

RAPPORTO SULL'ASSISTENZA NELLE MARCHE 2022

Le sfide e le prospettive
per il welfare sociale territoriale integrato

a cura di

Angela Genova, Franco Pesaresi

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli 



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

RAPPORTO SULL'ASSISTENZA NELLE MARCHE 2022

Le sfide e le prospettive
per il welfare sociale territoriale integrato

a cura di
Angela Genova, Franco Pesaresi

POLITICHE
E SERVIZI
SOCIALI

FrancoAngeli 

Questa pubblicazione è stata realizzata con il contributo del Dipartimento di Economia, Società, Politica (DESP) dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione , di Angela Genova, Franco Pesaresi	pag.	11
Riferimenti bibliografici	»	15
1. Il bilancio della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. 328/2000) nelle Marche , di Ugo Ascoli	»	17
1.1. La ‘parabola’ dell’Assistenza nel sistema di welfare nazionale (2000-2020)	»	17
1.2. La via marchigiana al welfare: le linee della Programmazione Sociale Regionale	»	22
2. I contenuti innovativi del Piano Sociale delle Marche 2020-2022 , di Angela Genova, Giuliano Tacchi, Roberto Drago	»	29
Introduzione	»	29
2.1. La programmazione sociale a livello nazionale	»	29
2.2. La programmazione sociale nelle Marche	»	33
2.3. L’innovazione nel Piano Sociale Regionale: l’attenzione per la <i>governance</i>	»	37
2.4. Le principali sfide	»	41
Riferimenti bibliografici	»	42
3. La spesa sociale dei comuni , di Maria Elena Tartari	»	43
3.1. La spesa nel periodo 2008-2018: andamento generale per target di intervento	»	47
3.2. I livelli di spesa delle Marche rispetto alle altre regioni	»	49
3.3. Le risorse per le diverse attività del welfare sociale territoriale	»	50

3.4. Un aspetto organizzativo: la gestione associata della spesa	pag.	52
3.5. La situazione degli Ambiti Territoriali Sociali al 2018	»	53
Riferimenti bibliografici	»	61

Il quadro delle politiche di settore

4. I servizi socio-educativi per la prima infanzia, di Paola Nicolini, Valter Chiani	»	65
Introduzione	»	65
4.1. La legge 1971 n. 1044	»	66
4.2. La legge 23 del 1973 della Regione Marche e le sue ricadute sul territorio	»	66
4.3. La legge regionale 9 del 2003	»	67
4.4. La legge 107/2015 “Buona Scuola” e il sistema integrato 0-6	»	68
4.5. La situazione attuale dei servizi socioeducativi nelle Marche	»	73
4.6. Problemi aperti e opportunità	»	75
Riferimenti bibliografici	»	77
5. Le politiche per gli anziani e la non autosufficienza in Italia, di Carlos Chiatti, Gianluca Causo	»	78
5.1. Le politiche per gli anziani e la non autosufficienza in Italia	»	78
5.2. Le Marche invecchiano: analisi dei bisogni negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Regione	»	80
5.3. L’offerta dei servizi domiciliari nella Regione Marche: il ruolo del Fondo per la non autosufficienza nazionale e regionale	»	83
5.4. L’indennità di accompagnamento e il contributo degli assistenti familiari	»	89
5.5. La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali	»	91
5.6. Le principali sfide e prospettive innovative: le previsioni del Piano Regionale per la Non Autosufficienza e l’opportunità del PNRR	»	95
Riferimenti bibliografici	»	97

6. Invecchiare in salute nelle Marche: politiche regionali e obiettivi territoriali , di Angela Genova, Ario Federici, Laura Chiarantini	pag.	99
Introduzione	»	99
6.1. Invecchiare in salute in Italia	»	100
6.2. Invecchiare in salute nelle Marche: le politiche regionali	»	101
6.3. Le politiche di invecchiamento attivo negli Ambiti Territoriali Sociali delle Marche	»	105
6.4. Sfide e prospettive innovative	»	112
Riferimenti bibliografici	»	114
7. Le politiche per la disabilità nella Regione Marche , di Carla Moretti, Barbara Giacconi	»	116
7.1. Il livello nazionale	»	116
7.2. Le politiche regionali nell'ambito della disabilità	»	120
7.3. L'offerta dei servizi	»	125
7.4. Prospettive innovative	»	127
Riferimenti bibliografici	»	130
8. Le politiche per i minori e la famiglia , di Maria Simona Marconi, Benedetta Polini	»	132
8.1. Le politiche per le famiglie e i bambini a livello nazionale	»	132
8.2. La legislazione regionale	»	135
8.3. L'offerta dei servizi	»	139
8.4. Le principali sfide e prospettive innovative	»	146
8.5. Brevi osservazioni conclusive	»	149
Riferimenti bibliografici	»	150
9. Le politiche di genere , di Barbara Giacconi, Carla Scarponi, Valeria Pasqualini	»	152
9.1. Breve presentazione del tema a livello nazionale	»	152
9.2. Il tema nelle Marche: analisi dei bisogni tramite dati regionali provinciali e di ATS	»	154
9.3. L'offerta dei servizi	»	160
9.4. Le principali sfide e prospettive innovative	»	163
Riferimenti bibliografici	»	166
10. Le politiche per i migranti , di Eduardo Barberis, Alba Angelucci	»	167

Introduzione	pag.	167
10.1. Situazione sociodemografica dei migranti nelle Marche	»	167
10.2. L'inclusione degli immigrati nel welfare locale: dilemmi e sfide	»	170
10.3. Il welfare marchigiano e l'immigrazione	»	173
Conclusioni	»	182
Riferimenti bibliografici	»	184

La povertà nelle Marche

11. La popolazione in condizione di povertà, di Franco Pesaresi	»	187
11.1. La povertà in Italia e in Europa	»	187
11.2. La povertà nelle Marche	»	193
Conclusioni	»	198
Riferimenti bibliografici	»	199
12. La spesa per la povertà nelle Marche, di Marco Amichetti, Gianluca Busilacchi	»	200
Introduzione	»	200
12.1. La spesa dei comuni per la povertà: uno sguardo ai dati	»	202
12.2. Il reddito di Cittadinanza nelle Marche	»	209
Conclusioni	»	212
Riferimenti bibliografici	»	213
13. Il Reddito di Cittadinanza. Dati e sviluppo dei servizi, di Alessandra Cantori	»	214
13.1. Dal Reddito d'Inclusione al Reddito di Cittadinanza	»	214
13.2. Caratteristiche fondamentali	»	214
Riferimenti bibliografici	»	229
14. Persone senza fissa dimora, dimensione e servizi, di Andrea Mancini	»	231
14.1. I senza fissa dimora e la regione Marche. Dimensione e servizi	»	233
14.2. Pandemia e prospettive di lavoro futuro	»	238
Riferimenti bibliografici	»	244

15. La distribuzione di pasti e alimenti, di Andrea Mancini	pag.	249
15.1. Comunità Europea e territorio nazionale	»	249
15.2. Banco Alimentare Marche	»	252
15.3. Canali di distribuzione	»	256
Conclusioni e proposte	»	263
Riferimenti bibliografici	»	266

16. La lotta alla povertà nelle Marche: lo spazio occupato dal Terzo settore e la difficile interazione con i soggetti pubblici, di Fabio Corradini, Marco Moroni	»	268
16.1. Il contesto	»	268
16.2. Welfare mix e nuovi bisogni	»	269
16.3. L'Alleanza contro la povertà	»	271
16.4. "Beni e servizi" del Terzo settore	»	273
16.5. Salute, cura e povertà alla prova del Covid	»	276
16.6. Le sfide, l'innovazione e le buone pratiche	»	278
16.7. Una buona pratica. Il Progetto R.I.E.S.CO. Marche: Reti Inclusive e Solidali per la Comunità	»	279
Conclusioni	»	281
Riferimenti bibliografici	»	282

Sfide e costruzione

17. L'Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS), a cinque anni dalla sua attivazione, di Stefano Ricci	»	285
17.1. La cornice nazionale e regionale dell'integrazione sociale e sanitaria	»	285
17.2. Le motivazioni e il significato della "scelta" dell'U.O. SeS	»	287
17.3. L'avvio, le tappe, l'accompagnamento, il monitoraggio	»	293
17.4. L'"impatto" tra resistenze, indifferenze e abbandoni	»	294
17.5. La situazione attuale e gli scenari possibili	»	296

18. Vulnerabilità nella Regione Marche. Un approccio multidimensionale alla valutazione del rischio, di Silvia Sorana, Valerio Valeriani	»	299
Premessa	»	299
Introduzione	»	300
18.1. Misurare la vulnerabilità sociale	»	301

18.2. Analisi empirica delle dimensioni della vulnerabilità	pag.	304
Conclusioni	»	321
Riferimenti bibliografici	»	326
19. La nuova programmazione sociale territoriale e le sfide ancora aperte, di Angela Genova, Giuliano Tacchi, Franco Pesaresi	»	328
Introduzione	»	328
19.1 Il welfare nelle Marche nel 2008 e oggi, in prospettiva comparata	»	328
19.2. La programmazione sociale territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali: tra costanti e variabili	»	331
19.3. Le principali sfide per la programmazione sociale	»	338
Riferimenti bibliografici	»	341

Introduzione

di *Angela Genova*^{*}, *Franco Pesaresi*^{**}

1. Questo libro

Il *Rapporto sull'assistenza nelle Marche 2022* costituisce il tentativo – il secondo in Italia – di realizzare un rapporto periodico sull'assistenza nella regione Marche. L'unico precedente è quello realizzato dal progetto “Lombardia sociale” e da Cristiano Gori che dal 2005 a oggi hanno realizzato tre rapporti sull'assistenza in Lombardia. Nelle Marche, invece, un lavoro di questo tipo è stato realizzato nel 2008 in un volume curato da Angela Genova e Federico Palazzo sostenuto dalla Regione Marche. Questo 2° Rapporto sul welfare sociale intende dunque proseguire in continuità con il precedente Rapporto per permettere anche una visione temporale dell'evoluzione del welfare sociale locale.

In Italia vengono prodotti annualmente rapporti sui diversi aspetti del welfare mentre mancano quasi del tutto degli approfondimenti indipendenti sulle situazioni regionali, tanto più nel settore dell'assistenza. Questo rapporto periodico si propone di contribuire a superare questo vuoto conoscitivo. Il rapporto intende:

- a) fornire un quadro conoscitivo sullo stato delle politiche sociali nell'ambito delle politiche del welfare territoriale integrato nei vari settori a livello regionale e a livello locale;
- b) offrire una serie di approfondimenti sui diversi aspetti delle politiche sociali per offrire spunti e strumenti agli operatori del settore e agli studiosi;
- c) suggerire riflessioni per linee di intervento e di riforma che possano rispondere in modo più efficace ed efficiente agli attuali bisogni dei territori.

Questo libro, molto opportunamente, ha come sottotitolo “Le sfide e le prospettive per il welfare sociale territoriale integrato” con l'intento evidente

^{*} Ricercatrice presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

^{**} Direttore ASP “Ambito 9” Jesi (AN); NNA Network Non Autosufficienza.

di chiarire ancora più esplicitamente i contenuti del volume. Questo volume si occupa, infatti, di welfare sociale locale inteso come l'insieme di servizi e interventi sociali, sociosanitari e socioeducativi – di titolarità di Comuni sovente in collaborazione con l'azienda sanitaria (Asur) – preposti a rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o di mancanza di autonomia e rivolti, in particolare, ad anziani non autosufficienti, giovani e adulti con disabilità, minori e famiglie, soggetti in condizione di povertà o a rischio di cadervi, marginalità, dipendenze, migranti e individui con disagio psichico.

Il nostro sguardo si rivolge all'azione dei diversi soggetti pubblici e privati, di cui analizziamo le scelte compiute e le conseguenze che hanno determinato. Tali scelte riguardano, ovviamente, l'offerta e la gestione dei servizi sociali e sociosanitari ma anche le funzioni di finanziamento, programmazione, regolazione e indirizzo che enti locali e Regione, secondo le rispettive competenze, esercitano nei confronti dei vari soggetti del sistema di welfare locale.

2. Periodicità

Il Rapporto è pensato per avere una cadenza periodica (triennale o quinquennale), tenuto conto che i fenomeni e le politiche assistenziali si modificano con relativa lentezza, per permettere una valutazione costante dei fenomeni sociali marchigiani e dell'evoluzione delle politiche sociali che vi fanno fronte. C'è la consapevolezza che un lavoro di questo tipo possa essere di grande aiuto nella comprensione delle modificazioni che avvengono nella società marchigiana e nell'aggiornamento delle politiche sociali che devono accompagnare una comunità creando coesione e promozione sociale.

3. Il metodo

Questo volume costituisce il secondo lavoro di valutazione delle politiche di welfare sociale nelle Marche e, sul piano metodologico, si pone in continuità con il precedente (Genova, Palazzo, 2008), pur presentando alcuni cambiamenti dovuti a mutamenti sia nelle modalità di analisi sia nel contesto.

Definiamo la valutazione un'attività tesa alla produzione sistematica di informazioni per dare giudizi su azioni pubbliche, con l'intento di migliorarle. La valutazione che abbiamo realizzato si basa sull'osservazione della realtà, condotta attraverso procedure condivise da una comunità scientifica di riferimento. Il nostro lavoro è fondato sulla disamina di dati empirici riguardanti le politiche locali di welfare sociale. Ad analizzarli sono, in tutti i capitoli, riconosciuti esperti dei rispettivi temi, che svolgono il proprio

compito seguendo le prassi accreditate tra chi se ne occupa. Ogni tentativo di valutazione comporta sempre l'espressione di un giudizio basato su qualche tipo di confronto che incorpora il fondamentale intento migliorativo dell'attività pubblica. Non siamo, pertanto, in presenza di una ricerca sociale fine a se stessa, ma di un lavoro che vuole servire a migliorare il welfare. La nostra tensione in questa direzione permea l'intero libro: speriamo di essere riusciti a trasmetterla al lettore.

4. Struttura

Il rapporto è costituito da 4 parti. La prima offre un'analisi del contesto di policy nei suoi aspetti regolativi e di analisi dei bisogni; la seconda presenta e discute le principali politiche di settore; la terza, monografica, è relativa all'approfondimento sul tema della povertà nelle Marche; la quarta, infine, si occupa delle sfide organizzative del sistema di assistenza anche in relazione, ma non solo, all'impatto della doppia emergenza – terremoto e pandemia – sui territori marchigiani con un'attenzione ai processi di ricostruzione.

In genere, i singoli capitoli, laddove ciò sia compatibile con il tema trattato, seguono una stessa traccia di sviluppo strutturata nei seguenti paragrafi: a) breve presentazione del tema a livello nazionale; b) Il tema nelle Marche: analisi dei bisogni tramite dati regionali e di Ambito territoriale, dove possibile; c) l'offerta dei servizi; d) le principali sfide e le prospettive future¹.

5. Un problema di dati

La valutazione delle politiche e degli interventi regionali che proponiamo è fondata sulla raccolta e sull'elaborazione di dati di diversa provenienza. Ci sono dati di fonte regionale, altri tratti da rapporti, analisi e studi compiuti da soggetti diversi impegnati nel monitoraggio delle politiche regionali, dati e documentazione comparativa con altre Regioni, nonché specifici approfondimenti e raccolte originali di evidenza empirica, realizzati in questi anni da soggetti diversi pubblici e privati.

Complessivamente, i dati disponibili sulla realtà regionale sono limitati

¹ Tutti i contributi sono stati scritti nel corso del 2021 prima che fossero resi noti i contenuti della legge di bilancio 2022 e dell'Avviso pubblico 1/2022 PNRR - Next generation Eu – “Proposte di intervento per l'inclusione sociale di soggetti fragili e vulnerabili” del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali (con il quale sono stati puntualmente definiti gli interventi nel settore sociale finanziati dal PNRR).

e difficili da recuperare. Oggi, manca una fonte organica e coerente di dati. L'assenza di un bilancio sociale è solo un aspetto, e il sintomo più evidente, di un problema più ampio, quello della scarsa disponibilità di dati che costituisce un limite cruciale per l'analisi.

6. La fruizione

Il volume è pensato per molteplici tipologie di lettori, ai quali proponiamo differenti modalità di utilizzo. Ci rivolgiamo, infatti, a:

- chi contribuisce al dibattito pubblico nelle Marche nei diversi ruoli di cittadino, utente, esperto ed esponente politico. Ci auguriamo che i risultati del nostro Rapporto possano alimentare un confronto pubblico, pacato nei toni e basato sui dati empirici, in grado di evitare i due rischi abituali dello scenario italiano: discutere animatamente le leggi dedicando ridotta attenzione alla loro attuazione e privilegiare i principi rispetto alle pratiche;
- chi disegna e amministra il welfare marchigiano, nell'ambito della struttura regionale. Speriamo che le analisi da noi prodotte possano essere utili agli amministratori della nostra Regione nella definizione delle scelte future;
- chi opera nelle diverse realtà locali del welfare sociale marchigiano. L'obiettivo è che il libro possa diventare uno strumento di lavoro per gli operatori, offrendo loro un quadro di riferimento per la propria azione e fornendo utili termini di paragone con il resto del territorio regionale;
- chi si occupa di welfare in altre Regioni, in ogni ruolo. Pensiamo, infatti, che confrontarsi con i risultati di questa esperienza possa essere d'interesse anche al di fuori dei nostri confini.

La modalità di fruizione del presente lavoro è stata scelta proprio per rendere l'accesso ai nostri contenuti il più facile possibile e permettere forme d'uso modulate secondo i diversi gradi d'interesse. Il libro può essere scaricato gratuitamente dal sito www.aipasmarche.it e dal sito web della casa editrice nella modalità "open access". Nel sito web di Aipas Marche, in particolare, si possono trovare sia l'intero testo sia i singoli capitoli in modo da rispondere ai diversi interessi dei potenziali lettori.

7. Il quadro che emerge

Il Rapporto presenta mille sfaccettature del welfare sociale espresso dal territorio marchigiano, che non si possono qui sintetizzare in poche righe. Si

può però dire che emerge un quadro fatto di luci e di ombre che collocano le Marche in un territorio intermedio in cui sono percepibili le grandi potenzialità, ma non sono state colte tutte le opportunità. Si è avviato un percorso di modernizzazione del sistema di welfare sociale che si è interrotto a “metà del guado” senza riuscire ad abbandonare un sistema di *governance* istituzionale di stampo tradizionale e un modello di welfare sociale che investe poco sul futuro delle persone (molto assistenzialismo e poca promozione) e sulla loro capacità di emanciparsi. Per rappresentare sinteticamente la situazione delle Marche possiamo utilizzare il dato della spesa sociale, che si attesta, con 108 euro per abitante, ben al di sotto della spesa media nazionale (124 euro) e delle regioni del Centro Italia (134 euro). Insomma, bisogna riaccendere le luci attorno al sistema di welfare sociale per far ripartire un percorso riformatore necessario alla crescita della coesione della comunità regionale.

8. Genesi e autori del Rapporto

Il Rapporto nasce da una idea di Aipas Marche, l'Associazione interprofessionale degli Ambiti territoriali sociali delle Marche. L'Aipas Marche è una organizzazione di volontariato promossa dagli operatori del settore sociale delle Marche che ha come obiettivo lo sviluppo delle politiche sociali e sociosanitarie, la formazione e l'aggiornamento degli operatori. L'Aipas Marche ha stretto fertili rapporti di collaborazione con le Università marchigiane e da questa collaborazione si è sviluppato il progetto del Rapporto, che ha visto impegnati sia operatori del settore sociale sia professori e ricercatori delle università.

Sono stati chiamati a collaborare alla redazione del Rapporto alcuni tra i principali esperti regionali nelle singole materie trattate per dare al rapporto stesso il massimo di autorevolezza e, allo stesso tempo, offrire il massimo protagonismo agli operatori sociali delle Marche e alle Università regionali con le quali AIPAS collabora².

Riferimenti bibliografici

Genova A., Palazzo F. (a cura di) (2008), *Il welfare nelle Marche*, Carocci Editore, Roma.

² Un ringraziamento particolare a Eva Carbini Galeassi, che ha curato la revisione dei diversi capitoli del volume.

1. Il bilancio della Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L.328/2000) nelle Marche

di *Ugo Ascoli**

1.1. La ‘parabola’ dell’Assistenza nel sistema di welfare nazionale (2000-2020)

Il secolo precedente si era chiuso con una riforma che il paese aspettava da oltre cento anni, la legge 328. Finalmente accanto all’istruzione, alla previdenza e alla sanità si metteva mano al pilastro mancante dell’edificio welfaristico italiano: l’organizzazione delle prestazioni e degli interventi per affrontare le problematiche socioassistenziali. Si affermava il diritto all’assistenza sociale per tutti, sia pure con determinate priorità per i bisogni più gravi: servizi alle persone, sostegno al reddito per contrastare la povertà, livelli essenziali delle prestazioni da garantire in ogni territorio a livello domiciliare, semiresidenziale, residenziale; un disegno programmatico con ruoli ben definiti fra Stato, Regioni, Province e Comuni, cui spetta comunque la titolarità dei servizi; legittimazione piena dei soggetti del Terzo settore e loro coinvolgimento nella coprogrammazione, nella coprogettazione e nella realizzazione concertata degli interventi. Per la prima volta veniva creato con risorse cospicue un Fondo Nazionale per le politiche sociali (FNPS) da trasferire alle Regioni, senza vincolo di destinazione a determinati programmi. In aggiunta a ciò, onde avviare politiche coerenti sul territorio, veniva approvato il primo Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali (2001-2003) tramite il quale si identificavano le priorità delle azioni da programmare per sviluppare quello che venne definito un ‘welfare delle responsabilità’: tale sistema di welfare “può essere definito plurale perché costruito da responsabilità condivise in una logica di sistema allar-

* Fino al 2019 professore di Sociologia economica presso l’Università Politecnica delle Marche.

gato di governo che valorizza il federalismo solidale”. Obiettivi prioritari per promuovere il “ben-essere sociale”: valorizzare e sostenere le responsabilità famigliari, a partire dalle capacità genitoriali, in una logica di pari opportunità e condivisione delle responsabilità fra uomini e donne; rafforzare i diritti dei minori, con attenzione speciale all’infanzia e all’adolescenza; potenziare gli interventi a contrasto della povertà; sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti, in particolare le persone anziane e quelle con disabilità gravi; inserire e includere socialmente gli immigrati; prevenire le dipendenze, e, in particolare, le tossicodipendenze. Come è ormai ben noto, la successiva Riforma del Titolo V della Costituzione ha di fatto ridotto fortemente la “potenza di fuoco” della 328 e del Piano Nazionale, riconoscendo alle Regioni la competenza esclusiva dell’Assistenza Sociale e, quindi, annullando la funzione di “legge quadro”, con annesso programma da realizzare, cui tutti i soggetti pubblici coinvolti avrebbero necessariamente dovuto adeguarsi. Lo stesso FNPS, programmato per un triennio, è stato negli anni successivi defianziato in modo massiccio. È cominciata così una nuova stagione per le politiche socioassistenziali e per l’Assistenza Sociale: alcune Regioni hanno cercato di uniformarsi alle normative della 328, prevalentemente nel Centro Nord (fra cui le Marche); altre hanno invece imboccato strade diverse legittimando maggiormente il privato profit (Lombardia) o, addirittura, subordinando il sociale al sanitario (Veneto); in altre aree del paese (il Sud), sia pure con alcune eccezioni (Campania), per molti anni non si è mosso praticamente nulla. Le tre modalità summenzionate vengono definite nei Piani Regionali come “figlie” di tre approcci diversi: quello “social-programmatorio” (il primo), quello “comunitario-mercantile” (il secondo) e quello caratterizzato da “uno scarso livello di investimenti nel sociale” (il terzo). Lentamente comunque alcuni elementi della 328 si sono affermati, fra cui la necessità di superare la frammentazione dei Comuni tramite la creazione degli Ambiti Territoriali Sociali verso una gestione associata dei servizi; il riconoscimento dell’importanza dei soggetti del Terzo settore nella realizzazione degli interventi, sia pure spesso solo con l’obiettivo di minimizzare i costi; la necessità dell’integrazione dei servizi sociali con i servizi sanitari. Tuttavia per oltre un decennio il legislatore nazionale non ha più mostrato alcun interesse a razionalizzare, modernizzare, riorientare e ricalibrare gli interventi sociali e socioassistenziali per rispondere ai nuovi “rischi sociali”: i nuovi volti della povertà, la *long-term care*, l’accoglienza e l’integrazione degli immigrati, la transizione scuola lavoro, la conciliazione tempo di vita/tempo di lavoro.

La grande recessione che ha colpito anche il nostro paese dal 2008, per almeno un quinquennio, come è ben noto, ha comportato tagli al welfare e ha sospinto ancora di più il sistema verso scelte nette di *retrenchment*, dal-

l'istruzione, alla previdenza, alla sanità: ciò non poteva non riflettersi anche nell'ambito assai meno consolidato dei servizi sociali e socioassistenziali. Risorse ridotte, sostanziale latitanza del legislatore nazionale, responsabilità esclusiva delle Regioni la cui capacità di spesa è assorbita per circa i quattro quinti dai sistemi sanitari, resistenze diffuse al cambiamento: tutto ciò ha comportato una sorta di "galleggiamento" degli interventi sociali e socioassistenziali nei territori rispetto ai percorsi intrapresi all'inizio del decennio.

Nel corso degli anni successivi alla 328, come è noto, si è assistito a una tendenziale contrazione dei fondi statali destinati ai servizi sociali territoriali. Il processo si è poi acuito con le misure di austerità e solo di recente sembra avere nettamente invertito la rotta, tornando ai livelli di finanziamento registrati nei primi anni Duemila, subito dopo l'introduzione della legge quadro 328/2000: ciò grazie anche agli importanti investimenti nel Fondo Nazionale per l'Autosufficienza e soprattutto nel nuovo Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale (istituito dalla Legge di Stabilità 2016), che ha destinato una quota di finanziamento agli Ambiti Territoriali Sociali onde implementare i progetti di presa in carico da parte dei servizi sociali territoriali (Arlotti-Sebastianelli, 2020:365).

Dopo l'attenuazione degli effetti più rilevanti della Recessione, si è registrata una "scossa" nell'assistenza sociale, che è coincisa con la scelta di adottare finalmente politiche di contrasto della povertà. Hanno visto la luce dapprima la misura del SIA (Sostegno per l'inclusione attiva) con la Legge di Stabilità del 2016, e poi, nel 2017, il Reddito di Inclusione (REI). Nella nuova stagione delle politiche sociali nazionali vanno iscritte la cosiddetta riforma del Terzo settore (2016), il Codice del Terzo settore (2017), il Secondo Piano Sociale Nazionale (2017), il Reddito di Cittadinanza (RdC) (2019), fino alla L. 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) che, all'articolo 1, ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti. Tale recente normativa, ai fini di potenziare il sistema dei servizi sociali comunali, ha previsto l'erogazione di un contributo economico a favore degli Ambiti sociali territoriali (ATS) in ragione del numero di assistenti sociali impiegati in proporzione alla popolazione residente. Occorre sottolineare, peraltro, come il finanziamento, a valere sul Fondo povertà, abbia natura strutturale e non sia limitato alle nuove assunzioni.

Le misure adottate nel corso degli ultimi anni hanno portato, come è noto, a una molteplicità di Fondi Nazionali e Regionali, ciascuno per uno specifico obiettivo: le Regioni debbono così operare traendo risorse e regole da decine di Fondi. Le Marche, ad esempio, hanno a che fare con ben 39 Fondi: 17 di provenienza statale, 18 di provenienza regionale e 4 derivanti dalla

programmazione europea 2014-2020. Alcuni potrebbero essere definiti “fondini”, vista l’esiguità delle risorse a disposizione, mentre molti sono gli adempimenti burocratici che ne consentono l’utilizzo. La maggior parte ha come obiettivo l’inclusione sociale (20); seguono le problematiche della non autosufficienza (11), della famiglia e dei minori (6).

Tre appaiono le principali linee di cambiamento registrate negli ultimi anni nell’ambito delle politiche sociali e socioassistenziali. Innanzitutto, occorre menzionare le scelte compiute dal legislatore nazionale per regolare l’ampio ed eterogeneo universo del Terzo settore. Esse mostrano un taglio molto preciso: spingere verso un profilo sempre più imprenditoriale anche i soggetti meno avvezzi ad assumere tali caratteristiche (organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale); facilitare il rafforzamento delle cooperative sociali e delle imprese sociali; privilegiare le grandi reti nazionali nel campo associativo; rafforzare quindi un partner assai rilevante per l’offerta di servizi e prestazioni sociali, l’ente di Terzo settore, iscritto in un Registro Unico Nazionale, trascurando al contempo i soggetti del non profit che si muovono nell’ambito dell’*advocacy*, nella tutela cioè dei diritti e nell’offerta di “voce” per chi voce non ha. Allo stesso tempo, tramite il Codice del Terzo settore (art.55), si è cercato di rafforzare e consolidare i binari su cui avviare la collaborazione fra pubblico e privato non profit, rilegittimando la coprogettazione indicata dalla “vecchia” 328, come possibile anticamera dell’affidamento di un servizio o di un appalto. Tale impianto trarrà ancora maggior forza dalla sentenza 131 del 2020 della Corte costituzionale:

gli enti di Terzo settore in quanto rappresentativi della “società solidale” spesso costituiscono sul territorio una rete capillare di vicinanza e solidarietà, sensibile in tempo reale alle esigenze che provengono dal tessuto sociale, e sono quindi in grado di mettere a disposizione dell’ente pubblico sia preziosi dati informativi (altrimenti conseguibili in tempi più lunghi e con costi organizzativi a proprio carico), sia un’importante capacità organizzativa e di intervento: ciò che produce spesso effetti positivi, sia in termini di risparmio di risorse che di aumento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate a favore della “società del bisogno”.

Un altro *fil rouge* della nuova stagione è sicuramente dato dalle misure di contrasto della povertà, tramite il riconoscimento del diritto ad un reddito minimo, ben quindici anni dopo la 328: l’attuale Reddito di Cittadinanza, affiancato durante l’attuale pandemia dal Reddito di Emergenza (REM) diretto a chi era rimasto fuori dal perimetro del RdC, ha rappresentato la misura più significativa in termini di risorse impegnate e di platea dei beneficiari. Tale misura, al momento in via di ridefinizione, sembrerebbe costituire al momento un punto fermo dell’assistenza sociale nel nostro paese.

