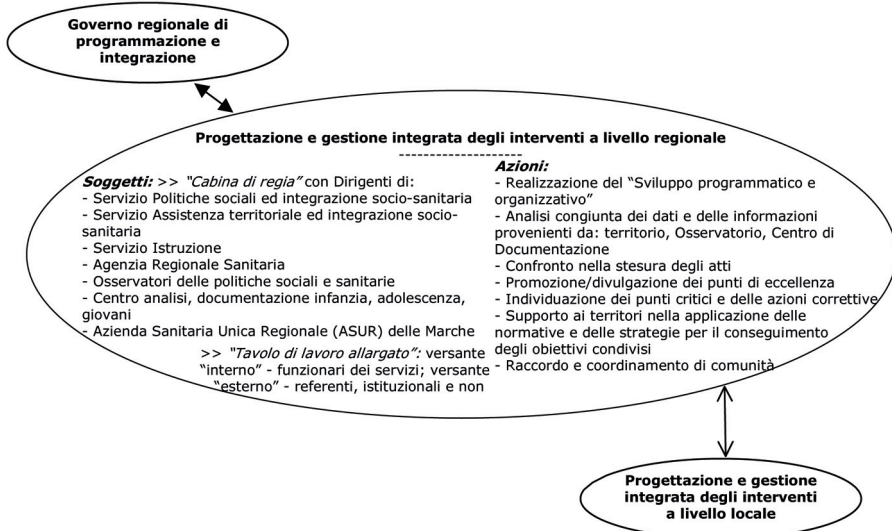
Le modalità di raccordo tra il livello regionale e il livello locale della “Programmazione e gestione integrata degli interventi” vanno sviluppate in relazione a quanto già indicato a proposito delle relazioni tra i due livelli del “Governo della programmazione, della integrazione, della gestione”. L'attenzione 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**



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

2.1 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.

2.2.1 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.

2.2.2 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.

2.2.3 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.

2.2.4 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.

2.2.5 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.

3. PROSPETTIVE NELLA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI

3.1 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.

3.2 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'avere 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 accorpare 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.

3.3 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.

3.4 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

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...).

- 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.

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.

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				

3.4.1 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
Promozione Ampliare le opportunità di sviluppo del bambino	<i>Per il bambino:</i> Incontrare altri bambini Sperimentare relazioni positive con altri adulti Conoscere ambienti e situazioni nuove <i>Per la famiglia:</i> Essere parte di una collettività Disporre di tempo Poter contare su un affidamento sicuro <i>Per la comunità:</i> Prendersi cura della diversità Incrementare le competenze educative	<i>Coordinamento:</i> Servizio sociale minori <i>Riferimento:</i> Nido d'infanzia <i>Coinvolto:</i> Unità Multidisciplinare Età Evolutiva	Programmazione dell'inserimento al nido d'infanzia	Incontro preliminare tra: operatori sociali che seguono la famiglia, operatori sanitari (UMEE), educatori Informazione e comunicazione reciproche
Allargare le risorse della famiglia				
Aumentare la consapevolezza solidale della comunità				Incontro educatori/genitori: presentazione del servizio, definizione dei tempi e delle modalità di inserimento
Accesso Facilitare il rapporto con le istituzioni attraverso un'esperienza di "normalità"	Offrire un luogo e relazioni accoglienti al bambino e alla famiglia, con il personale e con le altre famiglie	Nido d'infanzia	Frequenza	Accoglienza quotidiana Informazione/comunicazione
Accompagnamento/Abilitazione Sostenere la famiglia e la rete di supporto	<i>Per il bambino:</i> Essere accolto, essere soggetto attivo nel gruppo <i>Per la famiglia:</i> Trovare ascolto e riconoscimento delle proprie competenze Arricchire la conoscenza del proprio bambino <i>Per la comunità:</i> Apprendere dalla diversità	Servizio sociale minori Unità Multidisciplinare Età Evolutiva Nido d'infanzia	Frequenza al nido d'infanzia Spazi bambini/genitori	Colloqui informali Opportunità di incontro con altri genitori
Educazione Potenziare l'autonomia della rete e della famiglia	<i>Per il bambino:</i> Esercitare le proprie competenze, sviluppare con i propri tempi <i>Per la famiglia:</i> Acquistare fiducia nei confronti del bambino, del servizio, della comunità Incrementare la propria autonomia attraverso il confronto <i>Per la comunità:</i> Apprendere dalla diversità	Servizio sociale minori Unità Multidisciplinare Età Evolutiva Nido d'infanzia	Frequenza al nido d'infanzia	Incontri periodici di verifica tra gli operatori (sociali, UMEE, nido) e con la famiglia Elaborazione del Piano Educativo Individualizzato Incontri di gruppo tra genitori Consulenza pedagogica
Assistenza/Cura Assicurare gli interventi assistenziali e riabilitativi che favoriscono l'autonomia Responsabilizzare la famiglia e la comunità in merito al loro utilizzo	<i>Per il bambino:</i> Sviluppare tutte le sue potenzialità <i>Per la famiglia:</i> Usufruire delle facilitazioni che ne assicurino la massima autonomia <i>Per la comunità:</i> Apprendere dalla diversità	Servizio sociale minori Unità Multidisciplinare Età Evolutiva Nido d'infanzia Volontari	Riabilitazione Eventuali ausili, agevolazioni economiche, facilitazioni per il trasporto, collaborazioni di volontari	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)