Un terzo elemento di questa nuova stagione nazionale è il tentativo, tramite il secondo Piano Sociale Nazionale, con valenza triennale (2018-2020), di ricostruire un quadro programmatico condiviso: si costituisce “la Rete della protezione e dell’inclusione sociale” (art.21) presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali e composta, oltre che dalle altre amministrazioni centrali eventualmente competenti per materia, dai rappresentanti di ciascuna giunta regionale e delle giunte di 20 comuni individuati dall’ANCI. Alla Rete vengono attribuite ampie finalità di indirizzo e coordinamento nella materia delle politiche sociali, condividendo le scelte tra tutti coloro che sono responsabili delle decisioni ai diversi livelli territoriali di governo. Essa stessa si articola in ‘tavoli territoriali’, la cui istituzione e le cui regole di funzionamento sono definite dalle Regioni e dagli Ambiti territoriali responsabili della programmazione sociale. Si tratta di un organismo aperto alla decisione partecipata, visto che si pone l’obiettivo di consultare con regolarità parti sociali e organizzazioni rappresentative del Terzo settore. Compito principale del Piano è quello di individuare un percorso verso obiettivi condivisi, in maniera da garantire maggiore uniformità fra le diverse regioni e i diversi territori; si limita alla programmazione del solo Fondo Nazionale per le politiche sociali, essendo le risorse di ciascun fondo oggetto di specifica programmazione con apposito Piano caratterizzato dalla medesima *governance*, come nel caso del Piano per la “Non autosufficienza” o del Piano per il “Dopo di noi” o, ancora, del Piano per il “Fondo per la lotta alla povertà e all’esclusione sociale”. Viene enfatizzata in ogni percorso la necessità dell’integrazione del sistema degli interventi e dei servizi sociali con il sistema sanitario, le politiche del lavoro, l’educazione e l’istruzione (a partire dai nidi e i servizi per la prima infanzia), la formazione, le politiche abitative: è evidente in questo caso l’eco del quadro originario della 328. Al di là dell’ammontare di risorse da distribuire alle Regioni nel triennio 2018-2020 (fra i 265 e i 270 milioni di euro l’anno), occorre evidenziare come la dotazione delle sopracitate risorse sia oggi strutturale: infatti, tramite la legge di bilancio per il 2015, si è disposto che “lo stanziamento del Fondo nazionale per le politiche sociali venga incrementato di 300 milioni di euro annui a decorrere dall’anno 2015”. È un passaggio cruciale soprattutto perché accompagnato da analoghe decisioni sugli altri fondi. Sembrerebbe di assistere a un chiaro disegno volto a ricentralizzare e regolare a livello nazionale la politica dei servizi sociali e socioassistenziali, sia pure all’interno del quadro emerso dalla già citata Riforma costituzionale del 2001 e quindi tramite una continua concertazione con Regioni ed enti locali.

1.2. La via marchigiana al welfare: le linee della Programmazione Sociale Regionale

La riforma nazionale dell'8 novembre del 2000 (la 328) era stata addirittura preceduta dall'approvazione avvenuta il 1 marzo di quell'anno del primo Piano Sociale regionale (2000-2002): forte sembrava l'attenzione, all'epoca, nelle Marche, per la costruzione di un sistema di servizi sociali in grado finalmente di far fronte in modo efficace alle sfide in atto. Lo scenario disegnato dalla 328 ruotava attorno ad alcuni elementi chiave: la definitiva legittimazione di tutti i soggetti del Terzo settore come protagonisti nella progettazione e nella realizzazione "concertata" dei servizi sociali; una chiara distinzione di ruoli fra Stato, Regioni e Comuni, con la piena titolarità di questi ultimi nella responsabilità finale dei servizi; una stagione di programmazione locale tramite nuovi strumenti e la gestione associata dei servizi; il coordinamento e l'integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione, nonché con le politiche attive del lavoro; nuove normative che, tramite autorizzazione e accreditamento degli attori, garantissero la qualità delle risposte organizzate nel territorio; il rilancio e la valorizzazione delle professioni sociali; risposte efficaci alle sfide più significative, dalla non autosufficienza alla povertà; il sostegno delle responsabilità genitoriali e familiari, con un' enfasi sulle politiche di conciliazione e sulle pari opportunità; e infine, per la prima volta, lo stanziamento di risorse per il sociale (Fondo nazionale per le politiche sociali), in misura non irrilevante, destinate ai territori allo scopo di realizzare in tutte le regioni i "cinque welfare" di cui all'art.22 (servizio sociale professionale, pronto intervento sociale, assistenza domiciliare, strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti fragili, centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario).

All'approvazione del primo Piano Sociale regionale ha fatto seguito un percorso di implementazione non privo di difficoltà: innanzitutto azioni volte a realizzare i principali obiettivi posti dal Piano, soprattutto per quanto riguarda l'assetto istituzionale (individuazione e *governance* degli ATS) e l'assetto operativo (la predisposizione e l'approvazione dei Piani di Zona), con particolare attenzione ai servizi ed alle strutture da garantire in tutti gli ambiti nel triennio 2005-2007; quindi un'ulteriore attenzione alla riorganizzazione degli ATS per rafforzare il livello istituzionale. Secondo alcuni osservatori, guardando al modello di *governance* marchigiano, confrontato con quello delle principali regioni italiane, si poteva parlare a questo punto di un "welfare partecipativo", ovvero di un sistema caratterizzato dal "forte impegno nella promozione di processi di programmazione partecipata" (Genova-Santarelli, 2008:72). "Una Regione che ha preferito pre-

servare le specificità organizzative locali ed evitare un processo di omologazione centralistico” (Genova-Santarelli, 2008:73): tutto ciò rendeva però molto complicata la costruzione un sistema in grado di raggiungere in tutto il territorio regionale la stessa efficacia e la stessa efficienza. Tale cammino ha trovato comunque un punto di approdo nel secondo Piano Sociale regionale (2008-2010). In questa sede alcuni punti fermi vengono ribaditi, ma dovranno passare ancora molti anni per una legge regionale che recepisca finalmente i contenuti più significativi della 328. Nel Piano del 2008 vengono messe in evidenza le criticità del percorso compiuto fino a quel momento, dovute anche “all’emergere di resistenze strutturali che tendono a perpetuare lo status quo” (Genova-Palazzo, 2008: 338): il rapporto fra la configurazione giuridica e l’operatività degli ATS rispetto alle titolarità ed ai poteri dei Comuni; la difficoltà di promuovere una gestione associata dei servizi, che superi il “livello comunale quale bacino territoriale di reale programmazione e di gestione della rete dei servizi” (Genova-Palazzo, 2008:338); la problematicità di rapportare i “punti di accesso” alla rete dei servizi sociali ai “punti di accesso” sanitari; le infinite sfaccettature dei processi di integrazione sociale e sanitaria; la definizione condivisa dei contenuti della ‘sussidiarietà’ da praticare con i soggetti del Terzo settore. Si delinea comunque un percorso e con esso vengono disegnate diverse strategie: potenziamento delle politiche familiari; costruzione di un sistema trasversale di welfare tramite l’integrazione della programmazione sociale graduale con gli atti di programmazione prodotti dai servizi di sostegno alle politiche industriali, alle politiche di formazione, lavoro, istruzione, alle politiche giovanili, alle politiche per la casa, alle politiche di tutela ambientale, alla cooperazione internazionale, alle politiche per la cultura; adozione di una prospettiva di genere nelle policies; piena attuazione della 328 e una efficace programmazione territoriale condivisa. Si individuano le principali linee di lavoro che dovrebbero caratterizzare il Piano: rafforzamento degli ATS e chiara identificazione del ruolo degli UPS; potenziamento degli strumenti di programmazione; realizzazione di un efficace sistema informativo; collegamento organico con le università marchigiane; identificazione dei soggetti e dei vari momenti della partecipazione (concertazione, consultazione e co-progettazione); costruzione della rete sociosanitaria con al centro DS e ATS; riordino delle professionalità sociali; chiare linee per l’auto-rizzazione e l’accreditamento delle strutture socio-sanitarie; infine gli obiettivi della programmazione sociale di settore declinati nelle politiche settoriali. Fino a questo punto il lavoro nel sociale aveva preservato la sua autonomia: era stata mantenuta la competenza sociale dei Comuni, non si prevedevano deleghe di competenze sociali alla sanità, era prevalsa la “scelta di non contemplare a livello territoriale, una ‘linea produttiva’ sociosanita-

ria, ma di implementare progressivamente ‘il sistema integrato della rete dei servizi alla persona di competenza sociale e di competenza sanitaria’”(Genova-Ricci, 2008:315).

L’autonomia del sociale, un elemento centrale nella filosofia della 328, ha conosciuto invece nella seconda decade una vita a dir poco problematica: in tale periodo al sociale è stato riservato uno spazio all’interno del Piano Sociosanitario Regionale (2012-2014). Tale Piano “si sviluppa in continuità con i precedenti Piano sanitario regionale 2007-2009 e Piano sociale regionale 2008-2010 in una logica di sviluppo integrato e rappresenta il principale strumento di indirizzo strategico per la realizzazione del ‘sistema salute’ della Regione Marche”. Così si esprime il legislatore marchigiano nel 2011, a evidenziare un cambio di filosofia: il sociale deve essere costruito e pensato solo all’interno di un unico sistema integrato di interventi, l’attenzione è focalizzata soprattutto sull’integrazione delle due azioni, quella sanitaria e quella sociale, e “il luogo privilegiato di tale processo è costituito dal Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale”. Viene ben individuata la linearità gerarchica unitaria del sistema: ASUR, Area Vasta territoriale, Distretto Sanitario/Ambito

Territoriale sociale, con assetti geografici variabili e, quindi, articolazioni quantitative diverse nei territori. Si dichiaravano maturi i tempi per una riduzione del numero degli ATS e si riteneva indispensabile la coincidenza fra ATS e Distretti sanitari. Nel 2021, registriamo il fallimento di tale obiettivo: dopo dieci anni, le Marche sono ancora caratterizzate da 13 Distretti Sanitari che si fronteggiano con ben 24 Ambiti Sociali Territoriali!

Il Dipartimento per la Salute e per i Servizi sociali, che si avvale dell’Agenzia Regionale Sanitaria, dovrebbe essere il luogo per la definizione e la condivisione della programmazione sociale e sanitaria, al fine di rendere più efficace, coordinato e tempestivo il governo degli interventi. Vengono previste azioni su diversi piani onde affrontare asimmetrie e criticità dei sistemi dei servizi innestati sugli ATS e sui DS: esse vanno progressivamente riequilibrate e risolte per rendere effettiva “la pari dignità dei due ‘sistemi’ e soprattutto, per garantire una risposta unitaria ai bisogni dei cittadini che non possono essere scissi tra sociali e sanitari, o anche socio-sanitari”. L’intera area della formazione sociale va riorganizzata, a livello normativo e dei percorsi formativi, a partire dai tre profili professionali presenti nei servizi sociali della Regione Marche: l’Operatore Socio-Sanitario, l’Educatore e l’Assistente Sociale. A tal proposito si prevede l’avvio di un tavolo regionale con la formazione professionale e con le università per l’aggiornamento del repertorio delle professioni sociali. Nasce l’Unità Operativa Sociale Sanitaria (U.O.SeS), definita come “il luogo della progettazione, organizzazione e gestione dell’integrazione sociosanitaria”. La programmazione

regionale sociosanitaria si deve sviluppare nella prospettiva del “Piano regolatore” dei servizi integrati alla persona: così viene declinata la nuova filosofia che alimenta il Piano. Si prevedono linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Area vasta e linee guida regionali per la programmazione integrata sociale e sanitaria del livello territoriale di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale. Il Piano poi prevede azioni per conferire stabilità all’integrazione sociale sanitaria a partire dalla *governance* della U.O.SeS., che tuttavia dovrebbe prendere forma tramite una costruzione a dir poco barocca, assai complicata, che val la pena di riportare. “La responsabilità della U.O.SeS. è congiunta tra il Coordinatore dell’Ambito territoriale sociale e il Direttore di Distretto: l’U.O.SeS. sarà composta dagli operatori dell’Ufficio di Piano dell’Ambito e dell’Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali; nonché dal Coordinatore di Ambito e dal Direttore di Distretto. Alla U.O.SeS. partecipano stabilmente anche i responsabili dei Dipartimenti che si occupano di integrazione sociale e sanitaria (dipendenze patologiche, salute mentale, riabilitazione, prevenzione...); i rappresentanti dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta del territorio; i dirigenti dei Servizi sociali dei Comuni del territorio”.

Successivamente nel 2015, tramite la delibera 110, la Regione firmerà una serie di paletti e di confini entro i quali organizzare e articolare la U.O.SeS., che dovrebbe vedere la luce in ogni Distretto. Siamo in presenza di un vero cambio di paradigma: si sottolinea come “la suddivisione fra interventi sanitari e sociali, che ha avuto un senso nello sviluppo storico del sistema di welfare sia divenuta nel tempo una potenziale causa di sovrapposizioni, duplicazioni e confusione di ruoli e funzioni, anche in relazione alla sempre più difficile distinzione tra bisogni ‘solo’ sanitari o ‘solo’ sociali”. Il Piano tende al superamento di tutte le principali complessità del processo di integrazione sociale e sanitaria, delineando “un unico livello di governo, l’UOSeS che integra e concentra tutte le diverse funzioni e azioni territoriali”. Si ammette che sia “un passaggio forte”: esso richiede “uno sforzo strategico e concertativo non indifferente”, ma troverebbe “conferma nelle esperienze di programmazione regionale, integrata sociale e sanitaria, più avanzate nel panorama nazionale”.

Al Comitato dei sindaci unitario spetta il governo politico dell’Ambito Territoriale e del Distretto sanitario: e poi ancora, un unico piano territoriale sociosanitario, un unico punto di accesso a tutti i servizi, sistemi integrati di valutazione multidisciplinare e di presa in carico, sistemi integrati di autorizzazione e accreditamento, processi di partecipazione ampi e condivisi. Sarà poi nel 2015, tramite la delibera 111, che la Regione procederà a fissare le diverse caratteristiche del cosiddetto “governo della domanda”, decli-

nato nell'accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (PUA-Punto Unico di Accesso), nella valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (UVI-Unità Valutativa integrata) e nella presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata (PAI-Piano Assistenziale Individuale).

Concertazione, consultazione e co-progettazione vengono ribadite come modalità da attivare per la partecipazione, privilegiando il rapporto con i soggetti del Terzo settore, i patronati sindacali e le Fondazioni bancarie. Ciò vale soprattutto in sede di programmazione integrata tra Piani di Ambito Sociale e Piani Attuativi di Distretto attraverso il "piano delle attività territoriali".

"La fase di "concertazione" di Ambito per la programmazione degli interventi sociali, integrata per gli aspetti sociosanitari e sanitari con la programmazione dei Distretti sanitari, ha come referente il "Comitato dei Sindaci" che provvede alla convocazione degli attori sociali (organizzazioni sindacali, associazioni, Forum Terzo settore, volontariato, mondo delle imprese) e a concordare con essi tempi, modalità e tematiche da sottoporre alla concertazione.

Le fasi di "consultazione" e "co-progettazione" degli interventi hanno come referenti il Coordinatore di Ambito e lo staff dell'Ufficio di Piano. È il Coordinatore di Ambito che provvede alla convocazione degli attori sociali (imprese sociali, cooperative, volontariato) e che procede a stabilire tempi, modalità, contenuti della coprogettazione, in particolare sulla base delle indicazioni e delle priorità emerse dalla "concertazione".

La Regione Marche, a livello macro, fa la scelta del MAC (Metodo Aperto di Coordinamento) nel campo della protezione e dell'inclusione sociale. "Il MAC costituisce un vero e proprio approccio bottom-up che coinvolge i più importanti portatori di interesse sia pubblici che privati, al fine di accrescere la sensibilità verso alcune tematiche sociali rafforzando da una parte la disseminazione e la circolazione delle informazioni tra cittadini, persone svantaggiate, attori sociali pubblici e privati, politici, giornalisti e media, dall'altra sollecitando il dialogo tra gli attori sociali, i politici e i decisori in genere riportando esperienze, analisi di risultati di livello transnazionale per lo scambio di buone prassi": così viene declinato nel Piano. Alla costruzione "barocca" dell'U.O.SeS. si aggiunge questo marchingegno europeo nelle tecniche di partecipazione, che peraltro non sembra aver dato buona prova nell'Unione.

A livello degli ATS, invece, che in ogni caso vanno rafforzati, accanto alle procedure per l'affidamento e l'acquisto di servizi sociali (appalto e concessione) si sottolinea l'importanza di strumenti volti a sostanziare la "sussidiarietà come rapporto", con particolare riferimento agli "accordi di

sostegno” e agli “accordi di collaborazione” e relativo profilo procedurale. Si torna a parlare della prospettiva di un “sistema trasversale di welfare”: il Piano si pone in stretta connessione con gli atti di programmazione prodotti dai servizi regionali deputati allo sviluppo del sistema industriale e dai servizi competenti in materia di politiche attive del lavoro, politiche della formazione professionale e dell’istruzione scolastica, politiche giovanili, politiche per la casa e politiche di tutela ambientale, cooperazione internazionale.

La Parte IV del Piano dedicata ai processi sociali si chiude con un lungo elenco di politiche di settore da attivare: da segnalare la ricchezza dell’elenco, così come la forte attenzione dedicata nelle pagine precedenti alla costruzione di politiche volte a contrastare la violenza sulle donne.

Nel 2014 veniva approvata la L. 32, tramite la quale vengono finalmente recepiti nella normativa alcuni principi alla base della legge nazionale 328. Già all’articolo 2 viene evidenziata la necessità di realizzare in tutto il territorio i cinque welfare (di cui all’art.22 della 328); successivamente viene ribadita la necessità di integrare le politiche sociali con le politiche sanitarie, educative, formative, occupazionali e abitative. Viene con chiarezza definita la divisione di compiti fra Regione (programmazione e controllo) e Comuni (gestione dei servizi); non viene lasciata alternativa alla “gestione associata dei servizi” negli ATS. Una novità: viene prestata una particolare attenzione alla supervisione politica dei Piani di Zona, tramite la costituzione del Coordinamento Regionale degli ATS (presieduto dal Presidente della Regione o dall’Assessore) che coinvolge i Presidenti dei Comitati dei Sindaci; a ciò si affianca la Conferenza Permanente dei Coordinatori di Ambito. Altro aspetto innovativo è l’obbligo per la Giunta, sentite le organizzazioni sindacali e il Terzo settore, di predisporre un atto di indirizzo annuale concernente le modalità di attuazione dei piani per la formazione e per l’aggiornamento del personale addetto alle attività sociali (art.5). È tuttavia sui temi della partecipazione, della progettazione, così come della realizzazione dei servizi sociali che il dettato normativo sembrerebbe discostarsi dallo spirito della 328. Al fine di assicurare l’effettiva partecipazione dei cittadini e degli utenti, nello svolgimento delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo, “la Giunta regionale assume il metodo aperto di coordinamento (MAC) quale principio generale nelle relazioni con le organizzazioni sindacali, le organizzazioni di categoria e i soggetti del Terzo settore” (art.11). Più avanti, sempre nell’ambito dello stesso articolo, compaiono “informazione, consultazione e confronto” quali azioni che devono impegnare la Giunta. Tali azioni debbono essere affiancate dalle Consulte di settore (art.12), con funzioni consultive e propositive. Nessun cenno alla co-programmazione per l’elaborazione del Piano Sociale Regionale; per quanto riguarda il Piano di Ambito Sociale, si evidenzia solo come esso

debba contenere le forme di “collaborazione” con altri soggetti istituzionali e con i diversi soggetti sociali. Nell’ambito della “gestione dei servizi sociali” (art.17) dopo aver affermato che “i servizi sociali possono essere progettati, organizzati e gestiti sia da enti pubblici che da soggetti privati”, si afferma come “negli affidamenti relativi ai servizi alla persona, gli enti pubblici procedano all’aggiudicazione secondo il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa”. Compare successivamente la utilità di una co-progettazione nel caso di iniziative innovative o sperimentali. In quel caso “la co-progettazione ha per oggetto la definizione progettuale di iniziative, interventi ed attività complesse, da realizzare in collaborazione tra progetto pubblico e soggetti del Terzo settore individuati in conformità ad una procedura di selezione pubblica”. La necessità di politiche settoriali per la condizione anziana, la non autosufficienza, le dipendenze patologica e la povertà estrema concludono il dettato normativo della 32.

Per quanto riguarda gli istituti della partecipazione e del rapporto con i soggetti del Terzo settore, sembra di respirare un’aria diversa rispetto a quella che aveva caratterizzato la 328 e i suoi decreti attuativi : si parlava allora dei soggetti del Terzo settore come soggetti attivi nella progettazione e realizzazione ‘concertata’ degli interventi (art.1); di concertazione e cooperazione fra pubblico e Terzo settore per la programmazione degli interventi(art.2); di azioni del pubblico volte a favorire e promuovere il Terzo settore ed in particolare il volontariato (art.5); di garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi (art.6); dell’obbligo per i Comuni di non procedere mai all’affidamento dei servizi con il metodo del massimo ribasso (art.4, DPCM 30 marzo 2000).

Solo alla fine del decennio si è di nuovo puntato sull’autonomia del sociale: è ricomparso in piena pandemia negli atti della Regione un Piano Sociale Regionale (2020-2022), il terzo, tuttora in via di realizzazione, accanto al nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2020-2022, approvato in febbraio.

2. I contenuti innovativi del Piano Sociale delle Marche 2020-2022

di Angela Genova*, Giuliano Tacchi**, Roberto Drago***

Introduzione

In questo capitolo delinearono gli elementi salienti innovativi del piano sociale della Regione Marche 2020-2022. A questo fine nel primo paragrafo presentiamo sinteticamente il tema della programmazione sociale nel contesto regolativo nazionale alla luce delle due direttive di analisi delle “Politiche di welfare: il *rescaling* e la *governance* (Kazepov, 2010)”. Nel secondo paragrafo analizziamo il piano sociale regionale nel suo processo di elaborazione e nei suoi principali contenuti. Nel terzo paragrafo ci soffermiamo sulla discussione degli elementi innovativi del piano stesso, mentre nell’ultimo mettiamo in evidenza le sfide che il sistema di welfare marchigiano si trova ad affrontare.

2.1 La programmazione sociale a livello nazionale

L’attenzione per la programmazione sociale rappresenta uno degli elementi cardine della 328/2000. Tuttavia, la fragilità istituzionale, che ha caratterizzato le politiche sociali in Italia negli ultimi 20 anni (Arlotti, Sabatini, 2020), ha posto il tema della programmazione in secondo piano (si veda il capitolo di Ascoli all’interno di questo lavoro). Per comprendere i contenuti innovativi del piano sociale delle Marche 2020-2022 è indispensabile contestualizzare brevemente il tema della programmazione all’inter-

* Ricercatrice presso l’Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

** È stato Direttore dei Servizi sociali/educativi Comune di Pesaro e Coordinatore dell’ATS 1, insegna all’Università di Urbino.

*** Coordinatore ATS 1 Pesaro.

no delle due coordinate di analisi dei processi di riforma delle politiche sociali: il *rescaling* e la *governance* (Kazepov, 2010). Con il termine *rescaling* intendiamo il processo di ridefinizione delle responsabilità a livello territoriale tra il livello sovranazionale e quello locale. Mentre con il termine *governance* poniamo l'attenzione alle relazioni tra i diversi attori protagonisti dei processi di programmazione.

Per quanto attiene i processi di *rescaling*, consideriamo la programmazione sociale regionale in relazione a quella nazionale e quindi a quella locale. La modifica del Titolo V della Costituzione ha reso la materia delle politiche sociali di competenza esclusiva delle Regioni, di fatto delegittimando il livello nazionale di programmazione sociale. Dopo la riforma del 2001, infatti, allo Stato è rimasta unicamente la competenza di definire i livelli essenziali. L'assenza di un impegno politico esplicito e, quindi, di finanziamenti adeguati, strutturati e continuativi ha però reso impossibile assolvere questo compito. A livello nazionale, quindi, possiamo ricordare il primo piano di programmazione nazionale del 2001, al quale sono, però, seguiti 17 anni caratterizzati da indirizzi nazionali incerti e altalenanti di impegno politico e di investimenti nel campo delle politiche sociali, come si evince dalle tabelle sinottiche predisposte nell'ambito delle attività della Conferenza Unificata Stato Regioni (2020). Le fluttuazioni nei finanziamenti del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali hanno, inevitabilmente, minato alla base la possibilità di sviluppare alcun tipo di programmazione efficace a livello regionale.

A fronte di una differenziazione regionale crescente nell'area delle politiche e dei servizi sociali, nel 2017, il decreto legislativo n.147 reintroduce una funzione programmatica a livello centrale nazionale, istituendo la Rete della protezione e dell'inclusione sociale (art. 21), con il fine di rafforzare il coordinamento degli interventi in materia dei servizi sociali. Dal punto di vista del disegno istituzionale, la composizione della stessa Rete sancisce il tentativo, riuscito, di superare lo iato tra Stato e Regioni, sancito dalla riforma costituzionale del 2001. La Rete è, infatti, composta da un componente per ciascuna delle giunte regionali e delle province autonome, designato dal Presidente e venti componenti designati dall'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, in rappresentanza dei comuni e degli ambiti territoriali. La Rete è presieduta dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali; ne fanno parte, inoltre, due rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei ministri, di cui uno del Dipartimento per le politiche della famiglia e anche un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero della salute, del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti.

Tab. 1 - Fondi Nazionali per le politiche sociali

	Fondo Nazionale Politiche Sociali	Fondo Non Autosufficienza	Fondo/iniziativa per la Famiglia	Fondo Politiche giovanili	Fondo Pari Opportunità e Antiviolenza	Fondo lotta povertà	Dopo di noi
2009	1.420.580.157	400.000.000	186.571.000	130.000.000	96.460.987		
2010	435.257.959	400.000.000	185.289.000	81.087.000	0		
2011	218.084.045	100.000.000	50.000.000	0	0		
2012	43.722.702	0	55.849.000	0	10.473.000		
2013	344.178.000	275.000.000	16.921.426	5.278.000	10.000.000		
2014	297.417.713	350.000.000	16.695.248	13.665.714	6.449.385		
2015	312.992.666	400.000.000	135.261.738	5.761.000	9.119.826		
2016	311.589.741	400.000.000	15.168.618	5.000.000	9.007.627	1.620.000.000	90.000.000
2017	289.802.949	500.000.000	2.780.032	4.221.150	12.714.553	1.530.000.000	38.300.000
2018	275.964.258	462.200.000	4.427.232	8.891.535	20.000.000	2.059.000.000	51.100.000

Fonte: Segreteria della Conferenza della Regione e delle Province Autonome (Conferenza Stato Regione e Province autonome, 2020)

La Rete diventa, quindi, responsabile dei tre Piani di programmazione: il Piano Sociale Nazionale per l'utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per le politiche sociali; il Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà; il Piano per la non autosufficienza. Nell'impossibilità immediata di definire i livelli essenziali, i Piani intendono coordinare "lo sviluppo degli interventi... nell'ottica di una progressione graduale, nei limiti delle risorse disponibili, nel raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale" (Art.21). Altro elemento fondamentale per la programmazione sociale nazionale e regionale è la stabilizzazione delle risorse dal 2015, con un loro progressivo incremento annuo.

A livello locale, la programmazione sociale risente, inoltre, fortemente dell'impegno politico e delle risorse investite a livello di singolo comune o dei comuni associati. I dati Istat (2021) sulla spesa sociale dei comuni mettono in luce il perdurare di differenze regionali molto marcate, con sperequazioni territoriali pro-capite che oscillano dai 22 euro della Calabria ai 540 della provincia autonoma di Bolzano, con una media di 124 euro. Le disuguaglianze attengono non solo alla comparazione tra regioni, ma anche tra singoli ambiti territoriali sociali all'interno di una stessa regione (si veda il capitolo di Tartari all'interno di questo lavoro).

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, pubblicato ad agosto 2021, intende essere un documento dinamico e modulare, che contiene all'interno di un'unica cornice i diversi piani settoriali. Come bene messo in evidenza, la pluralità delle fonti di finanziamento e l'aumento delle risorse a disposizione per le politiche e i servizi sociali richiede un coordinamento indispensabile sia a livello nazionale che regionale.

Per quanto attiene i cambiamenti nella *governance* delle politiche e dei servizi sociali in Italia, dal punto di vista istituzionale la costituzione della Rete della protezione e dell'inclusione sociale rappresenta un attore pubblico a livello nazionale inedito, al quale si associa il ruolo di rappresentanza dei sindacati e degli enti del Terzo settore (ETS). Nelle dinamiche dei processi di *governance* delle politiche sociali in Italia, nel 2021 si introduce una forte novità regolativa. Il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n.72 del 31/3/2021 (a seguito dell'intesa sancita nella seduta del 25/03/2021 della Conferenza Unificata) adotta le Linee guida sul rapporto tra Amministrazione Pubbliche ed ETS, disciplinato negli artt. 55 e 57 del Codice del Terzo settore (D.Lgs. 117/2017). Queste linee guida intendono dare concretezza operativa al principio di sussidiarietà orizzontale, confermando il ruolo centrale degli ETS come partner dell'Amministrazioni Pubbliche, istituzionalizzando i meccanismi della co-programmazione e delle co-progettazione. Il coinvolgimento attivo degli ETS rappresenta il presup-

posto per il superamento dei sistemi di procedure e bandi che hanno limitato il maturare della qualità e della continuità dei servizi.

In questo quadro regolativo nazionale, tra processi di riforma sia nella dimensione del *rescaling* che della *governance*, la Regione Marche ha sviluppato il suo piano di programmazione sociale 2020-2022.

2.2. La programmazione sociale nelle Marche

L'Assemblea Legislativa Regionale Marche ha approvato il Piano Sociale Regionale 2020/2022 nella seduta del 12 maggio 2020, n.162 (deliberazione n.109), a pochi mesi dall'inizio della pandemia. Il titolo scelto per il Piano è "Indirizzi prioritari e strategie per lo sviluppo e l'innovazione del welfare marchigiano e per il rafforzamento degli interventi in materia di servizi sociali. Centralità del cittadino ed equità sociale nell'ambito del processo di integrazione tra sistemi di welfare". Il Piano, costituito da 112 pagine, si articola in tre principali parti:

1. le coordinate del Piano;
2. il quadro di contesto;
3. i contenuti della programmazione, suddiviso in una prima parte sugli obiettivi strategici di sistema e una seconda sulle direttrici trasversali di sviluppo e gli interventi di settore.