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

Educazione Integrare o sostituire le funzioni educative genitoriali e familiari temporaneamente compromesse. Garantire l'avvio o la prosecuzione di un percorso educativo articolato e diffuso.	<i>Per il bambino:</i> Acquisire competenze, "crescere" sereno. <i>Per la famiglia:</i> Essere sostenuta nel recupero delle capacità genitoriali o accompagnata nella acquisizione della propria durevole incapacità. <i>Per la comunità:</i> Sentirsi coinvolta in un progetto di responsabilità educativa diffusa e di rimozione dello stigma.	<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	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.	Attivazione di occasioni di educazione e inclusione sociale, utilizzando le risorse della comunità locale. Sostegno educativo integrato tra il soggetto che accoglie e i servizi pubblici territoriali. Coinvolgimento delle reti di famiglie accoglienti a supporto della famiglia affidataria e delle comunità residenziali.
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. Favorire la celere definizione di un progetto stabile: ritorno in famiglia, affidamento familiare, accoglienza in Comunità, adozione, rimpatrio assistito.	<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.	<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.	Organizzazione quotidiana delle attività individuali e comunitarie Utilizzo da parte dei minori dei servizi esterni Raccordo con la scuola materna e con le associazioni sportive e del tempo libero.	Attivazione di occasioni di socializzazione e inclusione sociale, utilizzando le risorse della comunità locale. Sostegno psicologico, assistenziale e sociale da parte dei servizi pubblici territoriali. Eventuale supporto dei servizi sanitari di riferimento (DSM, UMEE, DDP).

3.4.2 Griglia di progettazione operativa di sviluppo delle azioni progettuali

Griglia di progettazione operativa		
Inizio Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
1. ANALISI DEL CONTESTO	• 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/conflitti</i>	Disegno delle relazioni Analisi degli attori di progetto
2. DISEGNO DELL'ORGANIZZAZIONE DI PROGETTO	• Composizione del Team 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 Team 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>	Disegno dell'organizzazione di progetto Descrizione Ruoli e Responsabilità per ogni membro del Team di Progetto

Pianificazione Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTO
3. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI OPERATIVI	• 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> - Obiettivo 1: <i>Descrizione dell'obiettivo</i> - Criterio di misurazione 1 : <i>Criterio di misurazione del raggiungimento dell'obiettivo</i>	Piano degli Obiettivi ed indicatori
4. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI INTEREDI	• 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. - <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	• 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	• 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	• Collocare le attività su un calendario solare. (QUANDO fare ciascuna attività)	Diagramma di Gantt
8. STIMA DEI COSTI	• Stimare i costi per il completamento di ogni attività	
9. ACQUISIZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE RISORSE INTERNE/ ESTERNE	• Fare un piano di acquisizione delle risorse esterne necessarie alla realizzazione del progetto	



Esecuzione Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
13. ESECUZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL PROGETTO	• Eseguire le attività previste nel piano di lavoro con particolare riferimento alla “scomposizione del Progetto in Attività” e alla “calendarizzazione” delle attività	Documentazione di servizio
Controllo Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
14. MONITORAGGIO DEL PROGETTO	• 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
Chiusura Progetto		
AZIONE	CONTENUTO	DOCUMENTI
16. CHIUSURA DEL PROGETTO	• Valutare le <i>performance</i> del progetto • Diffondere i risultati finali del progetto	<i>Report</i> finale di progetto



:: ALLEGATO ::

indice tabelle e figure

1. Contesto demografico e famiglia

1.1 Popolazione e minori

1.1.1 Popolazione residente

Tabella 1.1.1.01 - Popolazione residente al 1 Gennaio e al 31 dicembre per sesso ed età (Marche, 2003)

Tabella 1.1.1.02 – Indici demografici popolazione anziana, Marche e Italia 2001.

1.1.2 Natalità, fecondità e mortalità'

Tabella 1.1.2.01 - Bilancio demografico e popolazione residente al 1 gennaio e al 31 Dicembre – (Marche, 2003).

Grafico 1.1.2.01-Nati vivi e morti negli ultimi 10 anni. Marche (1994-2003)

Tabella 1.1.2.02 - Tasso di fecondità totale per donne in età feconda per regione di residenza - Anni 1984-2001 (a)

Tabella 1.1.2.03 – Tassi specifici di fecondità per 1000 donne per classi di età e regione di residenza-anno 2001

Tabella 1.1.2.04 - Indice di natalità - Serie storica (Marche-Italia, Anni 1981-1991-2000-2002).

Figura 1.1.2.02 – Tassi di mortalità generali per regione, anno 2000

Figura 1.1.2.03 - Mortalità' complessiva - Tassi standardizzati di mortalità per sesso e regione di decesso. (Italia, Anno 2000) (*Tassi per 10.000 abitanti*)

Figura 1.1.2.04 – Rischio di mortalità per regione di decesso e sesso. (Italia, Anno 2000) (Valore di riferimento: Italia=1)

1.1.3 Immigrazione/Emigrazione

Tabella 1.1.3.01 - Bilancio demografico e popolazione residente al 1 gennaio e 31 Dicembre (Marche, 2003)

1.1.4 I minorenni nella popolazione

Figura 1.1.4.01 - Distribuzione percentuale della popolazione giovanile per classi di età. (Marche, anni 1981-1991-2001)

Tabella 1.1.4.01 - Popolazione residente per sesso ed età.(Marche-Italia, 1 gennaio 2003)

Figura 1.1.4.02 - Distribuzione della popolazione 0-17 anni per genere sessuale nelle province delle Marche.(Anno 2003)

Figura 1.1.4.03 - Popolazione minorenni residente 0-17 anni, per classi di età. (Marche-Italia, Anno 2003)

Figura 1.1.4.04 - Distribuzione percentuale per genere sessuale e classi di età sul totale popolazione 0-17 anni (Marche, 2003)

Tabella 1.1.4.02 - Cittadini stranieri minorenni residenti, per sesso e provincia, al 1° gennaio 1998 (numero e incidenza percentuale sul totale degli stranieri residenti)

1.2. Famiglia

1.2.1 Matrimoni

Tabella 1.2.1.01 - Popolazione coniugata per età e sesso (Marche,1 gennaio 2003).

Tabella 1.2.1.02-Matrimoni per regione di residenza (Marche,Anni 2000-2001)

Tabella 1.2.1.03 - Matrimoni per tipo di comune e rito (Marche,Anno 2000)

Tabella 1.2.1.04 - Indicatori sintetici per caratteristiche dei matrimoni (Marche,Anno 2000).

Tabella 1.2.1.05 - Matrimoni per classe di età della sposa e dello sposo (Marche, Anno 2000).

1.2.2 Separazioni e Divorzi

Figura 1.2.2.01 - Indici di separazione e divorzio (Italia, 1995-2002).

Tabella 1.2.2.01 - Tassi di separazione e divorzio *per 1.000 coppie coniugate al 31.12.2001*. (Marche,Anno 2002).

Figura 1.2.2.02 - Tassi di separazione e divorzio per regione.(Italia,Anno 2002)

Tabella 1.2.2.02- Indicatori relativi alle separazioni per regione. Anno 2001

Tabella 1.2.2.03-Indicatori relativi ai divorzi per regione. (Marche,Anno 2001)

Tabella 1.2.2.04 - Procedimenti di divorzio per modalità di esaurimento della causa e numero dei figli affidati (Marche, Anno 2002)

Tabella 1.2.2.05 - Procedimenti di separazione personale

dei coniugi per rito di chiusura della causa e numero dei figli affidati. (Marche, Anno 2002).

Tabella 1.2.2.06 - Separazioni personali per regione, condizione professionale e posizione nella professione dei coniugi.-Marche. Anno 2000.

Tabella 1.2.2.07 - Figli affidati a causa di separazione, per provincia. (Marche, Anno 1998-2000).

Tabella 1.2.2.08 - Età media alla separazione e al divorzio, per sesso e provincia. (Marche, Anno 2001).

Tabella 1.2.2.09 - Separazioni dei coniugi per durata del matrimonio al momento dell'iscrizione a ruolo del procedimento di separazione, per regione. (Marche, Anno 2002).