L'introduzione presenta il modello marchigiano nel contesto nazionale ed europeo. Il Piano colloca le Marche tra le regioni italiane caratterizzate da un sistema di welfare "social-programmatorio", che si differenzia da quello "comunitario-mercantile" che trova nella Lombardia il suo esempio emblematico, e da quello che caratterizza la maggior parte delle regioni del sud, accomunate da uno scarso investimento nel sociale. Contrariamente alla Toscana e all'Emilia Romagna, le altre regioni che tradizionalmente hanno adottato l'approccio "social-programmatorio" alle politiche sociali, le Marche hanno declinato questo modello in una versione più "leggera" (vedi Piano Sociale 2020, p.3), in particolare per il ruolo istituzionale ricoperto dalla Regione. Il sistema di welfare sociale marchigiano ha, infatti, dato priorità all'autonomia dei Comuni singoli o associati in ATS, in un contesto in cui i cambiamenti nei sistemi di finanziamento hanno di fatto delineato nuove relazioni e nuove modalità di *rescaling* caratterizzate da un dialogo diretto tra livello nazionale e singoli ATS, di fatto bypassando le Regioni (vedi documento Linee guida per la costruzione del Piano Sociale Regionale 2018-2020). La crisi economica degli ultimi anni, amplificata dall'emergenza pandemica, ha inoltre profondamente modificato i bisogni

sociali del territorio, a fronte di un sistema di risposta caratterizzato dal proliferare delle fonti di finanziamento con una crescente necessità di coordinamento e integrazione tra le diverse aree delle politiche sociali. Il contesto dei bisogni sociali delle Marche è stato, inoltre, profondamente segnato dagli eventi sismici che hanno colpito il sud e centro della regione con un impatto non solo immediato in termini di decessi (299), ma di un problematico e complesso processo di ricostruzione (si veda il capitolo di Valeriani e Sorana). Il Piano Sociale

si pone come obiettivo strategico di fondo quello di investire in un welfare territoriale pubblico, centrato su un ruolo forte di Comuni e Regione, dopo un decennio in cui la deriva verso una privatizzazione del welfare si è andata affermando in tutta Italia, in maniera più o meno esplicita o più frequentemente, implicita a seguito dei vincoli di bilancio. Un welfare territoriale pubblico inteso però in senso plurale e partecipato con la società civile secondo modalità di co-programmazione e co-progettazione, ma a regia prevalente pubblica (Piano Sociale 2020-2022, p.4).

La prima parte delinea il complesso scenario nazionale e regionale di riferimento e presenta l'impianto metodologico di costruzione e attuazione del piano stesso. Il Piano si pone l'obiettivo guida di aggiornare il "sistema regionale degli interventi e dei servizi sociali" alla nuova cornice nazionale ed europea di riferimento, intervenendo sulle criticità analizzate e delineando le decisioni da assumere a livello politico, nel corso del triennio, sia sul versante del sistema organizzativo dei servizi sia sulle priorità di settore" (p. 9).

L'elaborazione del Piano si caratterizza per tre scelte metodologiche esplicite:

1. approccio scientifico all'analisi di contesto con il supporto delle Università marchigiane con corsi in materie socioeconomiche che da anni collaborano all'analisi del modello marchigiano di welfare;

2. percorso di costruzione parallelo e integrato con il Piano sociosanitario, anche se a fronte di questo intento il coordinamento e l'integrazione sociosanitaria presenta ancora delle criticità marcate, così come si evince nell'ambito del percorso di accompagnamento svolto nel 2021 da parte degli atenei marchigiani.

3. confronto attento con le parti sociali e con i principali portatori di interesse nella logica di una programmazione partecipata. Riprendendo, infatti, la pratica maturata nei primi anni del 2000, di *governance* partecipata nella programmazione sociale regionale e a livello di ambito territoriale sociale, il Piano è ampiamente discusso ed è frutto di un confronto allargato che ha richiesto un adeguato tempo di gestazione. La modalità partecipata viene annunciata e delineata come modalità anche per lo sviluppo della

programmazione sociale territoriale a livello di ATS, collimando perfettamente con i successivi indirizzi nazionali in merito alle Linee guida sul rapporto tra Amministrazione Pubbliche ed ETS (decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n.72 del 31/3/2021).

Nel presentare il quadro di contesto, il Piano Sociale 2020-2022 dedica una parte all'analisi dei punti di forza e dei punti di debolezza della programmazione conclusa, presentando i risultati dei dati raccolti dalle Università marchigiane coinvolte. L'analisi ha interessato il ruolo, le funzioni, i finanziamenti e l'organizzazione degli ATS; la programmazione e le azioni implementate, i processi di *governance* locale e la partecipazione, i servizi territoriali sanitarie e sociali, il ruolo centrale della figura professionale dell'assistente sociale, i mutamenti nel mondo del volontariato.

Un'ulteriore parte di contesto riguarda, invece, il quadro demografico e le questioni sociali emergenti. I dati del 2018 analizzati mettono in luce trend regionali in sintonia con gli andamenti nazionali: il progressivo aumento dell'età media della popolazione delle Marche, una percentuale di popolazione straniera stabile negli ultimi anni (con percentuali che variano dall'11% nella provincia di Fermo, all'8% in quella di Pesaro), la riduzione del numero di componenti delle famiglie residenti, il calo del tasso di fecondità, tassi di disoccupazione in crescita (compresa quella di lunga durata) con uno stacco maggiore rispetto alle altre vicine regioni del nord-est, tasso di attività femminile (64,4%) superiore alla media nazionale (56,5%), una incidenza della povertà pari al 10,7% delle famiglie. Uno specifico focus viene dedicato alle aree del sisma del 2016. Nel voler ancorare le proposte programmatiche alle risorse disponibili, il Piano presenta le diverse fonti di finanziamento delle politiche sociali (nazionali, regionali ed europee) mettendo in luce la complessità relativa alla gestione di un finanziamento molto frammentato e specializzato.

Il Piano presenta, quindi, gli obiettivi strategici di sistema:

1. il rafforzamento del sistema degli Ambiti Territoriali Sociali (OS1);
2. il rafforzamento del livello di integrazione degli interventi (OS2), prioritariamente tra la componente sociale del sistema regionale e la componente sanitaria e sociosanitaria ma anche con altri settori del welfare, a cominciare dalle politiche attive del lavoro, della formazione e dell'istruzione, fino alle politiche per la casa e all'agricoltura sociale;
3. il consolidamento dei processi di programmazione, progettazione, partecipazione, monitoraggio/controllo (OS3);
4. il riordino del sistema dei servizi (OS4): definizione di regole in materia di accesso equo ai servizi e di qualità dell'offerta;
5. l'aggiornamento del sistema delle professioni sociali (OS5) limitatamente a quelle di competenza regionale;

6. l'istituzione del sistema informativo dei servizi sociali;

7. il supporto alla fase di riprogrammazione della rete dei servizi nelle aree colpite dal sisma;

8. il recepimento della normativa nazionale che riforma il Terzo settore.

I singoli obiettivi sono declinati in azioni specifiche di sistema con un'attenzione esplicita al relativo riferimento normativo e a indicatori output. Non ci dilunghiamo su questi elementi che sono bene esplicitati nel piano stesso, ma mettiamo in evidenza l'attenzione per questa dimensione di sistema che intende consolidare il ruolo della Regione nelle politiche sociali, così come si evince anche dai processi innovativi scaturiti dal Piano Sociale Regionale stesso, trattati nel prossimo paragrafo. Evidenziamo, inoltre, lo sforzo che si evince dal Piano di essere uno strumento operativo che associa a indicazioni di traiettorie anche obiettivi e indicatori di risultati concreti.

Per quanto riguarda le direttrici trasversali e gli interventi di settore il Piano sviluppa 9 aree tematiche:

1) lotta all'esclusione sociale, alla fragilità e alla povertà;

2) prevenzione e contrasto alla violenza di genere;

3) sostegno alle persone in situazione di non autosufficienza;

4) sostegno all'invecchiamento attivo;

5) sostegno alle persone con disabilità;

6) sostegno alle capacità genitoriali;

7) politiche per la casa e tematiche legate al disagio abitativo;

8) politiche sociali legate alla promozione della pratica sportiva e motoria per tutte le età e per tutti;

9) sostegno ai giovani e applicazione della normativa nazionale che riforma il servizio civile universale.

Per le singole aree sono presentati i punti di forza e le criticità evidenziate dal lavoro di ricerca svolto dalle università e, a seguire, gli specifici obiettivi della programmazione triennale. Anche in questo caso non ci soffermiamo sul commento alle singole politiche di settore, ma ci limitiamo ad evidenziare la dimensione trasversale dei temi trattati. Oltre ai tradizionali temi settoriali delle politiche sociali (povertà, non autosufficienza, disabilità, genitorialità), i temi della violenza di genere, invecchiamento attivo, casa, sport e servizio civile delineano aree di intervento strettamente affini alle politiche sociali nella volontà della Regione di consolidare il ruolo delle politiche sociali in una prospettiva non solo riparativa e assistenziale, ma anche di prevenzione e promozione del benessere, all'interno di logiche necessariamente integrate con altre politiche regionali, in piena sintonia con le indicazioni nazionali (Vedi Piano Sociale Nazionale 2021). Anche in questo caso la struttura del Piano con l'analisi delle criticità e dei punti di forza

attuali e degli obiettivi futuri rappresenta uno sforzo esplicito di operatività dello strumento di programmazione.

2.3. L'innovazione nel Piano Sociale Regionale: l'attenzione per la *governance*

Il Piano Sociale Regionale non solo riposiziona in maniera esplicita il ruolo della Regione nell'area delle politiche sociali in merito agli obiettivi di sistema e alle direttrici trasversali e di settore, ma intende rimettere in moto il processo di programmazione a livello di ATS. Per raggiungere questo obiettivo la Regione, con il supporto degli atenei marchigiani, ha avviato un processo di elaborazione delle Linee guida per la predisposizione dei Piani Sociali Territoriali, che sono state approvate con DGR 180 del 22 febbraio 2021. Queste linee guida sono uno schema sul quale i singoli ATS hanno avviato il processo di elaborazione dei singoli Piani. La collaborazione con gli Atenei marchigiani è il frutto di una relazione maturata negli ultimi quindici anni e in particolare nella provincia di Pesaro Urbino con l'esperienza WEMPU (Welfare Marche Provincia di Pesaro Urbino). Tutti gli attori protagonisti del welfare sociale della provincia di PU (i 6 coordinatori degli ATS, i rappresentanti del Sindacato – CGIL, SPI CGIL, CISL, FNP CISL –, di Lega Coop, di Confcooperative, del Centro Servizi Volontariato) sono, infatti, dal 2014 uniti una unica convenzione con il Dipartimento di Economia Società e Politica dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo, per sviluppare analisi e riflessioni sul sistema delle politiche sociali marchigiane.

L'elemento di principale innovazione del Piano Sociale Regionale riguarda proprio l'attenzione per i processi di *governance* e per il supporto a una *governance* partecipata nel pieno rispetto dei principali costituzionali della sussidiarietà. La stessa elaborazione del Piano è frutto di un processo di confronto tecnico e politico oltre che scientifico grazie al coinvolgimento degli Atenei marchigiani. Tuttavia è proprio nel rilancio della programmazione sociale territoriale di ATS che l'attenzione per il supporto alla nuova *governance* del welfare territoriale diventa ancora più marcata. Oltre alle linee guida, la Regione ha attivato un processo di confronto istituzionale e tecnico con gli ATS sulle tre linee fondamentali del Piano Regionale Sociale: le azioni di sistema, le politiche di settore e i processi di innovazione in merito ai temi della co-progettazione e co-programmazione. A ciascuno di questi temi sono stati dedicati degli incontri di confronto a livello provinciale secondo un calendario condiviso. Sono stati realizzati 3 incontri per provincia. Al fine di rendere la discussione e il lavoro più efficace le provincie di Fermo e Ascoli Piceno hanno svolto congiuntamente gli incontri.

In totale sono stati realizzati 12 incontri a livello provinciale, più 2 incontri plenari all'inizio (marzo 2021) e alla fine del percorso (luglio 2021).

L'obiettivo del processo di accompagnamento delle Università è stato la predisposizione della bozza di piano sociale di ogni ambito territoriale sociale secondo un modello unitario concordato e condiviso a livello regionale, con i dirigenti regionali, in funzione del Piano Sociale Regionale. Le attività delle Università si sono sviluppate in due modalità:

- un accompagnamento a livello di singolo ATS con l'obiettivo di predisporre la bozza del piano di ambito territoriale sociale;

- un accompagnamento a livello provinciale con l'obiettivo di realizzare un confronto e una discussione degli ATS di una stessa provincia tra loro, con la rappresentanza della sanità, e degli altri rappresentanti delle politiche di settore interessate, alla presenza dei rappresentanti degli enti del Terzo settore e del Sindacato in merito ai temi principali del Piano Sociale di ATS in funzione dei 3 macro-obiettivi dei piani.

In questo contributo soffermiamo la nostra attenzione unicamente sulla dimensione innovativa del Piano Sociale Regionale per quanto attiene la *governance* delle politiche di welfare territoriale: le relazioni tra organizzazioni pubbliche, private ed enti del Terzo settore, alla luce delle Linee guida sul rapporto tra Amministrazione Pubbliche ed ETS, approvate dal decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n.72 del 31/3/2021. La Regione Marche ha, infatti, dedicato una particolare impegno nel promuovere il tema a livello regionale e nel ricercare una modalità marchigiana di accompagnamento e implementazione alle linee guida ministeriali per una programmazione condivisa. La delicatezza del tema ha, quindi, orientato la Regione, con il supporto degli atenei, a organizzare quattro incontri con Luciano Gallo, esperto nazionale sul tema. L'iniziativa si inserisce in un filone già percorso dalla Regione che, infatti, un paio di anni fa, ha organizzato un corso di formazione sulla coprogettazione rivolto ai funzionari regionali e i rappresentanti del Terzo settore. La dimensione innovativa risiede nella scelta politica della Regione di valorizzare le nuove modalità di relazione tra gli attori, la nuova *governance*, nella consapevolezza del suo potere generativo innovativo per rispondere ai bisogni sociali.

La presenza delle organizzazioni sindacali al processo regionale è stata funzionale a un coinvolgimento attivo di tutti gli attori interessati in maniera diretta e indiretta, chiarendo da subito che gli incontri realizzati a livello provinciale intendevano essere dei momenti di confronto in una logica di supporto e di formazione, mentre l'aspetto specifico della concertazione sarebbe stato rimandato a livello dei singoli ATS.

Lo spazio di discussione provinciale tra Regione e ATS, enti del Terzo settore e sindacato è stato un momento di scambio che ha arricchito il pro-

cesso complessivo di programmazione sociale regionale, in una logica dialettica e partecipata, in sintonia con il modello di *governance* partecipata che ha caratterizzato le Marche negli anni precedenti (Genova, Palazzo, 2008). Gli incontri provinciali hanno avuto una valenza tecnico politica dal momento che i dirigenti regionali si sono impegnati a riportare alla dimensione politica regionale gli elementi emersi dal confronto con la componente tecnica e politica dei territori. Il processo, infatti, è stato fortemente approvato dall'assessore Latini che è intervenuta nell'incontro plenario della provincia di Macerata del 15/06/2021. Le valutazioni raccolte a conclusione del percorso hanno evidenziato pareri molto positivi sulle attività proposte e sulle metodologie utilizzate, mentre la principale criticità e i suggerimenti migliorativi per il futuro hanno riguardano il tempo limitato degli incontri e la richiesta di proseguire il percorso con incontri periodici.

Luciano Gallo è stato invitato in qualità di esperto, avendo seguito i lavori del tavolo che ha portato all'elaborazione delle linee guida sul rapporto tra Amministrazione Pubbliche ed ETS, designato da Anci nazionale. Come messo in evidenza da Gallo stesso, per comprendere appieno la portata innovativa delle linee guida è necessario delineare brevemente il contesto al cui interno si sono sviluppate. Il punto di partenza è stata la legge delega 106 del 2016: Delega al Governo per la riforma del Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale. I successivi decreti legislativi hanno avviato un processo di definizione regolativa dei diversi aspetti. Un aspetto centrale emerso in maniera evidente è stato quello della relazione tra il Codice del Terzo settore e il Codice dei contratti pubblici. Su questo tema, il parere del Consiglio di Stato 2052 del 2018 aveva dato una lettura restrittiva sull'utilizzo degli strumenti del Codice del Terzo settore ed in particolare degli istituti della co-programmazione, della co-progettazione, dell'accreditamento, delle convenzioni con Associazioni di Promozione Sociale e Organizzazioni di Volontariato. Questo parere ha, di fatto, rallentato l'implementazione di queste modalità specifiche del codice del Terzo settore, a favore, invece, di quelle che dominano il Codice dei contratti. Dal 2018 si è, quindi, assistito a una sospensione nelle suddette pratiche da parte dei comuni.

Altro elemento fondamentale nel processo di cambiamento verso l'elaborazione delle linee guida è stata la sentenza 131 della Corte costituzionale del 26 giugno 2020 in merito alle cooperative di comunità della Regione Umbria. Questa tema è diventato pretesto per un contributo interpretativo di grande rilievo in merito al coordinamento tra Codice dei contratti e Codice del Terzo settore. Riconoscendo il valore del principio di sussidiarietà presente nella Costituzione si prende atto, infatti, della sua difficoltà implementativa nella quotidianità dei territori. Il Codice del Terzo settore viene, quindi,

visto come lo strumento che può rendere operativo questo principio, fornendo un chiarimento giurisprudenziale di fondamentale importanza. Viene, inoltre, specificato che il Codice del Terzo settore non solo non è in contrasto con la normativa comunitaria sulla concorrenza, ma rappresenta un modello di esercizio dei pubblici poteri da parte della pubblica amministrazione. Si avvia, quindi, un processo di cambiamento che vede la pubblica amministrazione non abdicare dal suo ruolo e responsabilità, ma protagonista di una modalità nuova e condivisa di collaborazione con gli enti del Terzo settore. Riprendendo uno slogan introdotto da Gallo, “comunanza di scopo”: si tratta, infatti, dell’assunzione di un reciproco rapporto di corresponsabilità, di fiducia. Seguono, quindi, delle modifiche al Codice dei contratti pubblici che ulteriormente salvaguardano le forme di coinvolgimento degli enti del Terzo settore. Alla luce di questi processi risulta chiaro che la pubblica amministrazione può scegliere tra utilizzare gli strumenti del mercato competitivo, disciplinato dal Codice dei contratti pubblici, oppure scegliere gli strumenti dell’amministrazione condivisa, nel rispetto del principio di autonomia della pubblica amministrazione e dei principi di trasparenza.

Le linee guida ministeriali approvate il 31 marzo 2021 rappresentano una lettura integrata e condivisa del processo, fornendo gli elementi di base, minimi, dei relativi procedimenti amministrativi, che si applicano a tutte le attività di interesse generale. L’attenzione posta dalla Regione nella sua attività programmatica su questo aspetto della *governance* del welfare territoriale rappresenta una preziosa innovazione nei processi di pianificazione sociale avviati dal Piano Sociale Regionale che rendono la Regione Marche all’avanguardia sul tema in Italia.

Elemento estremamente innovativo del Piano Sociale Regionale è quindi l’avvio di una riflessione condivisa sui processi di co-programmazione e di co-progettazione. La co-programmazione intende porsi a fianco dei processi di costruzione dei piani sociali territoriali, essere complementare a loro. La co-programmazione permette, infatti, alla pubblica amministrazione di aumentare il quadro di riferimento attraverso il contributo attivo degli enti del Terzo settore:

la co-programmazione è una istruttoria partecipata... la pubblica amministrazione non smette di decidere, di analizzare e di sintetizzare gli apporti che vengono dall’istruttoria... un conto è fare l’istruttoria in modo partecipato, un conto è che la decisione finale ritorni a essere della pubblica amministrazione. Non cambia il potere, cambia il modo, il volto dell’esercizio del potere (Luciano Gallo, 15/06/2021, Plenaria provincia di Macerata).

Sul tema della co-progettazione elemento centrale è il ruolo attivo degli enti del Terzo settore ai quali spetta anche la possibilità di avviare l’ini-

ziativa, nel pieno rispetto del principio di sussidiarietà. Si delinea un modo di esercitare la funzione pubblica della pubblica amministrazione più vicina alla comunità e ai cittadini, nel rispetto delle procedure di evidenza pubblica, di rendicontazione e di valutazione di impatto sociale.

La prospettiva di un principio di sussidiarietà che diventa operativo viene ulteriormente avallata dalla posizione dell'Agenzia delle Entrate che, nel rispetto della logica dell'evidenza pubblica, nelle attività di interesse generale nei confronti della comunità, evidenzia l'azione diversa da quella di un contratto di appalto con le relative implicazioni fiscali in termini di riduzione dell'IVA.

Le linee guida nazionali necessitano poi di essere implementate a livello delle singole pubbliche amministrazioni. Nelle Marche, l'ATS 9 di Jesi è il primo ATS ad avere sviluppato un suo specifico regolamento.

2.4. Le principali sfide

Alla luce del percorso delineato a livello regionale emergono cinque principali sfide per il sistema delle politiche sociali regionali.

1. La prima è quella relativa alla rinnovata attenzione per il modello di partecipazione, la nuova *governance* del welfare territoriale, sul quale la Regione e i singoli ATS stanno investendo, perché possa essere una modalità operativa finalizzata non solo alla stesura dei piani di programmazione sociale territoriale, ma diventi il modello di lavoro della Regione e degli ATS, garantendo così un avvicinamento operativo tra pubblica amministrazione, comunità e cittadini.

2. La seconda riguarda la prospettiva integrata tra le politiche. Come più volte evidenziato dal dirigente della Regione Marche, Giovanni Santarelli, le politiche sociali svolgono un ruolo centrale di cerniera tra politiche e ambiti di intervento diversi che condividono come finalità il benessere dei cittadini e delle cittadine, in sintonia con le riflessioni maturate nell'ambito delle attività di WEMPU (vedi anche Genova, Palazzo, 2008; Arlotti, Catena, Genova, 2015) e le recenti indicazioni nazionali (Vedi Piano Sociale Nazionale 2021). Diventa, quindi, indispensabile coltivare e proseguire nello sforzo evidente del Piano Sociale Regionale di sviluppare sinergie e coordinamento tra aree di policy diverse non solo a livello regionale, ma anche a livello dei singoli ATS. La sfida è, quindi, quella di portare avanti il dialogo per la costruzione di una prospettiva integrata con le altre politiche; tra queste ricordiamo quelle per lo sviluppo rurale, per la casa, per l'ambiente, per il contrasto alle discriminazioni.

3. La terza sfida è quella di costruire un sistema che possa garantire un

livello di stabilità e di continuità grazie alla certezza dei finanziamenti. Come messo in evidenza nel primo paragrafo di questo lavoro, infatti, l'altalenarsi dei fondi ha rappresentato un elemento che ha minato alla base la capacità di programmazione e di stabilità e continuità delle politiche non solo a livello nazionale, ma di conseguenza anche a livello regionale e locale. La sfida è, quindi, quella di portare il tema della stabilità delle risorse per le politiche sociali nell'agenda di policy in funzione della prospettiva del potenziamento del welfare come investimento e promozione del benessere integrato, e non unicamente come spesa assistenziale per fronteggiare le situazioni di povertà e di bisogno estremo. La stabilità del sistema passa anche attraverso il consolidamento del ruolo del coordinatore di ATS e del suo staff perché le sue diverse funzioni – amministrative, ma anche di programmazione e progettazione – possano essere riconosciute e valorizzate.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti, M., Sabatinelli, S. (2020), *Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla legge quadro 328/00*. *Social Policies*, 7(3), 357-374
- Arlotti, M., Catena, L., Genova, A. (2015), *La dimensione territoriale dell'integrazione*, Carocci, Roma.
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (2020), <http://www.regioni.it/newsletter/n-3750/del-07-01-2020/welfare-tutti-i-fondi-destinati-alle-regioni-per-le-politiche-sociali-20628/>
- Genova A., Mura B., (2019), *Le politiche Sociali*. In Amatori F., Giulianelli R., Martellini A. (a cura di), *50 anni di Storia delle Regione Marche. Istituto di Storia Marche*, Presidenza del Consiglio Regionale, FrancoAngeli, Milano, pp. 245-264.
- Genova, A. (2010) *La crisi come fattore di riassetto del welfare locale: il caso delle Marche*, in «La Rivista delle politiche sociali», 2010, n. 4, pp. 403-423.
- Genova, A., Palazzo F. (2008) *Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche*. Carocci, Roma.
- Istat (2021) La spesa dei comuni per i servizi sociali | anno 2018 https://www.istat.it/it/files//2021/02/Report_Spesa-sociale-dei-comuni_rev.pdf
- Kazepov, Y. (Ed.) (2010), *Rescaling social policies: towards multilevel governance in Europe* (Vol. 38). Ashgate Publishing, Ltd.
- Regione Marche (2021) DGR 109 del 12 maggio 2020. Indirizzi prioritari e strategie per lo sviluppo e l'innovazione del welfare marchigiano e per il rafforzamento degli interventi in materia di servizi sociali. Centralità del cittadino ed equità sociale nell'ambito del processo di integrazione tra sistemi di welfare. https://www.regione.marche.it/portals/0/Sociale/ProgrammazioneSociale/PianoSoc/PIANO%20SOCIALE%202020-2022%20d_am70_10.pdf

3. La spesa sociale dei comuni

di *Maria Elena Tartari**

La crisi economica della fine dello scorso decennio (2008-2009), combinata con l'effetto dei vincoli imposti per il risanamento della finanza pubblica, ha penalizzato particolarmente il welfare locale e la cosiddetta "spesa sociale" sostenuta dagli enti pubblici erogatori di prestazioni socio-assistenziali, tra i quali i Comuni singoli e associati, ha subito un'erosione delle risorse finalizzate alla sua copertura, anche per effetto dell'azzeramento dei fondi nazionali per le politiche sociali avvenuto nel biennio 2012-2013. Dal 2014 è partita una lenta ripresa, testimoniata anche dai dati Istat, i quali nel 2016 evidenziano un primo netto recupero di livello della spesa sociale nazionale pari al 2,1%, un recupero che l'ha riportata ai livelli pre-crisi.

Riferisce ISTAT¹ che

Nel 2018, la spesa dei Comuni per i servizi sociali, a livello nazionale, cresce per il quinto anno consecutivo e raggiunge 7 miliardi 472 milioni di euro, recuperando pienamente il calo del triennio 2011-2013. La spesa per abitante è pari a 124 euro (120 nel 2017) con differenze territoriali molto ampie: al Sud è di 58 euro, meno della metà del resto del Paese e circa un terzo di quella del Nord est (177 euro). Le risorse sono destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (38%), alle persone con disabilità (27%) e agli anziani (17%).

Rispetto al dettaglio regionale l'Istituto nota che "L'offerta di servizi socio-assistenziali presenta evidenti divari territoriali: si passa dai 22 euro pro-capite della Calabria ai 540 della Provincia Autonoma di Bolzano", con

* Dirigente Direzione Politiche Sociali Regione Marche.

¹ ISTAT – Statistiche REPORT - LA SPESA DEI COMUNI PER I SERVIZI SOCIALI | ANNO 2018 (<https://www.istat.it/it/archivio/253929>). Tutte le tabelle e figure sono prodotte attraverso elaborazioni dell'autore su dati ISTAT.

le Marche che si attestano, con 108 euro per abitante, al di sotto della media nazionale (124 euro per abitante) e di quella delle regioni della ripartizione del Centro (137 euro per abitante).

La spesa sociale è un aggregato che contempla una gamma di servizi e interventi, erogati dai Comuni singoli e associati (Unioni di Comuni, Unioni Montane, Consorzi di Comuni, ASL – ove la funzione sociale sia delegata all’ente territoriale sanitario, ASP), elencati nel Nomenclatore Interregionale dei Servizi e Interventi Sociali², che definisce in tal modo il “perimetro” del sociale, articolandolo in tre macro-voci (Servizi e interventi, Trasferimenti, Strutture), ciascuna dettagliata in ulteriori voci di intervento, differenziate in funzione del target di bisogno (famiglia e minori; disabili; dipendenze; anziani; immigrati e comunità Rom, Sinti e Caminanti RSC; povertà, disagio adulti e senza dimora; multiutenza). Il “perimetro originale”, rappresentato dal Nomenclatore dei servizi sociali, con riferimento al quale i dati Istat sono raccolti, include i servizi socioeducativi per l’infanzia che, a seguito della normativa di riforma c.d. della “buona scuola” (il 2017 è l’anno di entrata in vigore dei decreti attuativi), sono afferiti al mondo dell’istruzione. Nell’analisi che segue si è optato di mantenere il riferimento al perimetro originale, in quanto, di fatto, il sistema integrato di servizi 0-6 anni ha registrato, anche prima della riforma, assetti variabili da Comune a Comune, a volte in capo ai servizi sociali oltre ai servizi dell’istruzione.

Fonte preziosa e difettosa quella ISTAT³, ma di fatto unica nel panorama del sistema statistico nazionale e del sistema informativo sociale nazionale: “costituisce la fotografia più accurata e sistemica degli interventi del welfare locale”⁴. Preziosa per la sua unicità per ricchezza informativa (offre, affiancato al dato economico di spesa per gli interventi, il correlato dato fisico relativo agli utenti degli interventi stessi), copertura totale (non è una indagine campionaria ma censuaria), serie storica disponibile (dal 2003), e dettaglio sia al livello territoriale (i dati sono disponibili fino al livello comunale) che tematico (i dati di spesa e utenza sono disponibili per ciascuna delle oltre 200⁵ voci di servizio/intervento). Difettosa per la tempistica di

² CISIS: <https://www.cisis.it/nomenclatore/nomenclatore13.pdf>

³ La misura di tale spesa, annualmente rilevata presso ciascun ente Locale erogatore, deriva da un lavoro di quantificazione delicato e impegnativo, che si risolve in una operazione extra-contabile (non è un’extrapolazione diretta dal bilancio dell’ente, ma implica la valutazione di tutti gli atti che hanno implicato impegni di spesa per quel “perimetro di interventi e servizi”, impegni classificati e inglobati in vari capitoli di bilancio i quali magari assommano anche risorse attinenti altre attività dell’ente Locale) che, tra l’altro, mette insieme dati finanziari (impegni di spesa dell’ente, compresa la compartecipazione economica dell’utente alla prestazione/servizio fruito) e dati fisici (numero di beneficiari della prestazione/servizio).

⁴ <https://welforum.it/le-traiettorie-evolutive-della-spesa-per-il-welfare-locale/>

⁵ Il valore conteggia le voci di servizio per ciascun target di intervento.

aggiornamento: i dati sono disponibili solo a 2 anni-data causa l'onerosità e complessità del processo di raccolta.

L'analisi che segue, aggiornata all'ultima pubblicazione disponibile (dati 2018), è quindi basata sul "quadro informativo più esaustivo degli interventi del welfare locale" a oggi disponibile e ha rilevanza informativa particolarmente pertinente per la lettura di trend e per confronti territoriali, relativi sia ai livelli di spesa che all'articolazione della stessa.

La spesa sociale è misurata dagli impegni che l'ente locale attiva a valere su risorse proprie (ossia risorse del bilancio locale in senso stretto) e su risorse che al suo bilancio afferiscono dalla Regione (fondi regionali specificamente dedicati a politiche di settore), dallo Stato, dall'Unione Europea (comprendono le risorse europee per le politiche sociali, che arrivano agli ATS per il tramite della Regione e le risorse europee che arrivano ai territori direttamente dallo Stato)⁶, da altri enti pubblici e da privati, nonché dagli utenti che compartecipano alla spesa del servizio/intervento di cui fruiscono, ove la regolamentazione di erogazione della prestazione stessa lo preveda.

L'analisi dell'articolazione delle fonti di finanziamento è interessante per delineare il ruolo dei diversi attori pubblici deputati alle politiche sociali.

Risulta (Tab. 1) che nel 2018 la quota maggioritaria, 65,7%, della spesa sostenuta dai Comuni singoli e associati⁷ marchigiani è stata finanziata con risorse proprie degli stessi enti. Il ruolo dell'ente Locale come maggior finanziatore della spesa per il welfare territoriale è una costante nel panorama nazionale: nelle Marche il livello del finanziamento è analogo a quello che si riscontra nelle altre regioni del Centro Italia, e tale livello segue un "gradiente" di tipo Nord-Centro-Sud che accomuna sui livelli più alti Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna (intorno al 70%), seguite da un gruppo intermedio (intorno al 60%) formato, insieme alle Marche, da Piemonte, Liguria, Toscana e Lazio, mentre tutto il Sud si attesta su livelli inferiori al 50%.

Il ruolo delle fonti di finanziamento facenti capo agli altri attori (Stato, Regione, UE) si è andato rafforzando nel tempo: nel 2009 si attestava al 27% nelle Marche la percentuale di spesa⁸ finanziata con tali fondi (a fronte del 31% in media nelle regioni del Centro e 35% a livello nazionale), ha

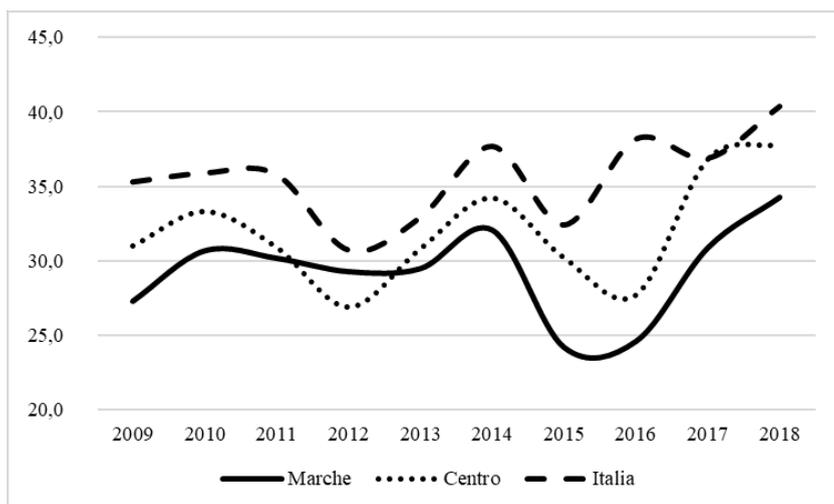
⁶ Per una rassegna delle fonti di finanziamento, si veda il Piano Sociale Regionale 2020-2022 della Regione Marche, di cui alla Deliberazione Amministrativa 109 della seduta del 16 maggio 2020 https://www.regione.marche.it/Regione-Utile/Sociale/Programmazione-Sociale#15590_2020-2022.

⁷ L'analisi è condotta al netto delle compartecipazioni degli utenti, che hanno contribuito nel 2018 per una quota del 15% al totale della spesa sociale impegnata nelle Marche, e al netto della quota di finanziamento derivante da risorse sanitarie (8%).

⁸ Si intende la spesa al netto delle compartecipazioni utenti e SSN.

toccato poi il minimo nel 2015 (24%) per poi risalire fino al 34% del 2018, comunque sempre attestandosi al di sotto della media del Centro e nazionale.

Fig. 1 - Percentuale di spesa finanziata con fondi regionali vincolati, fondi statali vincolati, fondi europei e altre fonti di finanziamento diverse da quelle proprie di Comuni singoli e associati



La ripresa successiva al 2015 può essere letta, con tutta probabilità, come “effetto del graduale reintegro dei vari fondi nazionali di settore”⁹, oltre che conseguenza della diffusione dei fondi europei quale strumento di finanziamento del welfare locale attraverso l’entrata in vigore nelle Regioni dei POR FSE 2014-2020: i dati confermano che nell’ultimo triennio una sempre maggiore quota di spesa dei Comuni è stata finanziata con fondi statali vincolati/Fondi dell’Unione Europea, passando nelle Marche dal 2,1% del 2015 al 17,5% del 2018.

La quota di spesa finanziata da fondi vincolati regionali si attesta nel 2018 al 17,5%, in linea con il valore medio nazionale (18,1%) e quello del Centro (17,5%), con un trend storico sostanzialmente costante.

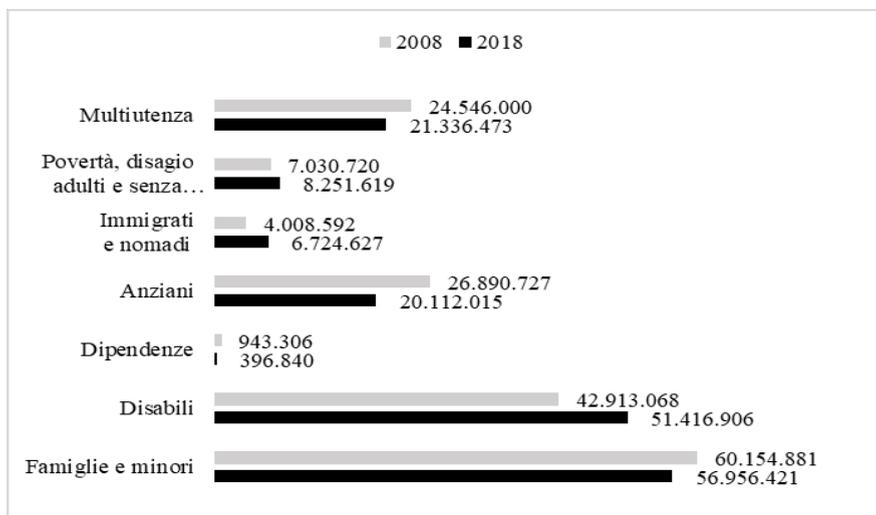
A fronte delle dinamiche di finanziamento da parte degli attori pubblici è importante segnalare come la quota a carico degli utenti registri una costante diminuzione: nelle Marche il livello delle compartecipazioni scende dal 17,7% del 2008 al 17,1% nel 2015 e nel 2018 al 14,9%, attestandosi comunque 6 punti percentuali sopra al valore medio nazionale (media Italia 8,9% e media Centro 8,7%).

⁹ <http://www.lombardiasociale.it/2018/02/12/la-ripartenza-della-spesa-sociale/>

3.1. La spesa nel periodo 2008-2018: andamento generale e per target di intervento

Tra il 2008 e il 2018 nelle Marche la spesa sociale dei Comuni non è cresciuta (fa registrare una variazione del -1%, passando da € 166.487.294 a € 165.194.901), in controtendenza rispetto al resto del Paese dove, nello stesso periodo, si registra un aumento medio dell'11%. Il dato negativo marchigiano è simile a quello dell'Umbria e della Basilicata (-2%), e la decrescita si ripropone, naturalmente, anche nel valore pro-capite della spesa, che registra nelle Marche una diminuzione media di € 1,4 contro un guadagno medio di € 12,6 a livello nazionale e di € 10,6 nel Centro.

Fig. 2 – Spesa sociale per target di intervento – Valori assoluti al netto della compartecipazione utenti e compartecipazione SSN – Marche



La dinamica della spesa nel decennio nelle Marche è stata disomogenea tra i diversi target di intervento, ma, a livello di singolo target, non è risultata quasi mai (tranne che per il target famiglia e minori, ove il dato marchigiano decresce a fronte dell'aumento del livello di spesa nazionale) in controtendenza rispetto al trend nazionale. Quindi la mancata crescita è frutto della combinazione di cali marchigiani più marcati del calo medio nazionale (come per il target anziani e l'area multiutenza) con crescite marchigiane più contenute di quelle nazionali (ad esempio nell'area della disabilità e dell'immigrazione).

Nel dettaglio:

- la spesa per interventi destinati alla disabilità ha una dinamica costantemente crescente nel tempo (ed è il target di interventi che assorbe la quota più elevata di spesa tra tutti) ed è, in termini assoluti, la più elevata (oltre 51 milioni di euro nel 2018), è cresciuta (+20%);
- la spesa per interventi destinati all’immigrazione e a favore delle comunità Rom-Sinti-Caminanti (che invece assorbe la quota più bassa di spesa tra tutti i target, 6,7 milioni di euro, dopo quello delle dipendenze) fa registrare un incremento del 68%, insieme a quella per il target povertà, disagio adulti e senza dimora (poco più di 8 milioni di euro), in crescita del 17%. Per l’interpretazione del rafforzamento degli interventi di contrasto del disagio sociale estremo, cui questi due target possono essere riferiti, è opportuno considerare che, da un lato dal 2018 è partita l’erogazione della “quota servizi” a sostegno del Reddito di Cittadinanza, prevista nel Fondo Povertà messo in campo dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ed erogata direttamente agli Ambiti Sociali e che, d’altro lato, con la diffusione del “Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati” (SPRAR) i Comuni hanno potuto potenziare i propri interventi di inclusione, avvalendosi dei finanziamenti statali dedicati e nonché facendo ricorso ai fondi dell’Unione Europea;
- la perdita più elevata, in termini percentuali, tra il 2008 e il 2018, interessa la spesa per gli interventi destinati alle dipendenze patologiche (-58%), una spesa che non raggiunge i 400mila euro annui, ovviamente, come per le altre aree, al netto dei fondi sanitari;
- anche per la spesa per interventi destinati agli anziani e alla non autosufficienza la tendenza marchigiana è, analogamente a quella nazionale e del Centro Italia, in calo, ma in percentuale molto più marcata rispetto alle medie nazionali e di ripartizione, perdendo il 25% nel periodo e attestandosi a 20 milioni di euro nel 2018. Una risposta del welfare territoriale, evidentemente, sempre più in difficoltà nell’affrontare l’incalzante crescita dei bisogni di questo segmento di popolazione;
- la spesa destinata a famiglie e minori nelle Marche diminuisce del 5% mentre nel resto d’Italia aumenta in media del 6%; si attesta nel 2018 a 56 milioni di euro;
- considerazioni specifiche vanno fatte per la categoria di spesa per multiutenza. In questo aggregato sono sommate le spese generali e di personale, trasversale a tutti gli interventi, nonché le attività di sistema (formazione, prevenzione, sensibilizzazione, sportelli informativi). La spesa marchigiana scende da 24,5milioni di euro nel 2008 a poco più di 21 milioni nel 2018, una spesa che è sempre stata nelle Marche notevolmente più ampia rispetto alla media nazionale, rappresentando nel 2018 una quota del 15% (13% nel 2008) della spesa complessiva marchigiana contro il 6% (5% nel 2008) a livello nazionale. Come già evidenziato in precedenza il livello

elevato di tale spesa è direttamente collegato alla spiccata caratteristica del sistema marchigiano di forte orientamento all'erogazione di interventi piuttosto che di contributi monetari, quale caratteristica che spinge un elevato assorbimento di risorse per sostenere spese generali e azioni di sistema.

3.2. I livelli di spesa delle Marche rispetto alle altre regioni

La spesa sociale pro-capite dei comuni marchigiani nel 2018 risulta, nel contesto di riferimento rappresentato dalle Regioni a statuto ordinario del Nord e del Centro, una tra le più basse: il valore complessivo marchigiano di € 108 è in linea con quello veneto (€ 109) ed è superiore solo al valore umbro (€ 94).

Fig. 3 – Spesa sociale dei comuni per categoria di utenza - Anno 2018 – Regioni a statuto ordinario del Centro Nord e ripartizioni geografiche – Valori pro-capite (€) (a)

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Target							Totale
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenza	Anziani	Immigrati, comunità NSC	Poveri, disagio adulti e sd (*)	Multiscopo	
	VALORI PRO-CAPITE							
Piemonte	212	4.214	-	80	35	19	8	127
Liguria	333	3.229	1	94	34	23	8	140
Lombardia	215	5.444	-	82	40	12	8	134
Veneto	134	4.365	2	93	27	15	7	109
Emilia-Romagna	352	3.948	1	89	115	17	12	173
Toscana	291	3.248	-	124	35	16	8	137
Umbria	186	2.085	1	43	37	10	6	94
Marche	148	4.082	-	53	49	9	14	108
Lazio	271	3.439	1	95	61	21	5	170
Nord-ovest	234	4.840	-	86	39	15	8	133
Nord-est	241	5.569	1	102	41	21	11	177
Centro	236	3.367	-	96	38	19	7	137
ITALIA	184	3.212	-	94	68	15	7	124

(a) I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza: per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati sulla base del Censimento della popolazione; per l'area disabili, stimata sulla base dell'ultimo anno disponibile, rappresenta le persone disabili con età inferiore a 65 anni ed è ottenuta dalla proiezione del numero di disabili che vivono in famiglia, quali risultano dall'indagine Multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" e del numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali, quali risultano dalla "Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali"; per l'area "dipen-

denze” è costituita dalla popolazione con età maggiore o uguale a 15 anni; per l’area “anziani” è costituita dalla popolazione con età maggiore o uguale a 65 anni; per l’area “Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti” si considera il numero di stranieri residenti; per l’area “povertà e disagio adulti” è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 64 anni; per l’area “multiutenza” e per il totale è costituita dalla popolazione residente.

Scendendo nel dettaglio dei valori pro-capite per i diversi target di intervento, nelle Marche, come in tutto il contesto inter-regionale di riferimento, spicca l’investimento per l’area della disabilità (oltre € 4mila). Per contro, l’impegno per il target delle povertà, disagio adulti e senza dimora è il più basso tra tutte le regioni considerate (€ 9); anche per il target famiglia e minori il welfare territoriale marchigiano impegna la spesa più bassa di tutto il contesto (€ 143) dopo quella del Veneto. Analoga situazione per il target anziani: con € 53 pro capite l’investimento marchigiano è superiore solo a quello umbro (€ 43). Si colloca infine in una posizione mediana la spesa pro-capite nelle Marche riferita al target Immigrati e RSC, pari a € 49, ossia meno della metà della spesa dell’Emilia-Romagna.

3.3. Le risorse per le diverse attività del welfare sociale territoriale

Nel contesto delle regioni a statuto ordinario del Centro e del Nord il sistema di welfare territoriale marchigiano risulta essere quello maggiormente impegnato (in termini di importo di spesa) a fornire risposte ai bisogni di cittadini attraverso l’erogazione di un servizio o intervento, piuttosto che attraverso trasferimenti in denaro o strutture residenziali o diurne: oltre la metà (50,6%) della spesa sociale dei Comuni singoli e associati è impegnata infatti in interventi e servizi gestiti dagli enti Locali, una quota che si differenzia di 7 punti percentuali e oltre dai valori di tutte le altre regioni.

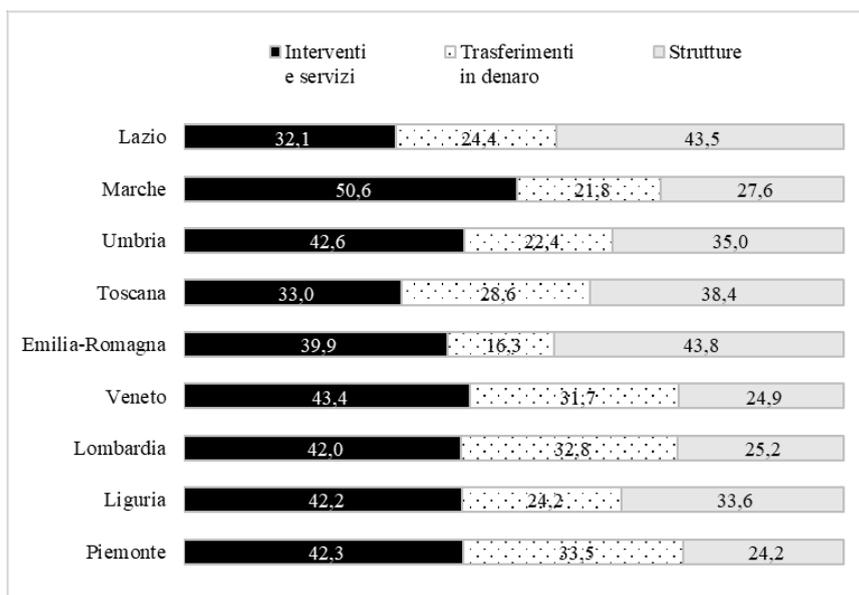
Analizzando con maggior dettaglio le risposte ai bisogni, misurate attraverso la spesa comprensiva degli eventuali oneri a carico dei beneficiari degli interventi a titolo di compartecipazione, si evidenzia che, nel 2018 l’assistenza residenziale assorbe la quota maggiore di risorse sociali dei Comuni delle Marche, il 19% (41 milioni di €).

Tale quota, sommata a quella dedicata a sostegni e contributi alle rette per le stesse strutture residenziali, arriva al 27% (58 milioni di €), seguita dai servizi socioeducativi per la prima infanzia e relativi contributi e sostegni a rette per la frequenza (16%, pari a oltre 34 milioni di €).

L’assistenza erogata presso i centri diurni, compresi i sostegni alle rette per la frequenza degli stessi, vale il 7% (circa 13,5 milioni di €), mentre l’assistenza domiciliare in tutte le sue forme (socioassistenziale, integrata con i servizi sociosanitari ed erogata sotto forma di voucher, assegni di cura

e buoni socioassistenziali) assorbe nel complesso l'8% (15,5 milioni di €), ossia meno della metà della spesa per la residenzialità.

Fig. 4 – Articolazione della spesa sociale per macrocategoria di intervento – Anno 2018

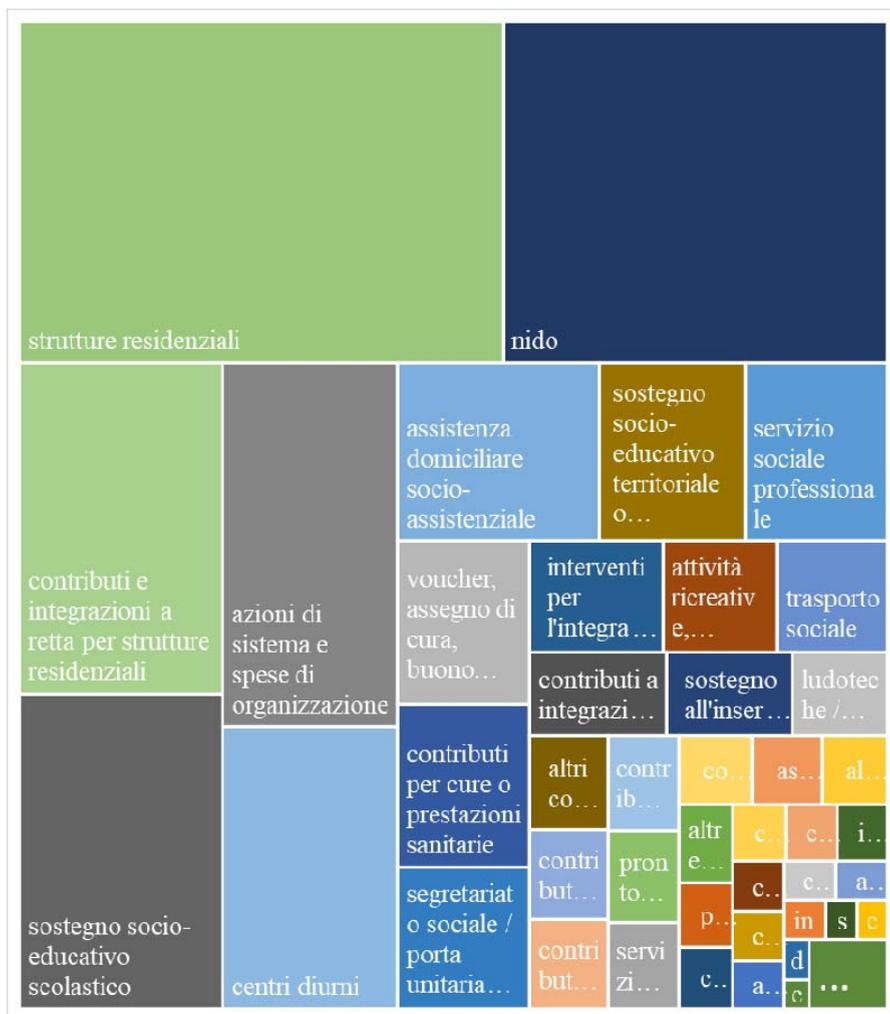


Il sostegno socioeducativo scolastico (pari a quasi 16 milioni di €), e gli interventi di sostegno socioeducativo territoriale e domiciliare (6,4 milioni di €) assorbono rispettivamente il 7% e il 3% della spesa.

Una quota del 3% è assorbita poi dal servizio sociale professionale e dalle attività connesse alla progettazione e presa in carico (in valore assoluto 6,3 milioni di €) e ulteriori 4,7 milioni di € (2%) sono investiti nei servizi di segretariato sociale e punti di accesso al sistema dei servizi sociali.

Ulteriori molteplici voci riferite a prestazioni (ad esempio: interventi per l'integrazione sociale, trasporto sociale, pronto intervento sociale) e a contributi economici (ad esempio: contributi per l'inserimento lavorativo, contributi per l'affido familiare, contributi a integrazione del reddito familiare, contributi per cure e prestazioni sanitarie) assorbono quote di spesa inferiori al 2% e generano una frammentazione notevole di attività e impegno professionale e amministrativo che, chiaramente, deve essere sostenuto finanziariamente dal sistema degli enti locali con una quota ulteriore di spesa dedicata, appunto, alle attività generali ed azioni di sistema che concorrono per il 7% (quasi 16 milioni di €) a determinare l'importo complessivo della spesa sociale dei Comuni singoli e associati.

Fig. 5 – Composizione della spesa sociale lorda per voci di servizi e interventi, Anno 2018, Marche



3.4. Un aspetto organizzativo: la gestione associata della spesa

Nonostante siano disponibili da fonte ISTAT anche alcuni dati di spesa sociale dettagliati per singolo Comune, si ritiene, analogamente ad altre

analisi disponibili in letteratura¹⁰, che il livello territoriale corretto per la lettura della spesa per gli interventi di welfare locale sia quello dell'Ambito Territoriale Sociale (ATS), quale articolazione geografico-amministrativa individuata dalle Regioni ai sensi della L.328/2000. ai fini della programmazione sociale e della gestione associata del sistema di interventi e servizi sociali.

La gestione associata della spesa sociale (attività gestite a livello di ambito, comunità montana, consorzio, unione di comuni, azienda servizi alla persona) si è sempre più rafforzata nel tempo nelle Marche, in linea con la tendenza nazionale e sulla base dell'orientamento in tal senso delle policy regionali: la quota di spesa sociale gestita singolarmente dai comuni marchigiani è scesa infatti dall'94% del 2008, all'89% del 2015, fino all'87% del 2018. La quota di spesa marchigiana gestita da enti associativi (13%), stimata pari al 33% (essendo infatti la quota media nazionale in capo ai comuni pari al 67%), ma la situazione marchigiana è, con tutta probabilità, sottostimata, in particolare per quegli ATS in cui l'ente Capofila è un Comune singolo, il quale verosimilmente classifica tra le sue spese anche quelle svolte in qualità, appunto, di capofila, ossia fungendo da ente associativo. Tenendo presente tale considerazione la stima della quota associata di spesa sale al 40%, con una variabilità territoriale, comunque, elevata e legata alla natura dell'ente capofila (Tab. 3).

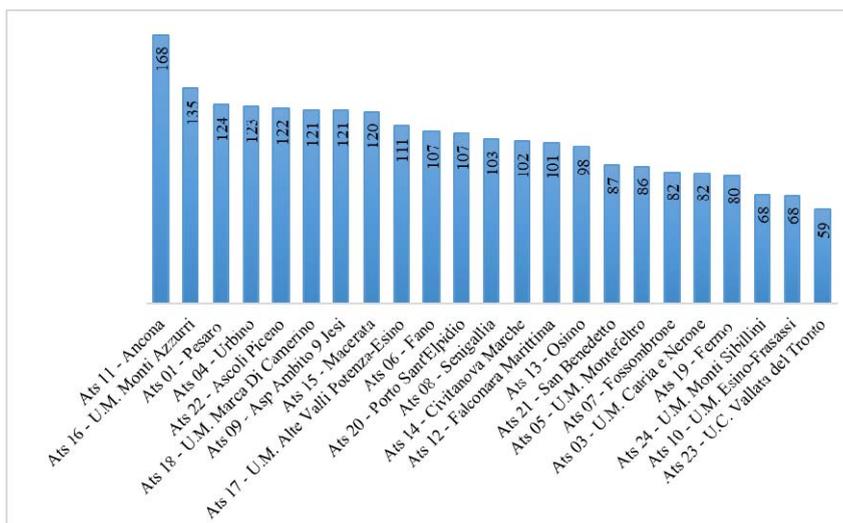
3.5. La situazione degli Ambiti Territoriali Sociali al 2018

I livelli di spesa sociale presentano una variabilità tra i 23 ATS marchigiani che si ripropone di anno in anno, con una forbice piuttosto costante in ampiezza: nel 2018 il gap è di € 109, con il massimo nell'ATS 11-Ancona (€ 168 per residente) e il minimo nell'ATS 23-Unione Comuni Vallata del Tronto (€ 59 per residente), nel 2014 era di € 105, con il massimo di € 161 sempre per l'ATS 11-Ancona e il minimo di € 56 per l'ATS 24-Monti Sibillini. Le distanze più evidenti riguardano gli ATS dei capoluoghi di provincia (tranne Fermo), che presentano valori mediamente più alti rispetto agli ATS delle aree interne, a eccezione degli ATS delle aree interne del maceratese che presentano livelli di spesa pro capite mediamente più alti rispetto a tutti gli altri ATS interni. La spesa sociale pro-capite, presenta, oltre al valore massimo dell'ATS capoluogo di Regione, un secondo valore notevolmente più elevato degli altri, presso l'Ats 16-U.M. Monti Azzurri; poi si distingue un gruppo di 5 ATS (che comprende gli altri 3 capoluoghi

¹⁰ <http://www.lombardiasociale.it/>

di provincia, eccetto Fermo, oltre a Urbino e Jesi) che presentano un livello simile, attorno a € 120 pro capite, un terzo gruppo di 7 ATS (tutti costieri), con un valore intorno a € 100 pro capite (tra € 111 e € 98), seguito da un gruppo omogeneo di altri 5 ATS che si attestano tra € 80 e € 90 per residente, e, infine 3 ATS (appartenenti ad aree interne montane) con livelli di spesa al di sotto di € 70 per residente (Fig. 6).

Fig. 6 – Spesa sociale pro-capite per singolo ATS – Anno 2018



L'attività di presa in carico, cioè il servizio sociale professionale e gli interventi collegati (quali Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi, Servizio per l'affido e servizio adozione minori, Attività di sostegno alla genitorialità, Servizio di mediazione familiare, Servizio di accoglienza anziani, disabili e adulti presso famiglie), varia notevolmente sul territorio se si considera il numero di utenti presi in carico in rapporto ai residenti: i valori più elevati, vicini al 6 per mille, si registrano negli Ats 15-Macerata e Ats 16-U.M. Monti Azzurri, tra il 4 e 5 per mille presso Ats 20-Porto Sant'Elpidio, Ats 19-Fermo, Ats 18-U.M. Marca di Camerino e valori inferiori per tutti gli altri, con i valori più bassi (sotto l'1 per mille) negli Ats 22-Ascoli Piceno, Ats 23-U.C. Vallata del Tronto, Ats 24-U.M. Monti Sibillini.

Anche il mix di interventi offerti presenta una variabilità tra gli ATS e, rispetto all'intervento prevalente in ciascun Ambito (cioè quello che assorbe la maggior quota di spesa, escludendo i servizi socioeducativi per la prima infanzia che risultano essere quello in assoluto a più elevato assorbimento di risorse), si riscontra che:

- il sostegno socioeducativo scolastico è il servizio che assorbe la quota maggiore di spesa sociale in 8 ATS: Ats 01-Pesaro, Ats 06-Fano, Ats 07-Fossombrone, Ats 13-Osimo, Ats 14-Civitanova Marche, Ats 17-U.M. Alte Valli Potenza-Esino, Ats 20-Porto Sant'Elpidio, Ats 22-Ascoli Piceno;
- i contributi economici ad integrazione del reddito familiare sono i maggiori interventi in 5 ATS: Ats 04-Urbino, Ats 09-Asp Ambito 9 Jesi, Ats 11-Ancona, Ats 12-Falconara Marittima, Ats 19-Fermo;
- la spesa per strutture residenziali è quella prevalente nel Ats 10-U.M. Esino-Frasassi, Ats 16-U.M. Monti Azzurri, Ats 18-U.M. Marca Di Camerino e Ats 21-San Benedetto;
- l'assistenza domiciliare è la prima voce di spesa sociale negli Ats 03-U.M. Catria e Nerone, Ats 15-Macerata e Ats 23-U.C. Vallata del Tronto;
- il sostegno socioeducativo territoriale e/o domiciliare è il servizio prevalente per spesa assorbita negli ATS: Ats 08-Senigallia e Ats 24-U.M. Monti Sibillini;
- solo nell' Ats 05-U.M. Montefeltro la prima voce di spesa è rappresentata da forme indirette di assistenza domiciliare quali Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario.