Tabella 1.2.2.10 - Divorzi per durata del matrimonio. (Marche, Anno 2002)

Figura 1.2.2.03 – Numero di separazioni e divorzio in rapporto alla durata del matrimonio. (Marche, Anno 2002)

1.2.3 Tipologie Familiari

Tabella 1.2.3.01 - Famiglie e persone per alcune tipologie, regione, ripartizione geografica - Media 2001-2002

Figura 1.2.3.01 – Nuclei familiari per tipologia. (Marche, Media 2001-2002)

Tabella 1.2.3.02 - Coppie con figli per numero di figli, regione, ripartizione - Media 2000-2001 (*per 100 coppie con figli della stessa zona*)

Tabella 1.2.3.03 - Coppie senza figli per classe di età della donna, regione e ripartizione geografica – Media 2001-2002 (*per 100 coppie senza figli della stessa zona*)

1.3 Situazione economica e lavoro

1.3.1 Povertà

Tabella 1.3.1.01 - Incidenza di povertà relativa per famiglia per regione e ripartizione geografica. (Marche, Anni 2002-2003) (*valori percentuali*)

Tabella 1.3.1.02 - Famiglie residenti e famiglie povere, incidenza e intensità di povertà 2002 (a)

Tabella 1.3.1.03 - Persone residenti e persone povere, incidenza della povertà per regione di residenza - Anno 2002 (a)

Tabella 1.3.1.04 - Famiglie per povertà relativa e povertà soggettiva per regione e ripartizione geografica -Anno 2002 (valori percentuali)

1.3.2 OCCUPAZIONE MINORILE

Tabella 1.3.2.01 - Popolazione di 15-19 anni per condizione lavorativa e regione, media 2000 (dati assoluti in migliaia)

Tabella 1.3.2.02 - Tasso di disoccupazione giovanile e

totale per sesso e regione di residenza - Anno 2002

Tabella 1.3.2.03 - Tasso di disoccupazione in età 15-24 anni. Anno 2002.

1.4 Ambiente

1.4.2 Contesto urbano

Tabella 1.4.2.01 - 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)*

Tabella 1.4.2.02 - Persone di 14 anni e più occupate, per eventuali mezzi di trasporto usati per andare al lavoro, tempo impiegato e regione-Anno 1998_*(per 100 occupati della stessa zona che escono di casa per andare a lavorare)*

1.4.3 Ambiente di vita

Tabella 1.4.3.01 - Famiglie e titolo di godimento dell'abitazione per regione-Anno 2002

Tabella 1.4.3.02 - Famiglie e caratteristiche dell'abitazione per regione - Anno 2002

Tabella 1.4.3.03- 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)*

Tabella 1.4.3.04- Famiglie che dichiarano alcuni problemi in relazione all'abitazione in cui vivono per tipo di problema, condizione di povertà regione-Anno 2002 (valori percentuali)

2. Salute e stili di vita

2.1. Salute

Tabella 2.1.1.01 - Tassi di mortalità (per 1.000 nati vivi) per genere sessuale e classi di età – (Marche, Anni 1996-2001).

Tabella 2.1.1.02 - Tassi di mortalità infantile e neonatale (x 1.000 nati vivi) nelle regioni italiane. Anno 2000

Tabella 2.1.1.03 - Tasso di mortalità infantile nelle Marche, per provincia e in Italia - Anno 1997

Tabella 2.1.1.04 - Numero decessi per tutte le cause nelle Marche ed in Italia, nella classe di età 0-24 anni per il quinquennio 1995-1999.

Tabella 2.1.1.05 -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.

Tabella 2.1.1.06 – Tasso specifico di mortalità (per 100.000 residenti) nella classe di età 0-24 anni, per cause esterne dei traumatismi e degli avvelenamenti. Confronto Marche-Italia, Anni 1995-1999.

2.1.2 Ricoveri ospedalieri

Tabella 2.1.2.01 - Ricoveri in età pediatrica, per classe d'età. Marche 1996-2002 (*valori assoluti*)

Tabella 2.1.2.02 - Tassi di ospedalizzazione per fasce di popolazione in età pediatrica, Marche 1996-2002 (*x 1000 abitanti 0-17 anni*)

Figura 2.1.2.01 - Andamento dei ricoveri in regime ordinario per classi di popolazione in età pediatrica (Marche 1996-2002; Anno base 1996 = 100).

Figura 2.1.2.02 - Andamento dei ricoveri in regime di day Hospital per classi di popolazione in età pediatrica (Marche 1996-2002; Anno base 1996 = 100).

Tabella 2.1.2.03 - Durata media della degenza in ricovero ordinario nella popolazione 0-17 anni (Marche 1996-2002).

Tabella 2.1.2.04 - Cause di ospedalizzazione in età pediatrica: distribuzione percentuale dei settori ICD-9-CM in Italia e nelle Marche nel 2001.