Un ulteriore fattore di differenziazione, interessante per arricchire l'esame del diverso impegno economico ma anche procedurale tra gli ATS, è rappresentato dall'intensità di intervento, misurata, seppur in modo poco raffinato, dal livello di spesa per singolo caso/utente.

A parità di casistica gestita dai servizi comunali, la consistenza dell'intervento pubblico è più intensa negli Ats 08-Senigallia, Ats 18-U.M. Marca Di Camerino, Ats 22-Ascoli Piceno dove il valore dell'intervento sul singolo caso supera i mille euro, a fronte di un valore medio regionale che si attesta a circa 500 euro, e con 10 ATS al di sotto di tale valore medio regionale.

Fig. 7 – Intensità della presa in carico (utenti delle attività di servizio sociale professionale per 1000 residenti) – Anno 2018

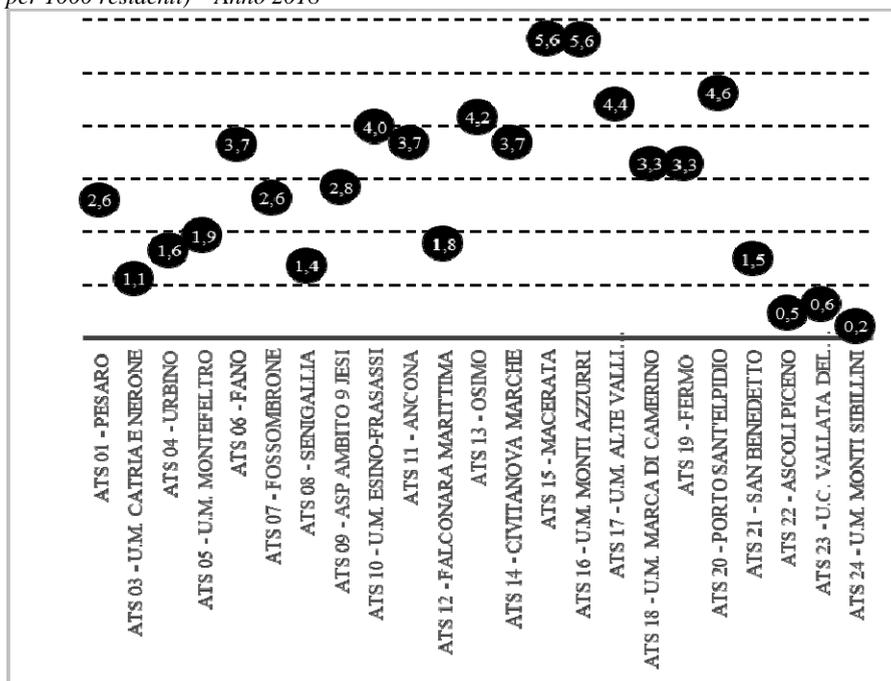
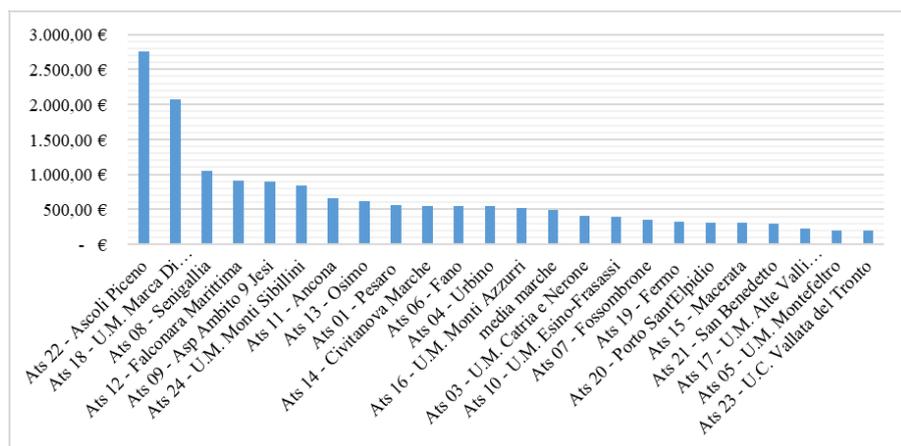


Fig. 8 - Spesa sociale per singolo caso/utente – Anno 2018



Tab. 1 – Fonti di finanziamento della spesa sociale (a) dei Comuni singoli e associati – Anno 2018 – Valori percentuali

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Anno 2018		
	Risorse proprie dei Comuni singoli e associati	Risorse Regionali, Statali, Ue e Altri enti	Totale
Piemonte	56,7	43,3	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	15,0	85,0	100,0
Liguria	66,0	34,0	100,0
Lombardia	77,4	22,6	100,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	11,8	88,2	100,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	...	...	....
<i>Trento</i>	11,8	88,2	100,0
Veneto	73,0	27,0	100,0
Friuli-Venezia Giulia	19,6	80,4	100,0
Emilia-Romagna	76,9	23,1	100,0
Toscana	63,5	36,5	100,0
Umbria	53,7	46,3	100,0
Marche	65,7	34,3	100,0
Lazio	61,8	38,2	100,0
Abruzzo	50,6	49,4	100,0
Molise	38,4	61,6	100,0
Campania	52,8	47,2	100,0
Puglia	54,4	45,6	100,0
Basilicata	32,7	67,3	100,0
Calabria	39,8	60,2	100,0
Sicilia	46,8	53,2	100,0
Sardegna	13,7	86,3	100,0
Nord-ovest	70,2	29,8	100,0
Nord-est	60,1	39,9	100,0
Centro	62,2	37,8	100,0
Sud	51,2	48,8	100,0
Italia	59,6	40,4	100,0

(a) La percentuale è calcolata sulla “spesa netta” ossia la spesa decurtata dalle quote di compartecipazione degli utenti e del SSN

Tab. 2 – Spesa (a) totale e pro capite. Valori assoluti e variazioni - Anni 2018 e 2008

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Anno 2018		Anno 2008		Variazioni 2008-2018	
	Spesa (a)		Spesa (a)		Spesa totale	Spesa pro capite
	Totale (€)	Pro capite (€)	Totale (€)	Pro capite (€)	%	€
Piemonte	554.608.625	127	621.626.958	141	-11%	-14
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	26.384.852	210	33.272.949	263	-21%	-53
Liguria	218.191.660	140	1.164.929.686	120	-81%	20
Lombardia	1.347.377.988	134	248.727.454	246	442%	-112
Trentino-Alto Adige/Südtirol Bolzano/Bozen	418.973.930	392	103.818.844	209	304%	183
Trento (c)	286.158.350	540	144.908.610	281	97%	260
Veneto	132.815.580	246	538.851.761	111	-75%	135
Friuli-Venezia Giulia	534.528.540	109	258.974.626	211	106%	-102
Emilia-Romagna	336.502.986	277	222.439.539	138	51%	139
Toscana	771.067.007	173	723.457.974	168	7%	5
Umbria	511.741.952	137	481.426.556	130	6%	7
Marche	83.170.439	94	84.881.434	95	-2%	-1
Lazio	165.194.901	108	166.487.294	107	-1%	1
Abruzzo	884.677.778	150	750.904.855	134	18%	16
Molise	95.237.681	73	86.156.607	65	11%	8
Campania	21.434.928	70	13.255.436	41	62%	29
Puglia	325.094.686	56	312.039.395	54	4%	2
Basilicata	293.170.284	73	224.936.434	55	30%	18
Calabria	33.605.075	59	34.129.675	58	-2%	1
Sicilia	42.384.124	22	60.901.905	30	-30%	-8
Sardegna	409.301.217	82	354.047.507	70	16%	12
Nord-ovest	399.661.883	243	280.935.555	168	42%	75
Nord-est	2.146.563.125	133	2.042.269.132	129	5%	4
Centro	2.061.072.463	177	1.770.011.815	155	16%	22
Sud	1.644.785.070	137	1.483.700.139	126	11%	11
Isole	810.926.778	58	731.419.452	52	11%	6
ITALIA	808.963.100	122	634.983.062	95	27%	27
ITALIA	7.472.310.536	124	6.662.383.600	111	12%	13

(a) Spesa: Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nel 2018 per l'erogazione dei servizi o degli interventi socioassistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi (spesa gestita direttamente). Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio (spesa gestita indirettamente). La spesa è indicata in euro, al netto della compartecipazione degli utenti e del Servizio sanitario nazionale. Spesa pro capite: rapporto tra spesa e popolazione residente nella regione o ripartizione geografica.

Tab. 3 – Spesa sociale per ente gestore e stima della % di spesa gestita in forma associata

ATS delle Marche	Spesa sociale (€)						
	Totale	Gestita da ente Associato	Gestita da Comune singolo	% associata	Comune singolo - di cui in qualità di capofila	ente associato + Comune singolo capofila	% associata - stima aggiornata
	(1) = (2) + (3)	(2)	(3)	(4) = (2)/(1)	(5)	(6) = (5)+(2)	(7) = (6)/(1)
Ats 01 - Pesaro	17.308.104,00	649.381,00	16.658.723,00	3,8%	1.368.757,00	2.018.138,00	11,7%
Ats 03 - U.M. Carria e Nerone	1.735.840,00	898.603,00	837.237,00	51,8%	185.711,00	1.084.314,00	62,5%
Ats 04 - Urbino	5.226.977,00	358.352,00	4.868.625,00	6,9%	1.630.753,00	1.989.105,00	38,1%
Ats 05 - U.M. Montefeltro	1.736.697,00	926.307,00	810.390,00	53,3%	8.609,00	934.916,00	53,8%
Ats 06 - Fano	10.995.593,00	-	10.995.593,00	0,0%	2.387.424,00	2.387.424,00	21,7%
Ats 07 - Fossombrone	2.832.589,00	-	2.832.589,00	0,0%	835.603,00	835.603,00	29,5%
Ats 08 - Senigallia	8.065.629,00	22.589,00	8.043.040,00	0,3%	8.028.040,00	8.050.629,00	99,8%
Ats 09 - Asp Ambito 9 Jesi	12.920.207,00	8.792.933,00	4.127.274,00	68,1%	126.424,00	8.919.357,00	69,0%
Ats 10 - U.M. Esino-Frasassi	3.118.633,00	1.350.555,00	1.768.078,00	43,3%	13.165,00	1.363.720,00	43,7%
Ats 11 - Ancona	16.928.968,00	-	16.928.968,00	0,0%	16.928.968,00	16.928.968,00	100,0%
Ats 12 - Falconara Marittima	6.994.132,00	598.240,00	6.395.892,00	8,6%	507.640,00	1.105.880,00	15,8%
Ats 13 - Osimo	8.198.810,00	-	8.198.810,00	0,0%	1.252.067,00	1.252.067,00	15,3%
Ats 14 - Civitanova Marche	12.614.196,00	-	12.614.196,00	0,0%	963.941,00	963.941,00	7,6%
Ats 15 - Macerata	11.168.951,00	-	11.168.951,00	0,0%	3.357.547,00	3.357.547,00	30,1%
Ats 16 - U.M. Monti Azzurri	5.390.329,00	2.917.780,00	2.472.549,00	54,1%	17.470,00	2.935.250,00	54,5%

Ats 17 - U.M. Alte Valli Potenza-Esino	3.555.444,00	1.726.408,00	1.829.036,00	48,6%	1.726.408,00	48,6%
Ats 18 - U.M. Marca Di Camerino	1.693.541,00	818.153,00	875.388,00	48,3%	818.153,00	48,3%
Ats 19 - Fermo	9.191.806,00	-	9.191.806,00	0,0%	1.646.254,00	17,9%
Ats 20 - Porto Sant'Elpidio	5.515.209,00	-	5.515.209,00	0,0%	2.335.054,00	42,3%
Ats 21 - San Benedetto	8.824.977,00	235.536,00	8.589.441,00	2,7%	576.444,00	9,2%
Ats 22 - Ascoli Piceno	8.399.753,00	-	8.399.753,00	0,0%	2.088.552,00	24,9%
Ats 23 - U.C. Vallata del Tronto	1.836.172,00	1.607.000,00	229.172,00	87,5%	350,00	87,5%
Ats 24 - U.M. Monti Sibillini	942.344,00	595.017,00	347.327,00	63,1%	10.946,00	64,3%
Marche	165.194.901,00	21.496.854,00	143.698.047,00	13,0%	44.269.719,00	39,8%

Riferimenti bibliografici

- Istat (2018), *Interventi e servizi sociali dei Comuni*, <https://dati.istat.it/>
- CISIS (2013), *Il Nomenclatore degli interventi e servizi sociali* <https://www.cisis.it/nomenclatore/nomenclatore13.pdf>
- Centro Documentazione e Studi Comuni Italiani (2018), *Spesa socioassistenziale dei Comuni italiani – Quaderni 1/18*, centrodocumentazionecomuni.it
- ANCI - CITTALIA (2021), *Fondazione ANCI Spesa sociale dei comuni* (dati 2018), www.fondielfare.it/spesa-sociale-dei-comuni/
- Pelliccia L. (2021), *Avanza la spesa sociale: cosa cambia per il welfare lombardo*, <http://www.lombardiasociale.it/2021/07/12/avanza-la-spesa-sociale-dei-comuni-cosa-cambia-per-il-welfare-lombardo/>
- Pelliccia L. (2019), *Le novità sulla spesa sociale dei comuni*, <http://www.lombardiasociale.it/2019/02/13/le-novita-sulla-spesa-sociale-dei-comuni/>
- Pelliccia L. (2019), *Le traiettorie evolutive della spesa per il welfare locale*, <https://welforum.it/le-traiettorie-evolutive-della-spesa-per-il-welfare-locale/>
- Pelliccia L. (2018), *La ripartenza della spesa sociale*, <http://www.lombardiasociale.it/2018/02/12/la-ripartenza-della-spesa-sociale>
- Gruppo Solidarietà (2021), *Il finanziamento degli interventi sociali, sociosanitari, sanitari* <http://www.grusol.it/apriInformazioniN.asp?id=6092>

Il quadro delle politiche di settore

4.1 servizi socioeducativi per la prima infanzia

di Paola Nicolini*, Valter Chiani**

Introduzione

Sono passati 50 anni, proprio mentre siamo al lavoro su questo testo, dalla Legge 1044 del 6.12.1971 che istituiva ufficialmente l'asilo nido come servizio sociale di base, ed è di questi giorni la pubblicazione della prima bozza degli "Orientamenti nazionali per i servizi educativi per l'infanzia", (0-3 anni) a opera della Commissione nazionale per il sistema integrato di educazione e di istruzione (art. 10 decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65).

I primi nidi sono nati in Italia alla fine degli anni '60, grazie alla lungimiranza e all'impegno politico di amministratrici come Adriana Lodi che, a quel tempo, andò in Svezia a studiare come avevano organizzato il sistema dei nidi. I servizi partono in quel momento come strumenti di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie, a sostegno della possibilità per le donne e per le madri di entrare pienamente nel mondo del lavoro, tenendo in considerazione il loro doppio carico di attività tra famiglia e impiego. Da quel momento in poi l'offerta socioeducativa si è ampliata, articolandosi e diversificandosi, via via che si acquisiva anche consapevolezza dell'importanza dei primi anni di vita come irripetibile periodo di acquisizioni veloci per gli esseri umani, grazie a un sistema nervoso altamente plastico, ma anche come un periodo *critico* perché non più ripresentabile con quelle caratteristiche durante le successive fasi della vita.

La conoscenza scientificamente basata sull'infanzia e le sue caratteristiche evolutive (Bronfenbrenner 1979), nonché sulle necessità sempre più ampia e attendibile, ha impresso un forte impulso alla qualificazione dei servizi e del personale coinvolto (Puliatti, Occhipinti 2006), fino ad appro-

* Docente di Psicologia dello sviluppo e dell'educazione all'Università di Macerata, psicologa e psicoterapeuta.

** Responsabile dei Servizi alla persona e alla famiglia del Comune di Pesaro e membro del Gruppo di lavoro Regione Marche per la promozione del coordinamento pedagogico.

dare alle attuali prospettive del sistema integrato 0-6, che intende connettere i servizi dedicati ai bambini e le bambine tra 0 e 3 anni con la scuola per l'infanzia, dedicata alla fascia 3-6) in una visione che imprime continuità a esperienze molto diverse per origini, organizzazione, istituzionalizzazione e modalità di conduzione.

4.1. La legge 1971 n. 1044

Nel 1971 viene approvata la legge 1971 n. 1044 “Piano quinquennale per l'istituzione di asili nido comunali con il concorso dello Stato” che sancisce il primo impegno da parte dello Stato di adoperarsi per l'istituzione e la gestione di 3800 asili nido comunali dislocati sul territorio nazionale. Al fine di realizzare l'obiettivo lo stato assegna alle Regioni dei fondi speciali per la concessione di contributi in denaro ai comuni (art. 1, art. 2). Gli asili nido sono legati al concetto di assistenza, hanno lo scopo di custodire bambini e bambine in assenza della madre e di fornire sostegno alla famiglia, che via via stava cambiando volto grazie al progressivo inserimento delle donne nel mondo del lavoro, nel quadro di un completo sistema di sicurezza sociale.

La Legge enuncia una serie di principi che definiscono le caratteristiche del servizio, per quanto riguarda la costruzione, la gestione e il controllo che devono: essere realizzati in modo da rispondere alle esigenze delle famiglie, sia per localizzazione sia per modalità di funzionamento; essere gestiti con la partecipazione delle famiglie e delle rappresentanze delle formazioni sociali organizzate nel territorio; essere dotati di personale qualificato sufficiente e idoneo a garantire l'assistenza sanitaria e psico-pedagogica a bambine e bambini; possedere requisiti tecnici, edilizi e organizzativi tali da garantire l'armonico sviluppo dell'infanzia che sono chiamati a educare.

La Legge affida al governo di Regioni e Comuni la gestione degli asili, e ne sancisce una gestione sociale attraverso l'affidamento delle decisioni al comitato di gestione, composto da rappresentanti dei genitori e del personale.

4.2. La legge 23 del 1973 della Regione Marche e le sue ricadute sul territorio

La Regione Marche si dota di una propria legge il 27 agosto 1973, la n. 23 dal titolo “Costruzione, gestione e controllo degli asili nido comunali di cui alla legge 6 dicembre 1971, n. 1044”. Il nido vi è inquadrato come una struttura assistenziale e un servizio sociale e alla persona, concorrendo alla prevenzione in ambito sanitario.

In un convegno tenutosi all'Università di Macerata il 24 novembre del 1984, dopo circa 10 anni, si fa il punto sull'attuazione della Legge 1044 nelle Marche al 31.12.1983. I dati riportati in una tabella presente negli Atti (Corsi, Pojaghi 1987) indicano 56 asili nido attivi, per un totale di 2008 posti, totalmente coperti dalle relative iscrizioni. A questi si aggiungono altri 6 la cui costruzione è terminata ma non sono ancora aperti e 32 in costruzione. Ancora attivi al tempo 28 asili ex ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia)¹ che offrivano posti a 1273 bambine e bambini, tutti coperti.

4.3. La Legge regionale 9 del 2003

La Legge 23 del 1973 è stata abrogata successivamente dall'art. 22 della Legge regionale 9 del 13 maggio 2003, n. 9 "Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l'infanzia, l'adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie", che regola per la prima volta in modo sistematico tutti i servizi di carattere extra-scolastico. Vi si affrontano le definizioni, le autorizzazioni, le modalità di accreditamento, le figure professionali impegnate e il coordinamento pedagogico, accanto al sistema di *governance* che coinvolge gli Ambiti Territoriali Sociale e richiede il coinvolgimento delle famiglie.

I servizi per la prima infanzia nella Regione Marche avevano consolidato negli anni la funzione di servizio educativo e di risposta personalizzata ai bisogni dei bambini e delle loro famiglie. La legge regionale del 2003 ha inteso riequilibrare e incrementare la presenza dei servizi sul territorio costituendo in tal modo una rete di opportunità educative e sociali che, in stretta integrazione con le famiglie, è tesa a sostenere la crescita e il benessere psicofisico dei bambini e delle bambine. Ai servizi per l'infanzia e l'adolescenza è richiesto di garantire sostegno al ruolo genitoriale e alla esigenza di avere luoghi che offrano al tempo stesso occasione di socializzazione positiva, incontro per i bambini e le bambine, e confronto tra adulti per i genitori. Per questi motivi, accanto al nido d'infanzia, compaiono nuovi servizi integrativi, orga-

¹ La Legge del 10 dicembre 1925 costituisce, per la prima volta nella storia italiana, un ente parastatale specificatamente finalizzato all'assistenza sociale della maternità e dell'infanzia, con lo scopo di offrire protezione e assistenza della maternità, protezione dell'allattamento materno, igiene sociale della prima infanzia, profilassi antitubercolare infantile, igiene scolastica, educazione fisica, protezione igienica del fanciullo nel lavoro, repressione degli abusi della patria potestà, protezione sociale del fanciullo nella vita, repressione degli abusi e dei delitti contro l'infanzia, educazione dei fanciulli anormali, assistenza e protezione dei fanciulli materialmente o moralmente abbandonati, prevenzione della mendicizia, del vagabondaggio e della criminalità dei minorenni, rieducazione dei fanciulli travati, trattamento per i delinquenti.

nizzati con criteri di massima flessibilità per quanto riguarda gli orari e la presenza o meno di figure parentali come ad esempio centri per l'infanzia, spazi per bambini, bambine e per famiglie, centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti, servizi itineranti, servizi domiciliari di appoggio alle funzioni educative familiari, servizi di sostegno alle funzioni genitoriali.

Da servizio a carattere prevalentemente sociosanitario, il sistema dell'offerta di sostegno allo sviluppo nei primi anni di vita si avvia a prendere le forme di un'offerta a carattere socioeducativo, man mano che al bambino e alla bambina viene riconosciuta la capacità di esercitare le proprie competenze fin dai primi giorni di vita, e che i primi anni assumono un peso sempre più importante in termini di apprendimento di schemi mentali fondamentali. La qualità dell'offerta e la qualificazione degli operatori e delle operatrici dominano il dibattito, e via via si riconosce il valore dell'educazione nei servizi alla prima infanzia, in un primo momento percepiti come un ripiego e un'alternativa di minor valore alla relazione con la madre, per dare la possibilità a quest'ultima di poter lavorare e, per questi stessi motivi, dedicati maggiormente a famiglie economicamente più svantaggiate.

Prende piede una cultura dell'educazione dell'infanzia che vede i nidi sempre più protagonisti specializzati nella cura dello sviluppo nei primi anni di vita, con un necessario cambio di passo verso una migliore qualificazione che richiede formazione permanente, lavoro di gruppo, riunioni di équipe.

Un report del 2012, fruibile online, indica che nelle Marche sono disponibili 22 posti ogni 100 bambini in età 0–3 anni contro i 33 previsti dall'obiettivo di Lisbona, con un trend in crescita.

4.4. La legge 107/2015 “Buona Scuola” e il sistema integrato 0-6

La legge 107/2015 cosiddetta della “Buona Scuola”, che riforma il sistema nazionale di istruzione e formazione, prevede tra l'altro l'istituzione di un sistema integrato di educazione e istruzione da 0 a 6 anni per garantire, sin dalla nascita, pari opportunità di educazione e di istruzione, di cura, di relazione e di gioco a tutti i bambini e le bambine, concorrendo a eliminare disuguaglianze e barriere territoriali, economiche, etniche e culturali attraverso il superamento della dicotomia tra servizi educativi per la prima infanzia e la scuola dell'infanzia, volendo costruire un percorso educativo e formativo unitario, pur nel rispetto delle specificità di ciascun segmento.

Il Sistema integrato di educazione e di istruzione è costituito quindi dai servizi educativi per l'infanzia e dalle scuole dell'infanzia statali e paritarie, così come specificato all'art. 2 del D.Lgs n. 65/2017. Esso assolve a diverse finalità e compiti:

- promuove la continuità del percorso educativo e scolastico, con particolare riferimento al primo ciclo di istruzione, sostenendo lo sviluppo delle bambine e dei bambini in un processo unitario, in cui le diverse articolazioni del Sistema integrato di educazione e di istruzione collaborano attraverso attività di progettazione, di coordinamento e di formazione comuni;
- concorre a ridurre gli svantaggi culturali, sociali e relazionali e favorisce l'inclusione di tutte le bambine e di tutti i bambini attraverso interventi personalizzati e un'adeguata organizzazione degli spazi e delle attività;
- accoglie le bambine e i bambini con disabilità certificata ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nel rispetto della vigente normativa in materia di inclusione scolastica;
- rispetta e accoglie le diversità ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione della Repubblica italiana;
- sostiene la primaria funzione educativa delle famiglie, anche attraverso organismi di rappresentanza, favorendone il coinvolgimento, nell'ambito della comunità educativa e scolastica;
- favorisce la conciliazione tra i tempi e le tipologie di lavoro dei genitori e la cura delle bambine e dei bambini, con particolare attenzione alle famiglie monoparentali;
- promuove la qualità dell'offerta educativa avvalendosi di personale educativo e docente con qualificazione universitaria e attraverso la formazione continua in servizio, la dimensione collegiale del lavoro e il coordinamento pedagogico territoriale.

In applicazione della legge 107/2015, per assolvere alle funzioni tecniche e organizzative attribuite alle Regioni dal Decreto Legislativo n. 65 del 13/04/2017, la Regione Marche ha provveduto a formalizzare l'istituzione del "Tavolo Regionale di programmazione per il Sistema Integrato di Educazione e Istruzione dalla nascita a 6 anni di età" e il "Gruppo di Lavoro regionale per la promozione del coordinamento pedagogico" finalizzati alla promozione del Sistema Integrato di educazione e istruzione dalla nascita a 6 anni.

La posizione della Regione Marche in ordine all'attuazione del dettato del Decreto del 2017 appare molto esigente, e si dota di due strumenti di lavoro, in ottemperanza a quanto indicato: il Tavolo regionale per la programmazione 0-6 e il Gruppo di lavoro per la promozione del coordinamento pedagogico.

Per quanto attiene al "Tavolo regionale", la Regione stabilisce che ne sono parte il Dirigente della P.F. Istruzione, Formazione, Orientamento e Servizi Territoriali per la formazione e servizi per il mercato del Lavoro (Centri per l'impiego), che lo presiede; il Dirigente del Servizio Politiche Sociali o suo delegato; il Dirigente della P.F. Edilizia, Espropriazione e Gestione del patrimonio" o suo delegato; il Direttore dell'Ufficio Scolastico Regionale o suo

delegato; un rappresentante dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani (A.N.C.I.) Marche e un rappresentante A.N.C.I. Piccoli Comuni; un rappresentante dell'Unione Nazionale Comuni Comunità enti Montani Marche; un rappresentante del Gruppo di Lavoro Regionale per la promozione del Coordinamento Pedagogico territoriale, nominato dagli Ambiti Territoriali Sociali; un rappresentante del Dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università di Macerata e della Scuola di Scienze della Formazione dell'Università di Urbino; un rappresentante del Forum regionale delle associazioni genitori della Scuola; un rappresentante delle federazioni/associazioni regionali per le scuole paritarie; un rappresentante per ciascuna delle confederazioni sindacali più rappresentative; l'Ombudsman-Assemblea Legislativa delle Marche.

Gli esiti dei lavori del "Tavolo" devono essere condivisi con il Tavolo Interistituzionale regionale per l'Istruzione istituito dalla Giunta regionale con delibera n. 436 del 2 maggio 2017.

Oltre al "Tavolo" sopra descritto la Regione Marche, con decreto dirigenziale n. 130 del 14/02/2018, ha costituito il "Gruppo di lavoro regionale per la promozione del coordinamento pedagogico" quale strumento tecnico operativo con lo specifico compito di formulare ipotesi per le linee guida regionali e approfondimenti sul coordinamento pedagogico. È composto da cinque esperti in materia di coordinamento pedagogico, uno per provincia, in rappresentanza dei 23 Ambiti Territoriali Sociali regionali; quattro rappresentanti delle università marchigiane.

Dei cinque rappresentanti degli Ambiti Territoriali Sociali sarà designato un rappresentante che farà parte del Tavolo Regionale di programmazione per il Sistema Integrato di Educazione e di Istruzione dalla nascita a 6 anni di età, con compiti di condivisione. Nella stessa delibera sono individuati gli esperti delle Università di Urbino e di Macerata, quali Atenei impegnati istituzionalmente nella Formazione di personale educativo e scolastico. Inoltre viene indicata la durata in carica dei due organismi come connessa alla cadenza della legislatura regionale.

Su proposta tecnica di questo Gruppo l'8 aprile 2019, con delibera n. 304, la giunta regionale delle Marche, ha approvato gli "Indirizzi per la costituzione e il funzionamento dei coordinamenti pedagogici territoriali per il sistema integrato di educazione e di istruzione dalla nascita ai sei anni".

In ogni Ambito Territoriale Sociale è previsto un Coordinamento Pedagogico Territoriale caratterizzato come équipe di professionisti dell'educazione preposti alla promozione, qualificazione, monitoraggio e valutazione della qualità dei servizi e delle attività educative per la popolazione 0-6 anni del territorio di riferimento.

Sono indicati nella delibera come compiti specifici del Coordinamento Pedagogico Territoriale:

- effettuare analisi e ricerche e monitorare la qualità della vita infantile, i bisogni e le esigenze educative dei bambini 0-6 anni e delle loro famiglie;
- supportare professionalmente il lavoro pedagogico dei singoli coordinatori pedagogici dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia, anche per la costituzione e l'avvio di Poli per l'infanzia;
- promuovere la documentazione educativa, la valorizzazione e lo scambio delle buone pratiche educative e di gestione di servizi educativi e scuole dell'infanzia, anche con l'attivazione di centri di documentazione e ricerca pedagogica territoriale 0-6, quale possibile luogo di incontro/scambio, nonché di riferimento identitario sul territorio in materia 0-6;
- analizzare i bisogni formativi degli operatori dei servizi e delle scuole e promuovere e curare iniziative di formazione in servizio per tutto il personale del Sistema integrato di educazione e di istruzione;
- mettere a punto metodiche e strumenti per la rilevazione e misurazione della qualità dei servizi educativi erogati e coordinarne la implementazione in accordo con i soggetti gestori;
- curare la coerenza e la continuità di linee educative tra i servizi 0-3 e 3-6 e con il primo ciclo della scuola primaria, in accordo con le linee guida pedagogiche nazionali per il sistema integrato di educazione e istruzione, anche con l'attuazione di progettualità specifiche in equipe multidisciplinari;
- avanzare proposte ai responsabili locali e regionali per il sostegno e il miglioramento della qualità del Sistema integrato di educazione ed istruzione dalla nascita ai sei anni;
- favorire l'attivazione e la diffusione di iniziative, progettualità e servizi innovativi 0-6 anni e di sostegno della genitorialità;
- favorire e sostenere la qualità della crescita della "rete" dei servizi educativi 0-6 in collaborazione con tutte le agenzie del territorio, a favore di una reale integrazione educativa, sociale e sanitaria territoriale;
- favorire e sostenere l'inclusività del sistema educativo e scolastico, per l'integrazione delle diversità e disabilità;
- favorire e sostenere la partecipazione delle famiglie all'interno dei servizi e delle progettualità 0-6.