Tabella 2.1.2.05 - Prime sei cause di ospedalizzazione in età pediatrica per fascia d'età: distribuzione percentuale dei DRG nelle Marche nel 2002

2.1.3 Percezione di salute

Tabella 2.1.3.01 - Popolazione per stato di salute dichiarato per sesso classi di età. (Marche, Anno 1999)

2.1.4 Handicap

Tabella 2.1.4.01 - Disabili di 6 anni e più. Tassi grezzi e standardizzati (*per mille persone*) (Marche, Anno 1999-2000).

Tabella 2.1.4.02 - Persone di 15 anni e più per regione, presenza di disabilità e titolo di studio.. (Marche, Anno 1999-2000) (*Valori percentuali*)

Tabella 2.1.4.03 - Alunni in situazione di handicap per tipologia di handicap. (Marche, Anno scolastico 1999-2000)

Tabella 2.1.4.04 - Percentuale di alunni promossi su scrutinati in situazione di handicap ed in totale nelle scuole elementari e nelle scuole medie inferiori. (Marche, Anno scolastico 1999/2000)

2.2. Comportamenti e opportunità

2.2.1 Alimentazione

Tabella 2.2.1.01 - Persone di 15 anni e più in sovrappeso

per sesso, classe di età.(Marche, Anni 1999-2000 *(tassi per 100 persone)*)

Tabella 2.2.1.02 - Persone di 15 anni e più obese per sesso, classe di età(Marche, Anni 1999-2000) *(tassi per 100 persone)*

Tabella 2.2.1.03 - Persone di 3 anni e più per stile alimentare(Marche, Anno 2001) *(per 100 persone della stessa zona)*

2.2.2 Consumo di Farmaci

Tabella 2.2.2.01 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni per sesso classe di età. (Marche,anno 2000)

Figura 2.2.2.01 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni per sesso classe di età. (Marche,anno 2000)

Tabella 2.2.2.02 - Consumo di farmaci negli ultimi due giorni prescritti da un medico per sesso, classe di età e regione - Anno 2000 *(rapporti per 100 consumatori)*

2.2.3 Copertura vaccinale

Tabella 2.2.3.01 - Tassi di copertura vaccinale (per 100 residenti) tra 12 e 24 mesi di età. Coorte di nascita dell'anno 2001. Dati regionali e nazionali.

2.2.4 Consumo di tabacco

Tabella 2.2.4.01 - Fumatori di 15 anni e più per sesso, classe di età e regione - Anno 2001 (tassi per 100 persone)

Tabella 2.2.4.02 - Persone di 14 anni e più per abitudine al fumo e numero di sigarette fumate, regione, ripartizione - Anno 2001

2.2.5 Incidenti stradali

Tabella 2.2.5.01 - Tassi di mortalità (per 100.000) per incidenti stradali in soggetti residenti di età 14-29 anni per regione. Anno 1999.

Tabella 2.2.5.02 - Conducenti infortunati per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

Tabella 2.2.5.03 - Persone trasportate infortunate per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione -Anno 2002

Tabella 2.2.5.04 - Pedoni infortunati per classe di età, sesso, conseguenza dell'incidente e regione - Anno 2002

2.2.6 Infortuni sul lavoro e malattie professionali

Tabella 2.2.6.01 - Infortuni sul lavoro denunciati di minorenni e in totale, per settori produttivi e per regione - Anno 2000

Tabella 2.2.6.02 - Infortuni sul lavoro denunciati dalle aziende nel settore di industria commercio e servizi, per età sesso e provincia. (Marche,Anno 2003)

Tabella 2.2.6.03 - Malattie professionali, denunciate dalle

aziende nel settore di industria commercio e servizi, per età, sesso e provincia. (Marche, Anno 2003)

2.2.7 Opportunità: cultura, interessi e tempo libero

Tabella 2.2.7.01 - Biblioteche per regione. (Marche, Anno 2001) (a) *(valori assoluti e per 100.000 abitanti)*

Tabella 2.2.7.02 - Sale cinematografiche aperte al pubblico e persone di sei anni e più che si sono recate al cinema nell'ultimo anno. (Marche, Anno 1999) *(spettatori in migliaia)*

Tabella 2.2.7.03 - Musei e gallerie statali, visitatori per modalità di ingresso, tipo di istituto e provincia. (Marche, Anno 2000)

Tabella 2.2.7.04 - Monumenti e scavi statali visitatori per modalità di ingresso, tipo di istituto e provincia. (Marche, Anno 2000)

Tabella 2.2.7.05 - Istituzioni culturali sportive e ricreative per regione e ripartizione geografica.