Il Coordinamento Pedagogico Territoriale in ogni Ambito è composto da: i coordinatori pedagogici di tutti i servizi educativi 0-3 pubblici e privati individuati secondo quanto previsto dalla Legge regionale 9 del 2003; i coordinatori pedagogici delle scuole d'infanzia statali o, nella fase transitoria di costituzione di questo ruolo, da figure di sistema individuate dagli istituti scolastici statali o da reti di questi istituti, secondo le indicazioni dell'Ufficio Sco-

lastico Regionale e in base al “Protocollo d’Intesa con l’Ufficio Scolastico Regionale per la promozione del coordinamento pedagogico nell’ambito del Sistema Integrato di educazione e istruzione dalla nascita sino a sei anni”, approvato con il decreto di giunta regionale n. 1487 del 12/11/2018 e sottoscritto in data 20 febbraio 2019; i coordinatori pedagogici delle scuole dell’infanzia paritarie. Ogni Ambito, con atto del Coordinatore sociale d’Ambito, sentito il Comitato dei Sindaci, individua il referente del Coordinamento Pedagogico Territoriale esperto in materia. Tale figura presiede e coordina i lavori del Coordinamento Pedagogico Territoriale e ne è referente per l’Ambito Territoriale Sociale e per le istituzioni scolastiche locali e regionali. Si stabilisce che il Coordinamento debba riunirsi almeno tre volte l’anno e adottare le proprie scelte in forma consensuale.

La Regione si riserva un ruolo centrale nella costruzione e nell’avvio dei Coordinamenti Pedagogici Territoriali nell’attivare i coordinatori pedagogici già presenti nei servizi pubblici e privati 0-3, come previsto dalla Legge Regionale 9 del 2003. Un altro compito che la Regione si assume è quello di promuovere la sperimentazione della figura del coordinatore pedagogico per le scuole d’infanzia statali, per le quali questa figura non è prevista, in accordo con l’Ufficio scolastico regionale e con accordi di rete tra istituzioni scolastiche statali. In parallelo, la stessa azione sarà svolta a favore della sperimentazione della figura del coordinatore pedagogico per le scuole d’infanzia paritarie private, in questo caso d’intesa e con accordi di rete tra istituzioni scolastiche paritarie.

Nella deliberazione, la Regione indica anche l’opportunità di stipulare apposite collaborazioni con le Università delle Marche allo scopo di:

- a) curare la costruzione di un sistema informativo regionale 0-6 anni di analisi dei dati sulla popolazione 0-6;
- b) offrire sostegno metodologico e scientifico ai CPT per il monitoraggio e la valutazione della qualità dei servizi educativi e scuole d’infanzia del sistema di educazione ed istruzione 0-6 anni;
- c) curare ricerche e indagini sulla qualità della vita dell’infanzia 0-6 anni nella Regione Marche;
- d) analizzare i bisogni formativi e curare azioni formative rivolte a coordinatori, equipe, educatori/insegnanti, genitori;
- e) progettare e fornire supporto scientifico a sperimentazioni educative nel sistema 0-6 anni.

Infine alla Regione spetta il compito di curare il monitoraggio e la verifica della costituzione e del funzionamento dei Coordinamenti Pedagogici Territoriali attraverso il lavoro svolto dal “Gruppo di lavoro regionale per la promozione del coordinamento pedagogico”.

4.5. La situazione attuale dei servizi socioeducativi nelle Marche

Sono diffuse su tutto il territorio marchigiano diverse tipologie dei servizi socioeducativi dedicati all'infanzia 0-6 anni, come mostra una mappa presente nel sito dell'Istituto Scolastico Regionale aggiornata all'anno 2020, secondo la consultazione operata a gennaio 2022.

La mappa mostra come i servizi socioeducativi dedicati all'infanzia siano presenti un po' in tutto il territorio marchigiano, da nord a sud, con una migliore distribuzione nella fascia costiera. Restano più scoperte le aree collinari del pesarese, del maceratese e dell'ascolano, per una popolazione tra 0 e 6 anni diffusa su tutto il territorio marchigiano di circa 60.000 unità tra bambini e bambine (Tab. 1 secondo l'estrazione del 25.01.2022, da Istat).

Tab. 1 - Numero di bambini e bambine presenti sul territorio marchigiano

Età	Maschi	Femmine	Totale
0 anni	4902	4560	9462
1 anni	5077	4650	9727
2 anni	5263	4995	10258
3 anni	5545	5263	10808
4 anni	5968	5551	11519
5 anni	6052	5907	11959

La situazione però potrebbe essere in parte cambiata in seguito alla pandemia, che ha influito sulla possibilità di sopravvivenza nella conduzione dei servizi di carattere privato come quella che per la maggior parte caratterizza gli asili nido e le altre forme educative assimilabili per la fascia 0-3.

Per quanto riguarda i bambini e le bambine tra zero e fino al compimento dei 3 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi, o servizi integrativi e innovativi) sul totale della popolazione marchigiana in età 0-3 anni, la Tab. 2 che segue indica le percentuali negli ultimi 15 anni, secondo i dati Istat fino al 2019 (estrazione del 25.01.2022).

Tab. 2 - Percentuale di bambini/e tra zero e 3 anni che hanno usufruito di servizi per l'infanzia nella Regione Marche tra il 2004 e il 2019

<i>Anno</i>	<i>%</i>
2004	23,3
2005	17,2
2006	15,0
2007	15,5
2008	16,0
2009	16,2
2010	17,1
2011	17,2
2012	16,5
2013	15,7
2014	16,5
2015	15,9
2016	16,0
2017	15,8
2018	17,2
2019	18,4

Partite bene nei primi anni duemila con il picco più elevato, le frequenze hanno subito una flessione successiva, e solo nel 2019 si rileva una ripresa.

Il numero dei Comuni marchigiani che hanno attivato almeno un servizio per la fascia di età 0-3 si aggira negli ultimi anni intorno a poco più di 110, con un picco di 148 nel 2009, come mostra la Tab. 3, sempre secondo dati Istat.

È possibile che il progressivo calo demografico incida sui dati degli ultimi 10 anni, inducendo alcune chiusure. Da considerare anche lo spopolamento di alcune aree interne a seguito degli eventi sismici verificatisi tra il 2016 e il 2017, le cui conseguenze sono ancora in via di assorbimento.

Tab. 3 - Numero dei Comuni marchigiani che hanno attivato almeno un servizio per la fascia di età 0-3 tra il 2004 e il 2019

<i>Anno</i>	<i>Numero Comuni</i>
2004	124
2005	113
2006	122
2007	130
2008	137
2009	148
2010	132
2011	127
2012	129
2013	127
2014	127
2015	111
2016	117
2017	116
2018	111
2019	115

4.6. Problemi aperti e opportunità

I problemi aperti dall’attuazione del sistema integrato 0-6 hanno alla radice la differenza originaria del sistema delle scuole di infanzia e degli asili nido, che sono stati per lungo tempo governati da soggetti programmatori e regolativi diversi: le prime sotto il Ministero dell’istruzione, per lo più inserite in Istituti comprensivi (scuole statali), con personale formato secondo curricula universitari rigidamente strutturati allo stesso modo in tutto il territorio nazionale e selezionati centralmente, con le modalità di accesso secondo le graduatorie abilitanti; i secondi regolati dalle variegate normative regionali, con enti gestori a matrice per lo più comunale o privata, in alcuni casi accreditati, in cui il personale è impiegato sulla base di assunzioni tramite bando locale o a chiamata.

Questa eterogeneità pluridecennale ha oggi dei presupposti di superamento: dopo la legge 105 del 2015 e il Decreto Legislativo n. 65 del 2017 anche la programmazione dei finanziamenti e gli orientamenti educativi sono definiti a livello nazionale sia per i nidi/servizi 0-3 che per le scuole del-

l'infanzia e afferiscono al Ministero dell'istruzione, mentre rimane alle Regioni la potestà di definire gli standard strutturali, organizzativi e qualitativi dei Servizi educativi per l'infanzia.

Ma la diversa organizzazione di tipo amministrativo è ancora da comporre e ci sono diversi nodi ancora da sciogliere. Ne indichiamo due, di valore strategico per il sistema integrato in costruzione.

Il primo riguarda la figura del coordinatore pedagogico, presente nelle Marche per legge regionale n. 9/2003 nei servizi dedicati alla fascia di età 0-3 anni, ma non per quella 3-6 anni. Questa figura è di norma ricoperta da un esperto esterno al gruppo degli educatori/educatrici impegnati in un nido o altro servizio all'infanzia. Nel caso delle scuole d'infanzia, in particolare statali (le paritarie hanno già una figura di coordinatore che semmai va potenziata e qualificata) si pone per il MIUR il problema di introdurre nell'organico statale questo nuovo ruolo, individuarne i requisiti professionali e organizzativi e la copertura economica.

Il secondo è l'organizzazione dei cosiddetti Poli per l'infanzia, previsti dal Decreto Legislativo n. 65 del 2017 quali nuovi servizi che accolgono, in un unico plesso o in edifici vicini, più strutture di educazione e di istruzione per bambine e bambini fino a sei anni di età nel quadro di uno stesso percorso educativo, in considerazione dell'età e nel rispetto dei tempi e degli stili di apprendimento di ciascuno.

Si tratta di sperimentazioni ancora poco presenti nella Regione Marche e che peraltro potrebbero beneficiare dei finanziamenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che prevede notevoli investimenti strutturali per i servizi all'infanzia. La loro programmazione e i loro standards (spazi, professionalità, ecc.) devono ancora essere definiti secondo una intesa tra Ufficio Scolastico Regionale e Regione Marche.

Nel mentre sono oggetto di riflessione e di proposte queste questioni, sul piano della continuità formativa sono già in atto numerose iniziative da parte dei diversi Comuni e Ambiti Territoriali Sociali in tutta la Regione rivolte a educatrici, insegnanti, coordinatori pubblici e privati. È stato anche avviato nel 2021/2022 il primo corso di formazione regionale per coordinatori pedagogici nelle Marche.

La continuità e il raccordo dei due diversi "pezzi" sul piano dell'offerta educativa per la fascia di età 0-6 è in corso e, al momento, si sta rivelando produttiva di miglioramenti. È messa a fuoco in modo più dettagliato la scalarità delle offerte educative, tenendo conto in modo sempre più preciso delle specificità di ogni singola fascia di età. Questo permette di lavorare avendo meglio presenti le diverse "aree di sviluppo prossimale" legate alle conquiste nello sviluppo nei primi anni di vita (Vygotkij 1934).

La situazione rilevata indica comunque che è necessario intervenire per

rafforzare l'offerta educativa, considerata ormai condizione ottimale per una crescita armonica di bambine e bambini, in quanto capace di proporre contesti stimolanti per l'esercizio di tutte le intelligenze (Gardner 1993) e garantire soprattutto quell'interazione tra pari (Nicolini 2011) che è garanzia di motivazione all'apprendimento e strumento indispensabile di avanzamento lungo le tappe dello sviluppo sia cognitivo, sia affettivo che sociale.

Riferimenti bibliografici

- Bronfenbrenner U. (1979), *Ecologia dello sviluppo umano*, trad. it. Bologna: Il Mulino, 1986.
- Corsi M., Pojaghi B. (a cura di) (1987), *L'asilo nido. Un servizio educativo a gestione sociale. Atti del Convegno Regionale del 24 novembre 1984*, Macerata: Università di Macerata.
- Gardner H. (2011), *Formae Mentis. Saggio sulla pluralità delle intelligenze*, trad. it. Milano: Feltrinelli.
- Nicolini P. (2011) (a cura di), *Le dimensioni sociali nell'apprendimento e nella formazione. Il ruolo dell'interazione tra pari*, Parma: Junior-Spaggiari.
- Puliatti C., Occhipinti M.C. (2006), *Educatrici di asilo nido, manuale per la formazione di base*, Roma: Anicia.
- Vygotskij (1992), *Pensiero e linguaggio*, trad. it. Roma-Bari: Laterza.

Sitografia

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1971/12/15/071U1044/sg#:~:text=Gli%20asili%20nido%20hanno%20lo,completo%20sistema%20di%20sicurezza%20sociale.>

MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per le Marche: (istruzione.it)

<http://www.marche.istruzione.it>

<https://www.openpolis.it/esercizi/come-variano-opportunita-e-servizi-educativi-tra-province-e-comuni-delle-marche>

5. Le politiche per gli anziani e la non autosufficienza in Italia

di *Carlos Chiatti**, *Gianluca Causo***

5.1. Le politiche per gli anziani e la non autosufficienza in Italia

Il settore delle politiche per gli anziani e la non autosufficienza rappresenterà uno dei settori chiave dove si determinerà la sostenibilità del sistema di welfare pubblico italiano. Questo essenzialmente per due motivi. Innanzitutto, l'Italia si trova a pieno titolo tra i paesi del mondo in uno stadio di invecchiamento avanzato che sembra preludere a un vero e proprio inverno demografico. In altre parole, la domanda di assistenza è senz'altro destinata a crescere nei prossimi anni, nonostante i progressi fatti sul fronte dell'invecchiamento attivo e in buona salute. In secondo luogo, la riduzione dell'ampiezza dei nuclei familiari italiani (dovuto all'effetto del simultaneo innalzamento dell'età nella quale si diventa genitori per la prima volta e dell'abbassamento del numero di figli per coppia) fa sì che sempre più spesso ad una coppia di persone anziane che cominciano progressivamente a perdere la propria capacità di vivere in autonomia, faccia riferimento un unico figlio adulto in età lavorativa, spesso lui o lei stessa alle prese con la gestione di prole ancora con necessità di accudimento (Rosina, 2022). Questo significa che, nei prossimi anni, diminuirà l'offerta di assistenza informale, da parte delle famiglie.

Queste tendenze si manifestano in un contesto nazionale nel quale, seppur da tanto invocata, non si è mai realizzata una riforma complessiva ed una razionalizzazione dei servizi e sostegni a supporto della non autosufficienza. Chi già oggi si trova di fronte alla necessità di sostenere e assistere un proprio familiare anziano è chiamato ad attivarsi, districarsi ed essere regista di un sistema piuttosto articolato (ma a volte non integrato) di possibili sostegni e supporti, di natura economica, fiscale o assistenziale.

* Ricercatore di organizzazione sanitaria e sociale; Founder Tech4Care srl, Falconara Marittima (AN).

** Responsabile area non autosufficienza - Direzione Politiche Sociali, Regione Marche.

In assenza di riforme, alcune caratteristiche del sistema italiano emergono comunque con evidenza a livello nazionale, al di là delle inevitabili differenziazioni regionali. L'Italia è un paese che si distingue nel panorama degli studi comparati di welfare per la accentuata prevalenza di forme di sostegno della non autosufficienza “*cash-based*”, rispetto ai cosiddetti servizi “*in-kind*”. Questo significa che il sistema italiano è sbilanciato a favore dei trasferimenti monetari (*cash*), mentre l'erogazione di servizi si è sviluppata in maniera minoritaria. I servizi domiciliari per anziani non autosufficienti, pur presenti sul territorio, non conoscono livelli di sviluppo e diffusione pari a quelli che si osservano nei paesi del Nord Europa (Genet et al, 2012)¹ e similmente la tendenza all'istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente, in particolare in Italia (Da Roit e Ranci, 2021), è tradizionalmente più limitata, fattore che ha limitato lo sviluppo dei servizi residenziali (Special Eurobarometer 2007).

Prevalenza di trasferimenti monetari, scarsità di servizi pubblici e centralità (anche culturale) delle responsabilità familiari rispetto alla cura degli anziani, hanno di fatto posto il caregiver familiare² al centro dell'intero sistema. In questo quadro, nel tempo è cresciuto e si è consolidato un elevato ricorso al lavoro privato di cura, ovvero l'impiego di assistenti familiari (cd. badanti) da parte delle famiglie dell'anziano non autosufficiente. Secondo l'Inps, citato da Pasquinelli e Rusmini (2021), le persone regolarmente occupate come badanti in Italia erano 407.000 alla fine del 2019, in gran parte donne (92%) e straniere (75%). A questi numeri vanno aggiunti i contratti attivati per colf (456.000) per un totale di circa 859.000 lavoratori per un volume di retribuzioni pari a quasi 5,7 miliardi di euro (dati INPS ela-

¹ In un contesto di scarsi dati comparabili a livello europeo si veda il lavoro di Genet e colleghi, nell'ambito del progetto EURHOMAP, che ha tentato di raccogliere le evidenze disponibili su caratteristiche, modelli e diffusione dei servizi di assistenza domiciliare in Europa. Il report è disponibile al link: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

In Italia, le modalità attraverso le quali i servizi domiciliari variano tra le Regioni e spesso anche all'interno della stessa Regione. Una distinzione può essere fatta tra il sistema delle Cure Domiciliari Integrate (ADI) garantito dal Servizio Sanitario e quello dei Servizi di Assistenza Domiciliari (SAD) erogato dagli Ambiti Territoriali Sociali e/o dai Comuni, anche se nella realtà i due potrebbero e in alcuni casi dovrebbe essere opportunamente integrati. Il primo garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità “l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative, infermieristiche e di aiuto infermieristico necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona” (Art. 22 del DPCM 12 gennaio 2017). Il secondo sistema garantisce invece prestazioni di natura principalmente tutelare, come verrà di seguito descritto.

² Vi sono diverse definizioni di questa figura importante. Per la definizione formale adottata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali si veda la nota 11 a pagina 88.

borati dall'Osservatorio Nazionale Domina, 2020)³. Stime suggeriscono poi che il numero reale di assistenti familiari abbia anche raggiunto 1,2 milioni di unità considerando anche la componente di lavoratori irregolari. A oggi, la sensazione è che la prevalenza di impieghi irregolari nel settore resti elevata nonostante gli incentivi fiscali previsti per la regolarizzazione degli assistenti e il boom delle regolarizzazioni avvenuto durante il periodo Covid.

Recentemente, rappresenta una nota positiva il rinnovato interesse dello Stato e l'avvio di una serie di iniziative (quali la Legge Delega sulla Non Autosufficienza e i contenuti del Piano Nazionale di Ripresa e resilienza, con le allegate prospettive di riforma) che indicano il chiaro intento dello stesso di acquisire centralità nel governo del settore, attraverso un riordino complessivo della materia (finalizzato a rendere più organica la stessa) e uno strutturale piano di finanziamenti del settore. Tra questi il rinnovato ruolo del Fondo Nazionale della Non Autosufficienza (FNA) che è cresciuto negli anni fino a raggiungere una consistenza di 591 milioni di euro nel 2020⁴.

Resta il fatto che i finanziamenti del FNA costituiscono una quota davvero minoritaria del totale della spesa per il settore (basti pensare 11 miliardi per l'indennità di accompagnamento confrontati ai 0,59 miliardi del FNA del 2019, anno del picco massimo di finanziamento del fondo) e che l'utilizzo territoriale di queste risorse non sembra stia garantendo omogeneità e organicità delle prestazioni⁵. Di fronte alle dimensioni del fenomeno e alle diverse strategie in corso di realizzazione nelle diverse regioni di Italia, si rivelano più che opportune analisi a livello territoriali quale la presente, per fornire panoramiche dell'attuale offerta di servizi nel settore della non autosufficienza nel contesto marchigiano.

5.2. Le Marche invecchiano: analisi dei bisogni negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Regione

L'Italia è uno dei paesi più longevi a livello mondiale e le Marche sono una delle regioni più longeve di Italia. Questo si riscontra sia considerando l'aspettativa di vita media, sia l'età media della popolazione che la presenza di over 75 sul totale della popolazione. Questo fa sì che la Regione Marche si collochi oggi tra le regioni al mondo con un livello di invecchiamento tra i più elevati.

³ 640mila stranieri che rimettono in patria circa 1,4 miliardi l'anno.

⁴ DPCM 21/11/19 e successivo DPCM 21/12/2020 (integrazione FNA 2020)

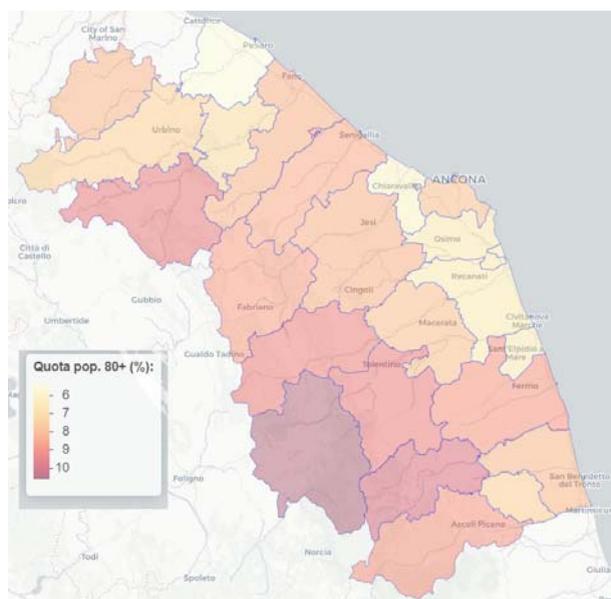
⁵ Anche dal punto di vista organizzativo-gestionale. Ad esempio, la normativa nazionale ha stabilito dei criteri solamente per l'intervento a favore delle persone cosiddette gravissime; alle Regioni è stato demandato il compito di stabilire criteri per le persone cosiddette gravi.

Tab. 1 - Indicatori e dati relativi al fenomeno dell'invecchiamento demografico, diffusione invalidità civile e stima della condizione di non autosufficienza negli ATS della Regione Marche

Ambito Territoriale Sociale	Popolazione 1° gennaio 2020			Indice vecchiaia	Invalidi civili		Stima non auto. 65+
	Totale (n.)	over 65 (%)	over 80 (%)		n.	%	
ATS1-Pesaro	139.330	23,8	5,4	138,2	7.933	5,7	4.510
ATS4-Urbino	41.356	24,4	7,4	185,5	2.561	6,2	1.372
ATS6-Fano	101.358	25,2	8,2	215	6.163	6,1	3.474
ATS7-Fossombrone	34.025	22,2	7,1	174,5	2.124	6,2	1.027
ATS9-ASP Jesi	105.466	25,2	8,2	195,5	5.432	5,2	3.615
ATS11-Ancona	99.077	26,5	7,9	211,1	5.085	5,1	3.571
ATS12-Falconara M.	69.240	25,1	6	160,6	3.489	5,0	2.364
ATS13-Osimo	83.190	22,8	6,6	170,7	3.623	4,4	2.580
ATS14-Civitanova M.	122.899	23,2	6,5	157,7	6.047	4,9	3.878
ATS15-Macerata	91.949	26,0	7,9	201,8	4.585	5,0	3.251
ATS19-Fermo	113.595	26,0	8,7	242,4	6.208	5,5	4.017
ATS20-Porto Sant'Elpidio	50.840	23,3	6,4	169,1	2.410	4,7	1.611
ATS21- San Benedetto d.T.	101.792	24,7	8,1	234,4	7.054	6,9	3.419
ATS22- Ascoli P.	67.145	27,6	8,7	309,3	5.260	7,8	2.520
ATS3- U.M. Catria e Nerone	20.670	28,4	9,4	273,1	1.744	8,4	798
ATS5- U.M. Montefeltro	19.758	25,6	8,1	197,3	1.541	7,8	688
ATS8- U.T. Marca Senone	77.521	26,3	8,4	223,4	4.657	6,0	2.773
ATS10- U.M. Esino Frasassi	45.230	26,4	8,5	219,1	2.785	6,2	1.624
ATS16- U.M. Monti Azzurri	38.647	28,0	9,3	246,1	2.076	5,4	1.472
ATS17- U.M. Potenza E.	31.575	28,5	9,2	252,6	1.812	5,7	1.224
ATS18- U.M. M. Camerino	13.472	29,4	10,6	351,5	702	5,2	539
ATS23- U.V. Tronto	31.079	24,0	7,5	202,3	2.217	7,1	1.014
ATS24- U.M. Sibillini	13.458	27,7	9,7	314	953	7,1	507
Totale	1.512.672				86.461		51.847

Fonte: ns. elaborazione su dati www.demo.istat.it e <http://statistica.regione.marche.it/Statistiche-multi-argomento/Ambiti-Territoriali-Sociali#>

Fig. 1 - Invecchiamento degli ATS marchigiani espresso come prevalenza popolazione over 80 sul totale



Fonte: ns. elaborazione su fonte demo.istat.it

Un'ulteriore caratteristica demografica della Regione Marche è la netta demarcazione tra le aree costiere e le cosiddette aree interne, dove il livello di invecchiamento della popolazione ha raggiunto livelli ancora più considerevoli. Come evidente dalla Tabella 1 e dalla mappa in Figura 1, sono in particolare i territori dell'ATS 3, 16, 17, 18, 22 e 24 quelli con il maggiore indice di vecchiaia (numero di anziani 65 e più presenti in una popolazione ogni 100 giovani). Si tratta di territori appenninici dove, ad eccezione di Ascoli Piceno, la maggior parte dei comuni sono di piccole dimensioni, oggetto di un progressivo processo di spopolamento che non sembra destinato a conoscere inversioni di tendenza.

Secondo l'ultima rilevazione Istat sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia (2021), il 13,6% delle persone over 65 nelle Marche ha una forma grave di limitazione della propria autosufficienza. Questa percentuale corrisponderebbe a circa 51mila persone che si troverebbero in condizioni di non autosufficienza. Partendo dalla stima Istat è possibile tentare anche una stima della prevalenza di questa condizione in ciascun ATS, assumendo fittiziamente che la prevalenza non vari tra i territori. Ovviamente questo esercizio di simulazione va preso con le dovute cautele, cio-

nonostante il confronto con il dato Inps relativo al numero degli invalidi civili negli stessi ATS, suggerisce una certa attendibilità della stima ottenuta con il parametro Istat.

5.3. L'offerta dei servizi domiciliari nella Regione Marche: il ruolo del Fondo per la non autosufficienza nazionale e regionale

Interventi di sostegno domiciliare per anziani non autosufficienti sono erogati nei territori della Regione Marche grazie alle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza. I beneficiari di questi interventi sono cresciuti nel tempo come conseguenza della costante crescita delle risorse del Fondo Nazionale a partire dalla sua istituzione nel 2006 con Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (art. 1, co. 1264). Il Fondo sostiene sia persone con gravissima disabilità che persone anziane non autosufficienti over 65 cd. gravi, con il fine ultimo di favorirne la permanenza presso il proprio domicilio ed evitando il rischio di istituzionalizzazione.

Come chiarito dal Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021, tali risorse sono da considerarsi aggiuntive rispetto a quanto destinato al settore da parte delle Regioni stesse nonché da parte delle autonomie locali e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria. Secondo le stime fornite nel Piano Nazionale per la Non Autosufficienza, il Fondo per le non autosufficienze ha un ruolo quantitativamente così limitato che nel 2019, quando raggiungeva il suo massimo storico (più di 587 milioni) valeva appena il 2% del totale delle prestazioni sociali erogate nell'ambito della disabilità.

Nelle Marche, il Fondo Regionale per gli anziani non autosufficienti è stato istituito con la legge regionale n. 32 del 01/12/2014 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia". L'articolo 23 della L.R. n. 32/2014 (comma 2) stabilisce inoltre che tale fondo "è destinato al finanziamento delle prestazioni e dei servizi sociali forniti dai soggetti pubblici e privati autorizzati, e in particolare all'attivazione e al rafforzamento di servizi socio-assistenziali atti prevalentemente a favorire, anche attraverso servizi di sollievo alla famiglia, l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente". In tabella 2.5 vengono riportate le informazioni chiave relative al fondo, gli importi complessivi (sia di fonte nazionale che regionale) e l'allocazione per le due principali destinazioni di spesa (anziani e disabili gravissimi, di seguito illustrate). Le Deliberazioni di Giunta regionale approvano le modalità di utilizzo e i criteri di riparto del Fondo Nazionale e Regionale per la non autosufficienza tra gli Ambiti Territoriali Sociali.

Box 1 - Come avviene il riparto del Fondo per la non autosufficienza tra gli Ambiti

FNA – Quota “Anziani”: Il riparto viene effettuato, in linea con quanto stabilito dalla DGR 328/15, sulla base del:

- a. numero over 65 residenti nell’ATS (37,50% del finanziamento);
- b. numero over 85 residenti nell’ATS (37,50%);
- c. indice di vecchiaia dell’ATS (incidenza del numero over 65 sul totale dei residenti dell’ATS) (6,25%);
- d. indice quarta/terza età dell’ATS, ovvero incidenza persone over 85 sul totale delle persone over 65 anni nell’ATS; (6,25%);
- e. Km² complessivi del territorio dell’ATS (12,50%).

FNA – Disabilità Gravissima: Le risorse per la realizzazione dell’intervento vengono ripartite in maniera proporzionale alle richieste ammesse a finanziamento a conclusione del procedimento amministrativo. Nel caso in cui il disabile, riconosciuto in condizione di “disabilità gravissima”, sia inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socioeducativo riabilitativo diurno - CSER oppure in un centro di riabilitazione pubblico o privato accreditato ai sensi della L.R. 21/2016 si procede all’assegnazione di un contributo ridotto della metà.

Tab. 2 - Valore del Fondo Non Autosufficienza assegnato alla Regione Marche

<i>ANNUALITÀ</i>	<i>Importo complessivo</i>	<i>Anziani over 65</i>	<i>Gravissimi</i>
<i>Fondo Nazionale</i>			
2016	€ 11.310.000	€ 6.786.000	€ 4.524.000
2017	€ 12.604.960	€ 6.302.480	€ 6.302.480
2018	€ 13.083.880	€ 6.541.940	€ 6.541.940
2019	€ 16.278.880	€ 7.839.400*	€ 8.139.400
2020	€ 19.624.400	€ 9.412.200*	€ 9.812.200
2021	€ 18.996.760	€ 9.098.380*	€ 9.498.380
<i>Fondo Regionale</i>			
2016	€ 3.750.000	€ 2.214.000	€ 1.536.000
2017	€ 3.750.000	€ 2.214.000	€ 1.536.000
2018	€ 1.700.000	€ 850.000	€ 850.000
2019	€ 2.100.000	€ 1.050.000	€ 1.050.000
2020	€ 4.170.000	€ 1.920.000	€ 2.250.000
2021	€ 5.100.000	€ 2.550.000	€ 2.550.000

* di cui € 400.000 a favore di Vita indipendente.

Sono categoricamente escluse dalla finanziabilità sul Fondo le prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo di natura non temporanea, mentre il Fondo sostiene principalmente⁶ :

- 1) l’incremento e l’evoluzione dell’assistenza domiciliare diretta, anche in termini di ore di assistenza personale e supporto familiare;

⁶ Nelle Marche non è previsto il finanziamento di interventi complementari all’assistenza domiciliare, quali ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie (complementari al percorso domiciliare) e di altre azioni di supporto individuate nel piano personalizzato.

2) trasferimenti monetari alle famiglie nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliari nelle forme individuate dalle Regioni o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari o vicinato sulla base del piano personalizzato.

Il Servizio di Assistenza Domiciliare

Il primo intervento finanziato grazie alle risorse del Fondo per la non autosufficienza è il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), un servizio gestito dai Comuni o dagli Ambiti Territoriali Sociali rivolto ad anziani over 65 parzialmente o totalmente non autosufficienti⁷. Il SAD consiste nell'attivazione di un insieme di interventi socioassistenziali a domicilio integrati tra loro per consentire alle persone di vivere nella propria casa nelle migliori condizioni possibili.

L'aiuto erogato attraverso il SAD è temporaneo o permanente, varia solitamente da 1 a 12 ore settimanali, ma diversità nell'organizzazione del servizio tra ATS sono notevoli: può includere l'assistenza domestica, l'assistenza all'igiene e alla cura della persona, l'accompagnamento per mobilità, il disbrigo di pratiche varie, il trasporto e animazione sociale. Proprio per via della molteplice natura dei supporti è fondamentale che il SAD sia attivato a seguito di una valutazione e vi sia una conseguente presa in carico della persona e della sua famiglia grazie al coinvolgimento dell'assistente sociale dell'ATS. L'assistente sociale di norma è responsabile per la predisposizione del Patto per l'Assistenza Individualizzata (PAI) della persona, che eventualmente si inserisce all'interno di altri PAI in forma organica ed integrata (ad esempio del Servizio di Cure Domiciliari dell'Azienda Sanitaria). Il SAD è fornito ai cittadini residenti e prevede di norma una quota di compartecipazione al costo del servizio, dietro presentazione del reddito I-SEE. Il livello di questa compartecipazione è definito a livello locale.

L'assegno di cura

Il secondo intervento finanziato attraverso il Fondo è quello dell'assegno di cura. Questo intervento consiste nell'erogazione di un contributo

⁷ *Aspetti di programmazione e decisioni di policy a livello locale.* Ogni ATS decide l'importo del fondo da assegnare a questo intervento. Va considerato comunque che non meno del 30% dell'importo del Fondo per la Non Autosufficienza messo a disposizione degli Ambiti Territoriali Sociali deve essere investito per il potenziamento di questo servizio. Ogni ATS inoltre decide se gestire direttamente il servizio oppure affidarlo a terzi.

mensile rivolto alle persone di età uguale o maggiore a 65 anni non autosufficienti che sono assistite a domicilio da familiari, anche non conviventi, o da parte di assistenti familiari in possesso di regolare contratto di lavoro. Il contributo è pari a € 200,00 mensili ed è concesso direttamente ai beneficiari.

La Regione Marche ha normato questo intervento per l'annualità 2020 con la DGR 179 del 22 febbraio 2021⁸. Gli Ambiti Territoriali Sociali hanno la responsabilità di:

- curare la pubblicazione degli Avvisi pubblici specificanti i requisiti di accesso, le modalità e la tempistica per la presentazione delle domande da parte dei beneficiari presso il Punto Unico di Accesso (PUA) o presso l'Ufficio di Promozione Sociale (UPS);
- istituire e gestire una unica graduatoria dei richiedenti a livello di Ambito, secondo l'ordine crescente del valore ISEE. La graduatoria non dà immediato diritto al contributo bensì è funzionale alla presa in carico della situazione da parte dell'assistente sociale referente del servizio. Questi è tenuto alla verifica, anche per il tramite di una o più visite domiciliari delle condizioni di accesso e alla realizzazione di una analisi finalizzata alla stesura del Piano Assistenziale individualizzato (PAI);
- sottoscrivere con gli aventi diritto un Patto per l'Assistenza Domiciliare delineante i percorsi assistenziali a carico della famiglia, gli impegni a carico dei servizi, le modalità di utilizzo dell'assegno.

Disabilità gravissima: la componente anziana della platea dei beneficiari

Coerentemente con le indicazioni del Decreto del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali del 26/09/2016 la Regione Marche eroga un contributo economico alle persone riconosciute "disabili gravissime" ai sensi del Decreto Ministeriale di cui sopra ("Assegno di cura e per l'autonomia" - contributo gravissimi) finalizzato alla presa in carico della persona attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale. Nel caso in cui il beneficiario sia inserito nel percorso di istruzione/formazione o in un centro socioeducativo riabilitativo diurno oppure in

⁸ *Aspetti di programmazione e decisioni di policy a livello locale.* Gli Ambiti stabiliscono quale importo del fondo per la Non Autosufficienza va utilizzato per l'assegno di cura. Si tratta comunque di un importo che deve essere pari e non meno del 30% dell'importo complessivamente assegnato all'ATS per gli interventi a favore degli anziani non autosufficienti.

un centro di riabilitazione il contributo assegnato è ridotto della metà⁹. L'importo dell'intervento nel 2019 è stato di circa 300 euro mensili. Nel 2020 il contributo mensile per i disabili gravissimi assistiti a domicilio è stato di euro 346,38.

Il compito di valutare la condizione di "disabilità gravissima" spetta a cinque Commissioni sanitarie provinciali che operano attraverso le scale di valutazione previste dalla normativa¹⁰. Sono esclusi dal beneficio i soggetti ospiti di strutture residenziali, chi è già incluso nel progetto "Vita Indipendente", nell'intervento "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica", in quello a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019 e coloro che beneficiano dell'"Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti. In passato, per beneficiare della misura era necessario avere un'età inferiore ai 65 anni. A partire dal 2016 non è più previsto alcun limite e pertanto la misura ha acquisito una certa rilevanza

⁹ *Aspetti di programmazione e decisioni di policy a livello locale*. Le risorse sono ripartite proporzionalmente tra gli ATS sulla base delle richieste effettivamente ammesse a finanziamento al termine del processo amministrativo.

¹⁰ Ai sensi di quanto riportato all'art. 3 c. 2 del D.M. 26/09/2016 "per persone in condizione di disabilità gravissima", si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento o definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, per le quali sia verificata almeno una delle seguenti condizioni:

- a. persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) - scala *Glasgow Coma Scale* (GCS) ≤ 10 ;
- b. persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);
- c. persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala *Clinical Dementia Rating Scale* (CDRS) ≥ 4 ;
- d. persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;
- e. persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla *Expanded Disability Status Scale* (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;
- f. persone con deprivazione sensoriale complessa;
- g. persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;
- h. persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala *Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation* (LAPMER) ≤ 8 ;
- i. ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche.

nell'ambito dell'assistenza all'anziano non autosufficiente. Non sorprende la costante crescita di anziani tra i beneficiari che nel 2019 hanno raggiunto un picco di 1.477 gli utenti, pari a circa il 46% del totale.

I contributi sperimentali per il caregiver familiare

La legge 27 dicembre 2017, n. 205, articolo 1, comma 254, ha istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, finalizzato a sostenere l'attività di cura non professionale del caregiver familiare¹¹. Finalità principale del Fondo è quella di sostenere il caregiver nella sua attività di assistenza informale, globale e continua assicurata al proprio assistito.

La Regione Marche ha recepito la normativa nazionale attraverso la DGR 1028 dell'11 agosto 2021 con la quale ha delineato i criteri per l'attuazione degli interventi di sostegno. La Regione ha previsto un contributo economico di euro 1.200,00 una tantum come prima annualità sperimentale per ciascun caregiver familiare e le modalità di trasferimento delle relative risorse agli ATS (un fondo dotato di € 1.940.136,40 a copertura delle annualità 2018-2019-2020).

Il fondo è distribuito tra gli ATS seguendo un criterio di riparto composito, considerante una quota fissa (15%), la popolazione residente (50%), il numero di utenti riconosciuti con disabilità gravissima (25%) e la superficie dell'ATS stesso (10%).

Nella DGR è stabilito che le risorse del fondo vengano utilizzate per sostenere caregiver di persone in condizioni di disabilità gravissima (recependo di fatto la prima priorità del Decreto Ministeriale 28/10/2020 che ha dato attuazione alla legge sul caregiver).

In particolare, la DGR stabilisce che per accedere al contributo, il caregiver familiare deve assistere un familiare che sia in possesso del certificato di disabilità gravissima rilasciato dalla Commissione Provinciale Sanitaria, secondo le indicazioni contenute nel Decreto 26 settembre 2016 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. È inoltre richiesta la presentazio-

¹¹ “Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della Legge 20 maggio, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”.

ne dell'indicatore della situazione economica equivalente – ISEE. Il contributo non si cumula con altri interventi regionali¹².

In linea con quanto avviene nell'ambito della gestione del contributo "Assegno di cura", in merito a questo intervento, diversi sono i compiti spettanti agli ATS: la pubblicazione del bando; l'istruttoria e approvazione della graduatoria e l'erogazione del contributo stesso.

Va menzionata una nota di particolare interesse nell'ambito di questa sperimentazione. Ai caregiver familiari presenti nelle graduatorie di ciascun ATS verrà somministrato infatti un questionario con la finalità di "misurare" il carico assistenziale del caregiver. Il questionario è stato elaborato dal "Gruppo tecnico caregiver familiare" istituito con DGR 1028/2020 e in particolare con il contributo del Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento (CRESI) dell'INRCA. Una sezione del questionario ha ripreso le informazioni previste da un Questionario (FNAq)" elaborato da un'apposita Commissione tecnica ministeriale (Commissione Francescutti) prevista dal Piano Nazionale per la non autosufficienza. L'obiettivo di questa rilevazione è di validare ed inserire nel sistema regionale una procedura di valutazione unificata, in grado di accompagnare anche i processi di integrazione sociosanitaria e armonizzarsi con le procedure previste dalla DGR n.110/2015 e DGR n.111/2015 concernenti l'integrazione sociosanitaria. Trattasi in particolare dei processi centrali per il governo della domanda di salute che dovrebbero avvenire nel contesto dei Punti Unici di Accesso (PUA), delle Unità Valutative Multidisciplinari Integrate (UVI) e dei Piani Assistenziali Personalizzati (PAI).

5.4. L'indennità di accompagnamento e il contributo degli assistenti familiari

Al di là dei contributi e sostegni a regia regionale sopra descritti, per completare l'analisi ci si deve soffermare su due elementi che definiscono in maniera sostanziale il quadro dell'assistenza all'anziano non autosufficiente nella Regione. Questi sono l'indennità di accompagnamento erogata dall'Inps e il lavoro privato di cura, svolto in particolare dagli assistenti familiari privati.

L'indennità di accompagnamento è una provvidenza economica garanti-

¹² Sono quindi esclusi dal contributo i caregiver familiari di persone che ricevono contributi per i seguenti interventi:

- "Riconoscimento del lavoro di cura dei caregiver attraverso l'incremento del contributo alle famiglie per l'assistenza a persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica";
- a favore di minori affetti da malattie rare di cui alla DGR n.475/2019;
- "Assegno di cura" rivolto agli anziani non autosufficienti.

ta ai soggetti con una disabilità tale da necessitare di una assistenza ed una supervisione continua nell'arco della giornata. Così come avviene a livello nazionale anche nelle Marche l'indennità è la principale misura di sostegno degli anziani non autosufficienti e delle loro famiglie.

Nella Regione Marche secondo i dati rilasciati dall'Osservatorio Statistico dell'Inps sono erogate più di 50 mila prestazioni l'anno, di cui 42.158 per persone over 65¹³. La spesa pubblica per le indennità di accompagnamento nelle Marche è stata di circa 320 milioni di euro nel 2021, 264 milioni se si considerano solo le prestazioni in favore dei soggetti over 65 (per comprendere la rilevanza della cifra, basti considerare che corrisponde a circa lo 0,7% del PIL regionale o confrontarla con l'importo del FRNA).

Tab. 3 - Numero prestazioni e spesa per indennità di accompagnamento agli invalidi totali in Italia e nella Regione Marche

		n. prestazioni	Importo medio	Spesa annuale	
Popolazione generale	Marche	2017	51.948	516,33 €	321.867.730 €
		2018	51.948	516,33 €	321.867.730 €
		2019	53.140	517,80 €	330.190.704 €
		2020	54.238	520,24 €	338.601.325 €
		2021	51.136	522,06 €	320.352.722 €
	Italia	2017	1.775.431	514,08 €	10.952.562.822 €
		2018	1.785.442	516,30 €	11.061.884.455 €
		2019	1.821.176	517,79 €	11.315.840.652 €
		2020	1.868.994	520,23 €	11.667.680.983 €
		2021	1.815.762	522,04 €	11.374.804.734 €
Popolazione over 65 anni	Marche	2017	43.933	515,35 €	271.690.459 €
		2018	43.275	516,33 €	268.130.169 €
		2019	44.296	517,80 €	275.237.626 €
		2020	45.209	520,24 €	282.234.362 €
		2021	42.158	522,05 €	264.103.007 €
	Italia	2017	1.379.414	515,33 €	8.530.240.999 €
		2018	1.384.270	516,32 €	8.576.715.437 €
		2019	1.409.982	517,80 €	8.761.064.155 €
		2020	1.446.653	520,23 €	9.031.107.482 €
		2021	1.389.802	522,04 €	8.706.386.833 €

* restano escluse indennità di accompagnamento per invalidi parziali, indennità di frequenza, prestazioni per ciechi e sordomuti

Fonte: ns. elaborazione su osservatorio statistico INPS <https://www.inps.it/osservatoristatistici/6/37/53>

¹³ Questo valore non ricomprende le prestazioni per invalidi parziali, l'indennità di frequenze e le prestazioni per ciechi e sordomuti.

La disponibilità delle risorse dell'indennità (non sempre ma spesso¹⁴) si associa al ricorso al lavoro privato di cura. In altre parole, molte famiglie investono l'indennità sul mercato privato per assumere lavoratori per l'assistenza all'anziano. Dai dati ufficiali risulta che i lavoratori domestici regolarmente assunti dalle famiglie marchigiane nel 2019 siano stati 24.102 (in calo di circa 14% rispetto al 2012)¹⁵ : di questi i contratti di badante sono pari al 58,4% (14.061 unità), in crescita rispetto alle colf che si attestano al 41,6% (10.031 unità). Nella Provincia di Ancona si concentrano il 32,4% delle badanti mentre l'incidenza maggiore si registra a Pesaro Urbino (12,4 badanti ogni 100 anziani over 80 vs. media regionale di 11,1). Il 51,7% dei domestici proviene dall'Est Europa e si registra una netta prevalenza del genere femminile (92,2%). Complessivamente, nel 2018 le famiglie nelle Marche hanno speso 189 milioni di euro per la retribuzione dei lavoratori domestici (stipendio, contributi, TFR).

La dimensione del fenomeno è senz'altro ragguardevole e garantire la qualità del lavoro degli assistenti familiari rappresenta senz'altro un obiettivo meritevole di attenzione a livello di policy, per quanto le caratteristiche del fenomeno rendano difficili attività di regolamentazione e monitoraggio. Nella Regione Marche, l'iniziativa era stata presa con la creazione del profilo professionale di Assistente familiare ed il relativo standard formativo. Questi erano stati approvati in Regione con la Delibera di Giunta Regionale 118 del 2 febbraio 2009, ma non risultano da allora stati aggiornati.

5.5. La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Per completare la fotografia sui servizi dedicati alla non autosufficienza nella Regione Marche è opportuno valutare l'offerta dei servizi offerti dai presidi residenziali socioassistenziali nella regione. Nella Regione in particolare sono presenti le seguenti tipologie di strutture per anziani non autosufficienti¹⁶ :

- Residenze Protette: Strutture residenziali con elevato livello di in-

¹⁴ Una analisi di Barbabella e coll. pubblicata sul *Journal of Geriatrics and Gerontology* ha mostrato che l'inclinazione ad assumere lavoratori privati per l'assistenza nel momento in cui si dispone dell'indennità di accompagnamento è evidentemente minore tra le famiglie con i caregiver meno istruiti. Ovvero, queste famiglie tendono, pur in presenza delle risorse dell'indennità, a prendersi cura essi stessi dei propri familiari anziché ricorrere al mercato. In questi contesti, si ipotizza che l'indennità vada sostanzialmente a sostenere il complessivo bilancio familiare e a remunerare il lavoro di cura svolto in ambito familiare.

¹⁵ Osservatorio Domina su dati INPS.

¹⁶ I requisiti e le caratteristiche di queste strutture sono ben descritti nei manuali di autorizzazione ex. DGR 938 del 2020.

tegrazione sociosanitaria, rivolte a persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse. Erogano trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

- **Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti:** sono strutture che erogano cure a persone non autosufficienti con patologie che richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici.

- **Cure Intermedie:** sono strutture sanitarie a valenza territoriale di ricovero e di assistenza, con elevato impegno assistenziale. Sono rivolte a persone in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario consolidare le condizioni psico-fisiche e continuare il processo di recupero funzionale, che richiedono un monitoraggio clinico quotidiano. Sono altresì rivolte a persone provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.

Secondo alcune analisi comparate tra Regioni (Barbabella *et al.*), le Marche sono una regione nella quale la dotazione media di posti letto in struttura residenziale per abitanti anziani è in linea con la media nazionale (2,3 per 100 persone over 65 nel 2015 secondo ISTAT).

La Regione Marche prevede per norma una tariffa delle prestazioni residenziali che include sia la parte sanitaria sia quella alberghiera della prestazione. Le tariffe giornaliere omnicomprenditive delle RSA e delle RP per anziani sono comprensibilmente un elemento fondamentale per il settore: dalla tariffa dipende a cascata lo standard dell'assistenza erogato, la possibilità dei gestori di garantire la qualità dell'assistenza (che tanto nel settore residenziale dipende dalla dotazione di personale), determina il livello di spesa per l'anziano e la sua famiglia, nonché l'attrattività del settore da parte degli operatori economici. Pesaresi stimava una tariffa media per RSA in Italia di circa 112,6 euro al giorno¹⁷ con una Regione Marche che si collocava per quanto concerne le RSA sopra la tendenza centrale con una retta di 128 euro al giorno¹⁸. Meno positivo risulta invece il confronto con le tariffe previste per le Residenze Protette. Nella Regione Marche le tariffe sono ri-

¹⁷ Utilizzando la media ponderata delle 21 regioni italiane in <https://www.luoghi-cura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/>

¹⁸ L'RSA nelle Marche è gratuita per i cittadini sino al 61° giorno di degenza, dal quale poi si applica una compartecipazione al costo di € 42,5 al giorno.

comprese tra i 66,51 e i 74,76 euro giornalieri, di cui la quota sanitaria (garantita quindi al cittadino senza alcun onere) valutata a 33,51 euro/giorno. Questo basso importo è stato osservato essere inferiore alla media nazionale e soprattutto, alla luce della struttura dei costi di una Residenza Protetta standard, risulta potenzialmente insufficiente a coprire i costi reali legati all'assistenza di tipo sanitario in struttura¹⁹. Senz'altro quest'aspetto è tra quelli tema di maggiore attenzione al momento, assieme al graduale processo di convenzionamento delle strutture esistenti che mira ad innalzare il numero di posti letto convenzionati sul totale degli accreditati presso gli enti erogatori.

La Tabella 4 mostra i numeri della residenzialità nelle Marche e tra i diversi ATS. Si denota una certa variabilità negli indici di dotazione, con l'ATS 3, 8, 13, 17 sopra i 40 p.l. per 1000 residenti over 65 e gli ATS 1, 11, 12, 15 19, 22, 23 e 24 sotto i 20 p.l.

Per chiudere la panoramica di servizi disponibili per gli anziani non autosufficienti, infine, si rappresenta la disponibilità di centri diurni per anziani e di centro diurni demenze. Questi servizi, in particolare, importanti per la popolazione anziana affetta da demenza ed i caregiver che, potendo contare sulla frequenza del centro, sono supportati nella conciliazione dei tempi di cura e vita. Anche nel caso delle strutture di semi-residenzialità si osserva una certa variabilità intra-regionale. L'ATS 7 e 24 sono sprovvisti di strutture mentre l'ATS 10 è quello con l'indice di dotazione superiore.

¹⁹ <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2018/10/le-tariffe-delle-residenze-protette-per-anziani/> e https://www.pensionaticismarche.it/public/pdf/pdf_2356_il-coste-delle-rp-nelle-marche.pdf

Tab. 4 - Numero posti letto autorizzati in strutture residenziali per anziani e relativi indici di dotazione negli Ambiti Territoriali Sociali marchigiani

Strutture	Posti autorizzati							Indici dotazione posti x 1.000 residenti 65 +			
	comunità alloggio	case albergo	case di riposo	Residenze Protette			RSA	Cure Intermedie	strutt residenziali	strutture per non autosuff	pubbliche e convenz
				RPA	RPDem	di cui convenzionate					
ATS 01			104	268	59	268	58		15,1	11,9	10,1
ATS 03		14	56	181		111			43,2	31,2	19,1
ATS 04		6	63	207	29	146	80		38,5	31,6	22,6
ATS 05	15		43	104		70	25		37,3	25,8	19,0
ATS 06		32	126	402	26	268	72		26,2	19,9	13,5
ATS 07			29	84		69	40	30	24,3	20,5	18,5
ATS 08		42	198	507	40	346	60		42,1	30,2	20,2
ATS 09	6		204	531	31	394	79	10	32,5	24,6	18,3
ATS 10			98	132		121		20	21,2	12,9	11,9
ATS 11				204	101	211	142		17,2	17,2	13,6
ATS 12			25	129		111	40	24	12,8	11,3	10,3
ATS 13	6	6	124	592	17	366	162	6	49,2	41,8	28,7
ATS 14		24	99	221	50	232	153	40	21,1	16,7	15,3
ATS 15	6		76	285		213	20	44	18,3	14,8	11,8
ATS 16	8		78	196	20	168	20		30,0	22,0	17,5
ATS 17		4	103	236		192	20	8	42,2	30,0	25,0
ATS 18	15		55	79		73			37,2	19,7	18,2
ATS 19			165	358	10	326	20	20	19,6	14,0	12,5
ATS 20	24		22	18		18		20	7,2	3,2	3,2
ATS 21	6	30	114	216	55	217	130		22,3	16,3	14,1
ATS 22		70	34	179	20	115	60		19,9	14,2	9,6
ATS 23			6	44		33	30		11,0	10,2	8,7
ATS 24				12		12	19		8,2	8,2	8,2
Totale Regione	86	228	1.822	5.185	458	4.080	1.230	222	24,6	18,9	14,7

Fonte: ns. elaborazione su dati Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali ORPS, <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ORPS/Banca-dati-Servizi-e-Attori/Mappa-servizi-residenziali-e-semiresidenziali-2019>

Tab. 5 - Numero posti letto autorizzati di centri diurni per anziani e centri diurni demenze e relativi indici di dotazione negli Ambiti Territoriali Sociali marchigiani

Centri Diurni	Totale posti			Indici di dotazione posti x 1.000 residenti 65 +		
	centri diurni per anziani	centri diurni demenze	Totale centri diurni	centri diurni per anziani	centri diurni demenze	Totale centri diurni
ATS 01	40	14	54	1,2	0,4	1,7
ATS 03	15		15	2,6	-	2,6
ATS 04	56		56	5,6	-	5,6
ATS 05		15	15	-	3,0	3,0
ATS 06	16	40	56	0,6	1,6	2,2
ATS 07				-	-	-
ATS 08		20	20	-	1,0	1,0
ATS 09	22		22	0,8	-	0,8
ATS 10	56		56	4,7	-	4,7
ATS 11	69	40	109	2,7	1,5	4,2
ATS 12	25		25	1,5	-	1,5
ATS 13	23	30	53	1,2	1,6	2,9
ATS 14	16	10	26	0,6	0,4	0,9
ATS 15	38		38	1,6	-	1,6
ATS 16	40		40	3,7	-	3,7
ATS 17	15		15	1,7	-	1,7
ATS 18	10		10	2,5	-	2,5
ATS 19	20	20	40	0,7	0,7	1,4
ATS 20	39		39	3,3	-	3,3
ATS 21	38		38	1,5	-	1,5
ATS 22	30		30	1,6	-	1,6
ATS 23	65		65	8,9	-	8,9
ATS 24				-	-	-
Totale	633	189	822	1,7	0,5	2,2

Fonte: ns. elaborazione su dati Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali ORPS, <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ORPS/Banca-dati-Servizi-e-Attori/Mappa-servizi-residenziali-e-semiresidenziali-2019>

5.6. Le principali sfide e prospettive innovative: le previsioni del Piano Regionale per la Non Autosufficienza e l'opportunità del PNRR

Le principali sfide del sistema di welfare marchigiano per quanto concerne l'assistenza agli anziani non autosufficienti sono bene delineate dal Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021, nonché dal Piano Sociale Regionale 2020-2022²⁰. Quest'ultimo documento di programma-

²⁰ Il Piano Regionale per la Non Autosufficienza è stato approvato con DGR 546-2021

zione ha previsto una specifica Direttrice Trasversale di Sviluppo legata al tema della Non Autosufficienza.

Tra le sfide delineate vi sono:

- garantire una maggiore omogeneità rispetto all'offerta SAD, sia in termini di disponibilità che di caratteristiche del servizio stesso. Ad oggi i Comuni disciplinano il servizio sulla base di propri regolamenti prevenendo tra l'altro diversi livelli di compartecipazione del beneficiario e diverse soglie ISEE da applicare. Su questo sono attese apposite Linee guida regionali per uniformare sul territorio il sistema di erogazione del SAD;

- superare la dicotomia regionale tra non autosufficienza definita come "Disabilità gravissima" e non autosufficienza definita come "anziani over 65" per arrivare ad una unica distinzione della non autosufficienza secondo il livello di gravità (gravissimo, grave, medio grave, etc.). In merito a questo, è auspicabile introdurre scale di valutazione omogenee, che consentano la quantificazione dell'effettivo fabbisogno di assistenziale della persona, fondamentale per arrivare alla definizione (e attuazione) dei livelli essenziali delle prestazioni (i risultati della sperimentazione della scala Francescutti saranno di grande rilevanza a questo scopo);

- superare l'attuale situazione nella quale l'erogazione di contributi economici sono di importo uguale per tutti, sia prendendo in considerazione il livello di gravità della situazione assistenziale che la situazione economico-patrimoniale del nucleo (ad esempio attraverso l'utilizzo della scala ISEE);

- valorizzare e riconoscere ulteriormente l'attività di cura e assistenza del caregiver familiare a favore del proprio caro, attraverso una rete sociale territoriale strutturata. Questo implicherebbe non solo garantire l'offerta di adeguati corsi di formazione ma anche interventi legislativi che tutelino questa attività di assistenza.

A questi obiettivi si aggiunge la necessità di un rafforzamento del livello di integrazione degli interventi, da realizzare tra la componente sociale del sistema regionale e la componente sanitaria e sociosanitaria. In questo ambito, uno degli effetti positivi della crisi pandemica è stato un rafforzamento del ruolo dell'Unità Operativa Sociale e Sanitaria - U.O.SeS, istituita con DGR 110/15 e dei Comitati dei sindaci degli ATS. In particolare, è prioritario procedere con il miglioramento dell'accesso, rafforzando i Punti Unici di Accesso esistenti, sviluppando quelli ad oggi ancora non attivati, perfezionando il lavoro di rete necessario per il funzionamento delle Unità Valutative Multidisciplinari e dei gruppi di lavoro interistituzionali utili alla definizione dei Piani assistenziali personalizzati.

mentre il Piano Sociale Regionale 2020-2022 con Deliberazione 109 del Consiglio Regionale del 12 maggio 2020.

Questa integrazione dovrebbe inoltre arrivare a coinvolgere anche gli altri settori del welfare, quali le politiche attive del lavoro (ad esempio per quanto riguarda il tema della conciliazione tempi vita-lavoro dei caregiver), della formazione e dell'istruzione (es. partita riguardante la formazione degli assistenti familiari ma anche quella dei professionisti coinvolti nei processi di assistenza in senso lato), fino alle politiche per la casa (es. sperimentazione forme innovative di co-housing e residenzialità diffusa) e all'agricoltura sociale (es. invecchiamento attivo).

Per quanto riguarda gli assistenti familiari va menzionato come il Piano Regionale per la Non Autosufficienza abbia indicato come obiettivo prioritario quello di prevedere una adeguata formazione e aggiornamento continuo, nonché, una maggiore tutela lavorativa, prevedendo eventualmente come obbligo la presentazione del contratto di lavoro per ottenere il contributo FNA insieme alla restante documentazione. Sarebbe auspicabile in tal senso aggiornare la DGR n. 118 del 02/02/2009 che ha istituito l'Elenco regionale degli Assistenti familiari.

Queste sfide potranno essere affrontate con maggiore efficacia se il sistema marchigiano sarà in grado di cogliere le opportunità messe a disposizione dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ed il percorso di Riforma del sistema degli interventi del settore in corso a livello centrale. Quest'ultimo è stato anticipato dalla Legge di Bilancio 2022 che ha individuato tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) validi sull'intero territorio nazionale, l'integrazione sociosanitaria, la semplificazione dei percorsi di accesso, la presa in carico multidimensionale e la definizione di un progetto personalizzato, individuando nel domicilio la sede preferenziale della cura.

Infine, si deve accennare alla Missione 5 "Inclusione e Coesione" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che prevede la possibilità per investimenti che abbiano come finalità il sostegno alle persone vulnerabili e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. Il PNRR rappresenta l'incentivo per sperimentare nuovi modelli, sia nel contesto domiciliare che residenziale. Sarà compito degli ATS saper cogliere questa sfida non semplice di innovare e garantire la sostenibilità dei servizi, cercando di integrare le numerose opportunità di finanziamento, governare i trend in atto sul piano demografico, culturale e tecnologico, attraverso un ampio coinvolgimento degli stakeholder del territorio.