Tabella 2.2.7.06 - Persone di 3 anni e più che guardano la televisione e ascoltano la radio e persone di 6 anni e più che leggono quotidiani o hanno letto libri negli ultimi 12 mesi. (Marche, Anno 2002).

Tabella 2.2.7.07 - Persone di 3 anni e più per frequenza con cui usano un personal computer e persone di 6 anni e più per frequenza con cui usano Internet, regione (Marche, Anno 2002) *(per 100 persone della stessa zona)*

Tabella 2.2.7.08 - Persone di 6 anni e più che hanno visitato musei e mostre nei 12 mesi precedenti l'intervista per sesso età titolo di studio e ripartizione geografica (Italia, Anno 1995-2000) *(per 100 persone con le stesse caratteristiche)*

Tabella 2.2.7.09 - Persone di 6 anni e più che si sono recate al cinema nei 12 mesi precedenti l'intervista per sesso, età, titolo di studio e ripartizione geografica. (Italia, 1995-2000) *(per 100 persone con le stesse caratteristiche)*

2.2.8 Associazionismo

Tabella 2.2.8.01 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista almeno una delle attività sociali indicate (Marche, Anno 2002)

Tabella 2.2.8.02 - Persone di 14 anni e più per frequenza con cui parlano di politica e che hanno svolto le attività indicate (Marche, Anno 2002) *(per 100 persone della stessa zona)*

2.2.9 Attività sportiva

Figura 2.2.9.01 - Persone di 3 anni e più che praticano sport o attività fisica una o più volte a settimana. (Italia, Anno 2000).



Tabella 2.2.9.01 - Persone di 3 anni e più che praticano sport, qualche attività fisica e persone non praticanti. (Marche, Anno 2002) *(dati in migliaia e quozienti per 100 persone della stessa zona)*

Tabella 2.2.9.02 - Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità o saltuariamente per età di inizio della pratica sportiva. (Marche, Anno 2000) *(per 100 persone di tre anni e più della stessa zona che praticano sport con continuità o saltuariamente)*

Tabella 2.2.9.03 - Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità o saltuariamente per motivo della pratica. (Marche, Anno 2000) *(per 100 persone di tre anni e più della stessa zona che praticano sport con continuità o saltuariamente)*

Tabella 2.2.9.04 - Persone di 3 anni e più che non praticano sport per motivo della non pratica. (Marche, Anno 2000) *(per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona che non praticano sport)*

Tabella 2.2.9.05 - Persone di 3 anni e più che praticano sport con continuità o saltuariamente per tipo di sport praticato. (Marche, Anno 2000) *(per 100 persone di 3 anni e più della stessa zona che praticano sport con continuità o saltuariamente)*

Tabella 2.2.9.06 - Praticanti tesserati, società e operatori FSN – DSA (a) per provincia. (Marche, Anno 2001) *(valori assoluti)*

2.3. Difficoltà e disagio

2.3.1 Abortività

Tabella 2.3.1.01 - Rapporto di abortività spontanea per 1000 nati vivi per classe di età e regione di residenza. Marche, Anno 2001) (a)

Tabella 2.3.2.02 - Tasso di abortività volontaria per 1000 donne per classe di età e regione di residenza. (Marche, Anno 2001).

Figura 2.3.2.01 - Tassi IVG nella fascia di età 15-17 anni. (Marche-Italia. Anni 1998-1999-2000)

Tabella 2.3.2.03 - Tasso di IVG per 1.000 donne in età feconda e in età 15-19 anni, per provincia. (Marche, Anno 1999)

2.3.2 Suicidi e tentativi di suicidio

Tabella 2.3.2.01 - Suicidi accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per sesso e classi di età. (Marche, Anno 2000)

Tabella 2.3.2.02 - Tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per sesso e classi di



età (Marche, Anno 2000)

Tabella 2.3.2.03 - Suicidi e tentativi di suicidio accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri, per sesso e classi di età. (Marche, Anno 2002)

2.3.3 Minori scomparsi

Tabella 2.3.3.01 - 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. (Marche, Anno 1999-2002)

2.3.4 Adozione Nazionale ed Internazionale

Tabella 2.3.4.01 - Domande di adozione nazionale e internazionale. (Marche, Anno 2002, 2003, 1°-2° trimestre 2004)

Tabella 2.3.4.02 - Decreti di idoneità all'adozione internazionale. (Marche, Anno 2002, 2003, 1°-2° trimestre 2004)

Tabella 2.3.4.03 - Decreti di affidamento preadottivo. (Marche, Anno 2002, 2003, 1°-2° trimestre 2004)

Tabella 2.3.4.04 - Decreti definitivi di adozione nazionale e internazionale. (Marche, Anno 2002, 2003, 1°-2° trimestre 2004)

Tabella 2.3.4.05 - Coppie che hanno richiesto l'autorizzazione all'ingresso in Italia di minori stranieri secondo la regione di residenza e l'anno della richiesta (Marche, al 30 giugno 2004) .(*Valori assoluti, valori percentuali e tassi per 100.000 abitanti di 30-59 anni*)

Tabella 2.3.4.06 - 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. (Marche, al 30 giugno 2004).

Tabella 2.3.4.07 - 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 (Marche, al 30 giugno 2004)

2.3.5 Affidamenti e provvedimenti a tutela del minore

Tabella 2.3.5.01 - Provvedimenti a tutela del minore emessi dal Tribunale minorenni di Ancona-Anno giudiziario 2002/2003 e 2003/2004 (1° semestre).

Tabella 2.3.5.02 - Provvedimenti di allontanamento del minore dalla residenza familiare. Anno giudiziario 2002/2003 e 2003/2004 (1° semestre).

2.3.6 Tossicodipendenza

Tabella 2.3.6.01 - 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

Tabella 2.3.6.02 - Nuovi minori segnalati ex art75 DPR309/90 per regione di residenza e di segnalazione

con una o più segnalazioni - Anno 2001

Tabella 2.3.6.03 - Nuovi minori segnalati ex art. 75 DPR 309/90 minorenni e in totale per sesso e regione di segnalazione. (Marche, Anno 2001)

Tabella 2.3.6.04 - Decessi tossicologicamente correlati all'uso di stupefacenti e segnalati alle autorità giudiziarie per regione (Marche, Anno 2001)

Tabella 2.3.6.05 . Utenti SerT in età 14-25 anni per tipo di sostanza consumata. (*per 1.000 residenti*) (Italia, Anno 2002).

Tabella 2.3.6.06 - N. totale soggetti in carico ai SerT regionali (nuovi + già in carico) per SerT e fascia d'età. Maschi. (Marche, Anno 2003).

Tabella 2.3.6.07 - N. totale soggetti in carico ai SerT regionali (nuovi + già in carico) per SerT e fascia d'età. Femmine. (Marche, Anno 2003).

Tabella 2.3.6.08 N. totale soggetti in carico ai SerT regionali (nuovi + già in carico) per SerT e fascia d'età . Totali. Marche, Anno 2003).

Tabella 2.3.6.09 - Numero medio annuale di nuovi casi per SerT e fascia d'età.(Marche, Anni 1999-2003)

2.4. Criminalità e giustizia

2.4.1 Denunce

Tabella 2.4.1.01 - Minorenni denunciati per 10.000 abitanti in età 14-17 anni. (Marche, Anno 1997)

Tabella 2.4.1.02 - Denunce alle Procure della Repubblica presso i Tribunali per i minorenni secondo la Regione in cui il delitto è stato commesso. Italiani e stranieri. (Marche, Anno 2001)

Tabella 2.4.1.02 - 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. (Marche, Anno 2001)

Tabella 2.4.1.03+Minorenni denunciati alle Procure per minorenni per gruppi di delitti, sesso e la regione in cui il delitto fu commesso. (Marche, Anno 2002)

Tabella 2.4.1.04 - Persone minorenni denunciate, per i quali l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale, per sesso e provincia. (Marche, Anno 2002)

Tabella 2.4.1.05 - 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. (Marche, Anno 2001)

Tabella 2.4.1.06 - Minorenni denunciati di cittadinanza straniera, per regione in cui fu commesso il delitto e Paese.

(Marche, Anno 2002)

Tabella 2.4.1.07 - Minorenni denunciati secondo il tipo di delitto e provincia. (Marche, Anno 2000). *(per 100.000 abitanti in età 14-17 anni)*

2.4.2 Attività Giustizia minorile

Tabella 2.4.2.01 - Movimento dei procedimenti penali della Procura presso Tribunale per i minorenni – (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

Tabella 2.4.2.02 - Attività di definizione dei procedimenti della Procura presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

Tabella 2.4.2.03 - Provvedimenti emessi dalla Procura presso il Tribunale per i Minorenni . (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

Tabella 2.4.2.04 - Movimento dei procedimenti penali del GIP presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

Tabella 2.4.2.05 - Attività di definizione dei procedimenti del GIP presso il Tribunale per i Minorenni.(Ancona, Anno giudiziario 2001/2002)

Tabella 2.4.2.06 - Provvedimenti emessi dal GIP presso il Tribunale per i Minorenni. (Ancona, Anno giudiziario 2001/2002).

Tabella 2.4.2.07 - Movimento dei procedimenti negli Uffici per minorenni. Anno 2002-Distretto di corte di appello Ancona.

Tabella 2.4.2.08 - Movimento dei procedimenti penali.(Distretto Ancona, Anno 2003)

Tabella 2.4.2.09 - Minorenni condannati per età, sesso e distretto di Corte di appello . (Ancona,Anno 2002)

Tabella 2.4.2.10 - Soggetti segnalati e presi in carico presso l'USSM Ancona. Anno 2003

Figura 2.4.2.01 - Soggetti presi in carico presso l'USSM di Ancona-Anno 2003

Tabella 2.4.2.11 - Attività dell'Ufficio Servizi Sociali Minorile. (Ancona,30 Aprile 2004).

Tabella 2.4.2.12 - Flussi di utenza dei Centri di Prima Accoglienza (Ancona.Anno 2003)

Tabella 2.4.2.13 - Utenza dei Centri di prima accoglienza.(Ancona, Anno 2003-Aprile 2004).

Contesto territoriale del sistema dell'offerta.

3.1. Istruzione e formazione

3.1.1 Popolazione per età e titolo di studio

Tabella 3.1.1.01 - Popolazione residente di età superiore a

6 anni per grado di istruzione, sesso e regione di residenza
(Marche, Media 2002) *(dati in migliaia)*

3.1.2 Scuola per l'infanzia - Offerta formativa

Tabella 3.1.2.01 - Punti di erogazione del servizio scolastico per l'infanzia - a.s. 2003/2004

Tabella 3.1.2.02 - Scuola dell'infanzia - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

Tabella 3.1.2.03 - Istituti comprensivi di scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

3.1.3 Scuola per l'infanzia

Caratteristiche popolazione scolastica

Tabella 3.1.3.01 - Scuola dell'infanzia - Bambini, Sezioni, Organico, Rapporto Bambini/Sezioni - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

Tabella 3.1.3.02 - Scuola primaria - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia (Marche- a.s. 2003/2004)

3.1.4 Scuola dell'obbligo - Offerta formativa

Tabella 3.1.4.01 - Scuole secondarie di I grado distinte per provincia (marche-a.s. 2003/2004)

Tabella 3.1.4.02 - Scuola secondaria di I grado - Tipologia sedi per Provincia. (Marche, a.s.2003/2004)

3.1.5 Scuola dell'obbligo

Caratteristiche popolazione scolastica

Tabella 3.1.5.01 - Scuola secondaria di I grado - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia (Marche-a.s.2003/2004)

3.1.6 Formazione superiore - Offerta formativa

Tabella 3.1.6.01 - Scuola secondaria di II grado - Tipologia sedi per Provincia (Marche-a.s.2003/2004)

3.1.7 Formazione superiore

Caratteristiche popolazione scolastica

Tabella 3.1.7.01 - Scuola secondaria di II grado - Alunni, Classi, Organico, Rapporto Alunni/Classi - per Provincia (Marche-a.s. 2003/2004)

Tabella 3.1.7.02 - Alunni e classi delle Scuole secondarie di II grado delle Marche distinte per province e tipologia di scuola (Marche- a.s.2003/2004)

3.2. Servizi sociali e sanitari

3.2.1 Servizi Sociali

Tabella 3.2.1.01 - Servizi per minori disaggregati per Osservatorio provinciale e per Zone territoriali dell'ASUR (ex-ASL) (Marche, Anno 2003)

Tabella 3.2.1.02 - Servizi per minori disaggregati per Ambiti

Territoriali – (Marche, Anno 2003)

Tabella 3.2.1.03 - Posti letto in strutture residenziali per minori. (Marche, Anno ???)

Tabella 3.2.1.04 - Tassi dei posti letto in strutture residenziali per minori, per tipologia di servizio residenziale e provincia (Marche, Anno 2003) *(per 100.000 abitanti in età 0-17 anni)*.

Tabella 3.2.1.05 - Numero di posti letto medi in strutture residenziali per minori, per tipologia di servizio residenziale e provincia. (Marche, Anno 2003)

Tabella 3.2.1.06 - UMEE per Area vasta, Zona territoriale e Ambito sociale nella Regione Marche. (Marche, al 31.12.2002).

3.2.2 Servizi Sanitari

Tabella 3.2.2.01 - Offerta ospedaliera dell'area Pediatrica e Ostetrico-ginecologica - Posti letto pubblici e privati (Ricovero ordinario e Day Hospital). Anno 2003 Regione Marche.