Riferimenti bibliografici

Barbabella F., Chiatti C., Rimland J.M., Melchiorre M.G., Lamura G., Lattanzio F. (2016), Up-Tech Research Group. Socioeconomic Predictors of the Em-

- ployment of Migrant Care Workers by Italian Families Assisting Older Alzheimer's Disease Patients: Evidence From the Up-Tech Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. May;71(3):514-25.
- Barbabella F., Poli A., Chiatti C., Pelliccia L., Pesaresi P. (2017), "La bussola di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati" in Network Non Autosufficienza (A cura di). *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 6° Rapporto 2017/2018*. Santarcangelo di Romagna. Maggioli Editore.
- Consiglio Regionale delle Marche, Deliberazione n. 109 del 12/5/2020: Piano sociale regionale 2020/2022: https://www.regione.marche.it/portals/0/Sociale/ProgrammazioneSociale/PianoSoc/PIANO%20SOCIALE%202020-2022%20d_am70_10.pdf
- Da Roit B., Ranci C. (2021), *La riforma del Long-term care e il PNRR*, in *Welforum.it* 27/04/2021.
- Genet N., Boerma W., Kroneman M, Hutchinson A., Saltman R.B. (2012), "Home Care across Europe. Current structure and future challenges". Copenhagen: WHO, 2012. 25-53
- INPS (2022), *Osservatorio statistico INPS. 2022*, <https://www.inps.it/osservatoristatistici/6/37/53>
- Istat (2021), *Istat sulle condizioni di salute della popolazione anziana in Italia 2021*, <https://www.istat.it/it/archivio/259588>
- Osservatorio Nazionale DOMINA (2022), *Rapporto annuale sul lavoro domestico*, <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/rapporto-annuale-lavoro-domestico-2020>
- Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali-ORPS (2022): <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ORPS/Banca-dati-Servizi-e-Attori/Mappa-servizi-residenziali-e-semiresidenziali-2019>
- Pasquinelli S., Giselda Rusmini G. (2021), "Le assistenti familiari e il lavoro privato" in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia 7° Rapporto 2020/2021*. Santarcangelo di Romagna. Maggioli Editore.
- Pesaresi F. (2018), *Le Tariffe delle Residenze Protette per Anziani*, <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2018/10/le-tariffe-delle-residenze-protette-per-anziani/>
- Pesaresi F. (2019), *Le Tariffe delle Residenze Sanitarie Assistenziali*, <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2019/09/le-tariffe-delle-residenze-sanitarie-assistenziali/>
- Rosina A. (2021), *Crisi demografica. Politiche per un paese che ha smesso di crescere*. Milano, Vita e Pensiero,
- Special Eurobarometer. *Health and long-term care in the European Union*. N. 283, Wave 67.3. European Commission, 2007: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf

6. Invecchiare in salute nelle Marche: politiche regionali e obiettivi territoriali

di *Angela Genova*^{*}, *Ario Federici*^{**}, *Laura Chiarantini*^{***}

Introduzione¹

Il tema dell'invecchiamento della popolazione è al centro dell'agenda di policy a livello europeo, nazionale e regionale. In prospettiva comparata europea, il crollo nelle aspettative di vita in buona salute per l'Italia rappresenta un indicatore esplicito della necessità di investire in nuove politiche che possano superare la logica riparativa emergenziale e agire in maniera sistemica per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (Genova and Lombardini, 2021).

Nell'attuale contesto sociodemografico garantire buone condizioni di salute nel corso dell'invecchiamento rappresenta una grande sfida anche per la popolazione marchigiana. Nel primo paragrafo presentiamo il tema dell'invecchiare in salute e quindi dell'invecchiamento attivo a livello nazionale e nel contesto europeo. Nel secondo paragrafo analizziamo le politiche nelle Marche, mentre nel terzo prendiamo in analisi le azioni di policy e gli obiettivi a livello di singolo Ambito Territoriale Sociale (ATS) nelle Marche. Nell'ultimo paragrafo ci soffermiamo, invece, nel delineare le sfide e prospettive innovative del tema invecchiare in salute nelle Marche.

* Ricercatrice presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

** Professore ordinario in Metodi e didattiche delle attività motorie presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

*** Professore associato in Biochimica presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

¹ Il capitolo è frutto del lavoro congiunto dei tre autori, tuttavia Angela Genova è responsabile dell'Introduzione, del paragrafo 6.1, 6.2.2., 6.3. Ario Federici è responsabile del paragrafo 6.2.1. Il paragrafo 6.4 è stato scritto dai tre autori.

6.1. Invecchiare in salute in Italia

Lo stato dell'arte sul tema delle politiche di invecchiamento attivo si caratterizza per una ampia produzione scientifica intensificatasi a partire dal 2012, anno dedicato al tema dell'invecchiamento attivo da parte della Commissione Europea (Rechel et al. 2013; Fitzgerald et al 2014). La Commissione Europea definisce l'invecchiamento attivo come “helping people stay in charge of their own lives for as long as possible as they age and, where possible, to contribute to the economy and society” (EC, 2022). Questo orientamento di policy europeo è generato dalla consapevolezza delle sfide che le società occidentali si trovano ad affrontare in termini di cambiamento sociodemografico: il basso tasso di fecondità, l'aumento delle aspettative di vita e l'invecchiamento della generazione dei “baby-boomers” sta, infatti, portando a una crescita marcata della popolazione anziana nelle nostre società. Tra il 2010 e il 2060 la percentuale di popolazione al di sopra dei 65 anni passerà dal 17,5% al 30%, mentre si stima che la popolazione degli ultra 80enni triplicherà arrivando al 12%. A fronte di questi cambiamenti demografici i sistemi di welfare (pensioni, servizio sanitario nazionale e sistema di cura per la non autosufficienza) necessitano di cambiamenti (Taylor-Gooby 2001). In termini di politiche la Commissione europea ha sviluppato dei principi guida (Council of the European Union, 2012) e l'Active Ageing Index (UNECE 2015) per promuovere e monitorare le politiche rivolte all'invecchiamento attivo, in un contesto teorico oscillante tra approcci di social investment (Hemerijck 2017) e tendenze neoliberiste (Schrecker and Bambra 2015).

A livello nazionale l'invecchiamento attivo è stato un obiettivo prioritario dei governi per garantire a tutte le età un elevato livello di qualità della vita e, al contempo, la sostenibilità dei sistemi sanitari e di assistenza. A tale proposito il progetto “Passi d'Argento: salute e qualità della vita nella terza età” ha introdotto un sistema di sorveglianza che fornisce informazioni sulle condizioni di salute, abitudini e stili di vita della popolazione degli ultra 65enni del nostro Paese, e completa il quadro offerto dalla sorveglianza Passi sulla popolazione con 18-69 anni cominciata nel 2007. Per la prima volta Passi d'Argento “misura” il contributo che gli anziani offrono alla società, fornendo sostegno all'interno del proprio contesto familiare e della comunità (Ministero della Salute, Relazione sullo stato sanitario del paese 2012-2013). Tuttavia, come evidenziato dalla letteratura (Exworthy et al. 2005; Kingdon 1995), le priorità definite a livello nazionale non garantiscono l'immediata implementazione e la loro riuscita a livello locale. Queste necessitano, infatti, di comparire sull'agenda di policy regionale e locale, e solo successivamente potranno essere avviati dei processi di effettiva

implementazione. In questo processo gli attori di policy a livello regionale e locale giocano un ruolo centrale (Petchey et al. 2008), in particolare a favore di processi innovativi (Moulaert et al. 2005). In prospettiva comparata il crollo nelle aspettative di vita in buona salute per la popolazione ultra 65enni per l'Italia rispetto agli altri paesi europei (Eurostat, 2018) è un indicatore esplicito della necessità di approfondimento del tema (Genova, Lombardini 2021).

6.2. Invecchiare in salute nelle Marche: le politiche regionali

Come emerge dallo studio condotto da Marco Socci e Andrea Principi dell'INRCA (2020), l'impegno della Regione Marche sul tema si articola in diversi interventi e documenti regolativi: nel 1991 è stata approvata la Legge regionale 29 luglio 1991, n. 23 "Interventi per la promozione delle università della terza età nelle Marche", mentre nel 2018 la Regione ha approvato la legge regionale 12 marzo 2018, n. 3 "Istituzione del servizio civile volontario degli anziani". Nel 2017-18, la partecipazione della Regione Marche al progetto europeo Active Ageing Going Local², con Regione Puglia e Regione Veneto come altri partner, ha permesso di sviluppare una particolare sensibilità al tema in sinergia con le attività svolte anche dall'INRCA (Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani). Il tema è poi presente all'interno delle seguenti leggi: Legge regionale 01 dicembre 2014, n. 32 "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia", Legge Regionale 2 aprile 2012, n. 5: "Disposizioni regionali in materia di sport e tempo libero" (vedi paragrafo successivo), Legge regionale 14 novembre 2011, n. 21 "Disposizioni regionali in materia di multifunzionalità dell'azienda agricola e diversificazione in agricoltura": per un approfondimento valutativo della progettazione si rimanda allo studio dell'INRCA (Gagliardi et al. 2018). Oltre a queste leggi, lo studio dell'INRCA (2020) evidenzia diversi atti di giunta orientati a dare operatività ai dettati legislativi. A fronte di un quadro regolativo attento al tema, in questo lavoro ci interroghiamo sulla dimensione implementativa di queste politiche attraverso le attività svolte e in programmazione presso gli Ambiti Territoriali Sociali della regione.

Le politiche regionali per la promozione dell'invecchiamento attivo in questi ultimi anni si caratterizzano, inoltre, per due elementi rilevanti, presentati nei successivi paragrafi: la progettazione 'sport senza età' realizzata

² https://www.regione.marche.it/Portals/3/Aree_attivita/Area_ricerca/AGL-stato%20dell'arte%20regioni%20italiane.pdf?ver=2018-08-03-091805-400&ver=2018-08-03-091805-400

negli anni 2018/2019 e l'approvazione della legge regionale n.1 del 28 gennaio 2019.

6.2.1. Sport senza età

Molti studi scientifici sono da tempo concordi (Willett 2002; Napoli *et al.* 2004) nel ritenere l'esercizio fisico strutturato e programmato un fattore rilevante per il mantenimento di un corretto equilibrio psico-fisico dell'anziano, conservando l'autonomia della persona, prevenendo alcune malattie croniche degenerative legate alla senescenza e ipocinesia, migliorandone la qualità della vita, riducendo la spesa pubblica per le cure (Di Loreto *et al.* 2005; Dunn *et al.* 2005).

A questo proposito nel 2018/2019 è stato avviato un Progetto denominato "Sport senza età" ideato congiuntamente dalla Regione Marche, dall'Azienda Sanitaria Regionale Marche, con il supporto della Scuola di Scienze Motorie dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo e dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani delle Marche. Questo progetto ha coinvolto gli enti di promozione sportiva della Regione Marche nell'attivazione di interventi di attività fisica destinati ad adulti e anziani over 65 residenti nella Regione.

Le attività motorie sono state condotte da specialisti dell'esercizio, laureati in Scienze Motorie, e sono stati offerti senza oneri a carico degli anziani partecipanti, in quanto i costi dei contratti per gli specialisti dell'esercizio fisico erano a carico dei fondi per la prevenzione in capo all'ASUR. L'obiettivo portante del Progetto Regione Sport Senza Età (PRSSE) era promuovere fattivamente l'attività fisica nell'età adulta ed anziana con l'intento di innescare e mantenere attraverso la pratica continuativa tutti i benefici esercizio-indotti sulla salute fisica e psico-sociale. Gli interventi prevedevano, ogni settimana, due sedute di attività fisica e una seduta di attività ricreativa, per un arco di tempo di sei mesi per ciascuno dei due anni di attivazione del PRSSE. I contenuti dell'attività fisica erano scelti, organizzati, gestiti e supervisionati autonomamente dagli enti di Promozione Sportiva. L'attività fisica proposta dai singoli enti di Promozione Sportiva era valutata preventivamente dall'Università, che aveva il compito di assicurarsi che fosse adeguata a raggiungere gli obiettivi del PRSSE e che fosse standardizzata e strutturata in modo tale da permetterne la riproducibilità ed un corretto monitoraggio quantitativo e qualitativo. Il progetto si è interrotto causa Covid nel 2020, i risultati raggiunti si possono considerare più che positivi per l'alto numero di partecipanti e per la continuità e qualità delle proposte svolte.

6.2.2. La legge regionale n1/2019 “Promozione dell’invecchiamento attivo”

Un deciso passo in avanti sul tema a livello regionale è stato realizzato con l’approvazione nel 2019 della legge regionale 28 gennaio 2019, n.1 dal titolo “Promozione dell’invecchiamento attivo”. Come definito nell’articolo 1 della legge: “La Regione riconosce e valorizza il ruolo delle persone anziane nella comunità e promuove la loro partecipazione alla vita familiare e sociale in armonia con i principi sanciti a livello nazionale, internazionale ed europeo”. Una particolare attenzione viene data alla promozione dell’invecchiamento attivo anche al fine di: a) valorizzare la persona come risorsa; b) produrre benefici in termini di salute fisica e mentale, di maggior benessere e di migliore qualità della vita; c) prolungare l’apporto attivo delle persone anziane alla comunità. Inoltre la Regione si impegna a contrastare i fenomeni di esclusione, di pregiudizio, di discriminazione verso le persone anziane, facilitando la piena inclusione sociale delle stesse.

È opportuno notare che il provvedimento normativo definisce anziana la persona al di sopra dei 60 anni, mentre nell’ambito delle politiche attive sul lavoro il valore si riduce a 55 anni in sintonia con il quadro regolativo europeo. Il tema dell’invecchiare in salute è strettamente legato a quello dell’invecchiamento attivo perché come esplicitato nella legge regionale con il termine invecchiamento attivo si definisce “il processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane” (art 2.).

La legge regionale riconosce e valorizza il ruolo dell’INRCA al quale attribuisce una funzione di supporto per la valutazione delle azioni e degli interventi. Le attività previste sono diverse, ma tutte vincolate alle risorse a disposizione. Prevede, inoltre, attività di supporto alle persone anziane che svolgono attività di caregiver familiari (art. 6), promuove azioni formative lungo tutto l’arco della vita (art. 7), la partecipazione alla vita delle comunità attraverso un impegno di cittadinanza attiva, volontariato e associazionismo, il turismo sociale (art. 8). Una particolare attenzione viene data alla promozione delle azioni volte a sostenere l’invecchiamento attivo in ambito rurale, attraverso i laboratori di longevità attiva realizzati nell’ambito delle attività di agricoltura sociale (art. 9). Per la promozione della salute e benessere, la legge regionale esplicita che il piano sociale regionale e i piani di ambito territoriale sociale orientano la loro programmazione in modo da superare le logiche esclusivamente assistenzialistiche a supporto delle persone anziane, promuovendo azioni di prevenzione di processi invalidanti al fine di promuovere l’autonomia delle persone anziane (art. 10). La Regione dichiara, inoltre, di promuovere azioni per la diffusione dei corretti stili di

vita (anche negli ambienti di lavoro), la diffusione di interventi di prossimità anche in una prospettiva intergenerazionale quali la co-residenza (incluse le diverse tipologie di modelli abitativi), e gli spazi e luoghi di incontro, di socializzazione e partecipazione (art. 10). Promuove, inoltre, la ricerca e sviluppo di tecnologie innovative, compresa la domotica, e l'accesso alle informazioni del web per le persone anziane e i caregivers (art. 11). Favorisce azioni per la diffusione dello sport e di attività del tempo libero tra le persone anziane, per valorizzare la funzione sociale di questi (art. 13). Per l'avvio delle azioni previste dalla legge la Regione ha stanziato una cifra contenuta di 60.000 euro.

La DGR n. 1352 del 15 novembre 2021 presenta la relazione sullo stato di attuazione della legge 1 del 2019 che mette in evidenza l'impegno della Regione per la costituzione del Laboratorio sulle performance di filiera sull'"invecchiamento attivo" che intende 1) favorire il coordinamento e la partecipazione alle sue attività di tutti i dirigenti delle strutture regionali coinvolti nell'implementazione della L.R. n.1/2019; 2) supportare il "Tavolo regionale permanente per l'invecchiamento attivo" istituito dalla legge regionale stessa. Il tavolo regionale è composto: a) dai dirigenti delle strutture competenti della Giunta regionale negli ambiti disciplinati dalla LR n.1/2019 o loro delegati; b) un rappresentante dell'INRCA; c) un esperto in materia di invecchiamento attivo nominato dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione assembleare; d) un rappresentante del Forum regionale del Terzo settore; e) un rappresentante delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

La relazione riporta i dettagli relativi alla costituzione del tavolo regionale permanente per l'invecchiamento attivo, e le decisioni in merito all'attività di ricerca ai fini della redazione del primo programma regionale per l'invecchiamento attivo. I risultati dell'attività di ricerca saranno resi pubblici nei primi mesi del 2022.

La relazione presenta sinteticamente alcuni dati interessanti e in particolare che "nelle Marche una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere mediamente 10,3 anni senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute; valore simile alla media nazionale pari a 9,9 anni. La speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni è in aumento, essendo passata da 9,2 anni nel 2008 a 10,3 anni nel 2018" (Allegato alla DGR 1352 del 2021).

Ulteriore elemento evidenziato nella relazione è l'inserimento del tema dell'"invecchiamento attivo" nel Piano Sociale Regionale 2020/2022, tra le "Direttrici di sviluppo". Su questo elemento soffermiamo la nostra attenzione nel paragrafo successivo.

6.3. Le politiche di invecchiamento attivo negli Ambiti Territoriali Sociali delle Marche

Le linee guida per la predisposizione dei Piani Sociali Territoriali, approvate con DGR 180 del 21 febbraio 2021, in sintonia con quanto previsto nel Piano Sociale Regionale soffermano l'attenzione sul tema del sostegno all'invecchiamento attivo e in particolare sui processi di implementazione delle azioni previste in merito al servizio civile volontario anziani. Su questi aspetti presentiamo gli elementi emersi nell'attività di supporto alla programmazione sociale da parte degli atenei marchigiani in sinergia con le attività di ricerca svolte dai singoli centri di ricerca universitari. I dati che vengono presentati sono stati raccolti nel corso del 2021 (vedi capitolo 2). Per ogni singola direttrice di sviluppo e politiche di settore sono stati chiesti ai singoli ATS (coordinatore e staff) i dati per l'analisi della situazione attuale (cosa sta facendo l'ATS, quali punti di forza e quali criticità) e gli obiettivi che i singoli ATS intendono porsi per gli anni a seguire.

6.3.1. L'implementazione del servizio civile volontario anziani

Per quanto riguarda i dati dei 23 ATS in merito all'attività del Servizio Civile Volontario Anziani l'analisi comparata mette in luce risposte eterogenee a livello territoriale (vedi Tab. 1). In soli cinque ATS la progettazione è stata completata e nella maggior parte dei casi si è trattato dei capoluoghi di provincia (con l'unica eccezione di Falconara Marittima e di Fermo). In un altro territorio, Senigallia, era già attivo un progetto per il coinvolgimento degli anziani su attività sociali con le associazioni del territorio AUSER e ANTEAS dal nome "La comunità che partecipa" che ha inglobato la progettazione sul servizio civile volontario anziani.

Il processo di implementazione a livello di ATS della politica regionale presenta le seguenti criticità.

1. La complessità della procedura amministrativa è risultata sproporzionata rispetto alle risorse molto contenute investite. Per esempio, per ATS 1 (Pesaro) si è trattato di 10.000 euro a fronte di un carico amministrativo ritenuto troppo oneroso. Le procedure prevedevano due modalità di utilizzo delle risorse: tramite bando o tramite co-progettazione. L'ATS 1 ha optato per la co-progettazione in sintonia con una impostazione maturata negli anni, nella consapevolezza della maggiore efficacia di questa metodologia. Tuttavia il processo ha richiesto un impegno lavorativo che ha coinvolto nell'ATS 1 ben 5 membri dello staff e ha inoltre caricato di lavoro amministrativo burocratico anche le organizzazioni coinvolte per le attività

di rendicontazione che, come immaginabile, non erano nelle condizioni tecniche di svolgere il lavoro. Le risorse hanno interessato due annualità: il 2019 è stato il primo anno, mentre le risorse del 2020 si sono ridotte quantitativamente e il loro trasferimento è stato rallentato dalla pandemia. Nel complesso vi sono state delle semplificazioni amministrative ma l'impegno richiesto risulta comunque non adeguato alle risorse investite. La complessità del carico amministrativo procedurale ha avuto un effetto ancora più marcato negli ATS con una popolazione più contenuta (sette ATS) che di fatto sono quelli che nella maggior parte dei casi hanno rinunciato ad attivare la procedura stessa. La complessità delle procedure ha anche avuto un impatto sulle associazioni del territorio potenzialmente interessate, per cui anche a fronte di ATS che hanno attivato la progettazione le risposte sono state molto scarse in otto territori (vedi Tab. 1).

2. L'ambiguità tra volontariato e riconoscimento professionale. L'attivazione delle progettazioni, e in particolare delle co-progettazioni dove attivata, ha fatto emergere diverse proposte innovative dalle associazioni del territorio in termini di risorse anche professionali di anziani disponibili a mettersi a servizio volontariamente del territorio: come nel caso, ad esempio, di un esperto di agraria per un supporto agli orti degli anziani o per attività di accompagnamento sui pulmini (ATS 1). Tuttavia, il confine non chiaro tra riconoscimento professionale retribuito e attività di volontariato esclusivo rischia di generare equivoci e tensioni in fase di realizzazione dei progetti.

3. Lo scarso livello di innovazione della politica. Gli anziani nei territori sono già ampiamente attivi all'interno delle numerose organizzazioni locali impegnate nello svolgimento di attività di utilità sociale, spesso in qualità di volontari presso i sindacati per pensionati e le relative associazioni con AUSER o ANTEAS, all'interno di sistemi consolidati che prevedono dei rimborsi spese per le associazioni in convenzione con i Comuni. A questo proposito si evidenzia la richiesta esplicitata da un ATS di convogliare le risorse verso le associazioni piuttosto che in maniera individuale verso il singolo volontario.

Tab. 1 - Risposta a livello di ATS della politica regionale per il servizio civile volontario anziani

Risposta alla politica regionale	ATS
Progettazione attivata e completata	ATS 1 Pesaro
	ATS 11 Ancona
	ATS 12 Falconara Marittima
	ATS 15 Macerata
	ATS 22 Ascoli
Inserito in progettazioni già attive nel territorio	ATS 8 Senigallia
Progettazione non attiva, o attivata con scarsa adesione o arenata	ATS 7 Fossombrone
	ATS 9 Jesi
	ATS 10 Fabriano
	ATS 14 Civitanova
	ATS 13 Osimo
	ATS 16 San Ginesio
	ATS 17 San Severino
	ATS 18 Camerino
	ATS 3 Cagli
	ATS 4 Urbino
	ATS 5 Carpegna
	ATS 6 Fano
	ATS 19 Fermo
	ATS 20 Porto Sant'Elpidio
	ATS 23 Vallata del Tronto
ATS 24 Amandola	
ATS 21 San Benedetto	

6.3.2. Sostegno all'invecchiamento attivo nei Piani di Programmazione Sociale Territoriale di ATS

L'attività di supporto alla programmazione sociale territoriale da parte delle Università coinvolte ha permesso di raccogliere i dati in merito agli obiettivi rispetto ai quali i singoli ATS intendono avviare un processo di programmazione. I dati riportati nella Tabella 2 evidenziano le differenze in termini di obiettivi, ma anche di risorse, di bisogni e di vocazioni dei singoli territori. Il fine di questa analisi è quello di promuovere riflessioni condivise sui processi di promozione e supporto all'invecchiare in salute nei territori marchigiani.

I dati riguardano nello specifico il tema: "Valorizzare la persona anziana, per assicurare il suo benessere fisico e psichico e superare pertanto logiche esclusivamente assistenziali anche attraverso azioni di contrasto alla

solitudine e azioni innovative integrate come l'implementazione della domotica, lo sviluppo di progetti di quartieri solidali, di infermiere di comunità ecc.”, in sintonia con quanto esplicitato nel Piano Sociale Regionale. Rispetto a questo punto il coordinatore e il suo staff sono stati chiamati a una sintetica attività di analisi (Che cosa sta facendo l'ATS; quali punti di forza; quali criticità) e una sintetica attività di orientamento alla progettazione (Cosa l'ATS vuole fare? Quali obiettivi, valutazione e strategie? e quale potenziale innovativo inteso come capacità di elaborare risposte nuove ai bisogni sociali del territorio). I dati riportati sono il frutto di una sintesi finalizzata alla presentazione comparata dei temi³.

Tab. 2 – Attività per l'invecchiamento attivo negli ATS

ATS	Cosa sta facendo:	Cosa vuol fare - innovazione:
ATS 1 Pesaro	Proseguimento nelle relazioni consolidate con i sindacati anziani e le associazioni degli orti per anziani e dei centri sociali. Valorizzazione dei centri sociali attraverso la realizzazione di percorsi socioassistenziali (esempio attività di prevenzione sul gioco d'azzardo)	Progettazione borgo solidale a Mombaroccio, ma anche estendibile ai quartieri di Pesaro. Innovazione: progetto infermiere di quartiere (svolto qualche anno fa con patronato CISL) da riprendere.
ATS 3 Cagli	Progettualità su longevità attiva finanziate da Strategia Nazionale delle Aree Interne. Criticità è mancanza di stabilità e continuità nei fondi. Convenzioni con AUSER e AN-TEAS	Promuovere progetti di inclusione e di socializzazione per la fascia d'età 65-75.
ATS 4 Urbino	Non è un'area sulla quale l'ATS ha già lavorato.	Progettazioni innovative ancora non definite.
ATS 5 Carpegna	Convenzioni con associazioni del territorio per realizzare servizi di pubblica utilità nell'ambito del progetto Home Care 2019.	Prosecuzione e rafforzamento degli interventi attivi. Realizzazione di centri diurni per anziani finalizzati al sollievo delle famiglie e all'integrazione dell'anziano. Ricerca strumenti per fronteggiare la realtà territoriale rappresentata da isolamento dell'anziano in zone rurali/montane, favorendo situazioni di condivisione e scambio sociale

³ Gli autori e le autrici di questo contributo sono responsabili delle sintesi dei dati raccolti e si scusano per eventuali eccessive semplificazioni che non danno conto della complessità delle singole progettualità a livello di ATS.

ATS	Cosa sta facendo:	Cosa vuol fare - innovazione:
ATS 6 Fano	Mettere in rete le varie realtà presenti sul territorio del comune di Fano: tutti i club anziani e gli orti per anziani per la promozione di una cultura dello 'stare insieme' in salute	Sperimentare scambio intergenerazionale per esempio per la promozione della digitalizzazione (giovani a servizio degli anziani) e la ricerca di spazi e occasioni di confronto e scambio.
ATS 7 Fos- sombrone	Servizio di ascolto anziani 'progetto sentiamoci'. Progetto 'Vediamoci' per assistenza leggera agli anziani, attraverso servizi di compagnia a domicilio. Circoli per anziani. Vacanze per la terza età con soggiorni estivi.	Istituire tavoli di lavoro con le associazioni di volontariato e sindacati per la mappatura del territorio sia rispetto ai bisogni che all'offerta dei servizi e per la valutazione e progettazioni dei progetti e servizi. Potenziare servizi di consegna a domicilio di beni di prima necessità per anziani e attività di trasporto sociale. Promuovere ulteriori attività socio-ricreative per anziani. Promozione di scambi intergenerazionali.
ATS 8 Senigallia	Coordinamento dei soggiorni per anziani presso località termali Soggiorni marini presso una spiaggia del territorio. Ginnastica per gli anziani.	Appartamenti con domotica e servizi annessi, progetto: "Come cambia la casa degli anziani. Abitare 2.0".
ATS 9 Jesi	Progetti di attivazione anziani in attività per territorio (scuole, altri anziani). Attività fisica con UISP nei parchi durante la primavera e l'estate. Corsi sui corretti stili di vita.	Potenziamento del servizio dell'infermiere di comunità (nell'ATS solo 2 infermieri di comunità assunti, a fronte dei molti previsti per tutto il territorio regionale, ma non implementati per mancanza di offerta di infermieri).
ATS 10 Fabriano	Riflessioni in corso per attivare percorsi progettuali con le associazioni. Progetto Janus per il rafforzamento del sistema locale di welfare sociale, migliorare la conoscenza e l'accesso ai servizi da parte dei cittadini, migliorare efficacia ed efficienza dei servizi, potenziare la coesione sociale.	Implementazione dell'infermiere di comunità (su progettazione aree interne). Progettazioni di domotica assistita. Progettazioni di app per la segnalazione da parte di anziani di problemi sociali e non solo.
ATS 11 Ancona	Convenzioni con organizzazione del Terzo settore per gestione dei centri sociali comunali, interventi a supporto della domiciliarità e contrasto alla solitudine. Tramite Ufficio Città Sane da diversi anni ha avviato diversi progetti a sostegno della longevità attiva:	Attivazione di tavoli permanenti trasversali e multidisciplinari, definizione delle priorità e selezione degli interventi non legati esclusivamente ai finanziamenti disponibili, ma derivati dal profilo di comunità, dall'analisi dei bisogni e dal confronto con lo stato

ATS	Cosa sta facendo:	Cosa vuol fare - innovazione:
	<ul style="list-style-type: none"> -Progetto “Estate in movimento. -Progetto “Longevità Attiva”. -Progetto sperimentale “Ancona Connette i suoi Anziani”. -Progetto “StimoLaMente”. 	<p>attuale dell’offerta di servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - contrastare la solitudine degli anziani e ridurre l’isolamento sociale; - mantenere quanto più possibile l’anziano in condizione di autonomia; - prevenire ricoveri impropri presso strutture protette; - favorire processi di integrazione, scambio e vicinanza tra gli anziani e favorire progetto intergenerazionali; - promuovere e facilitare la pratica regolare di attività fisica negli anziani; - valutazione dell’impatto della pandemia nella popolazione anziana a seguito delle norme di contenimento dei contagi per la gestione dell’emergenza sanitaria per COVID-19.
ATS 12 Falconara Marittima	L’ATS non è impegnato in attività specifiche sul tema che sono invece gestite dagli enti del Terzo settore e dai sindacati in maniera autonoma.	Messa in rete, anche come circolazione di informazioni, di ciò che già c’è. Lo scopo non è un accentrimento sull’Ambito, ma un tavolo allargato a tutti i soggetti che sono attivi sul territorio. Le criticità sono più legate alle strutture residenziali, per quanto riguarda le iniziative invece non ci dovrebbero essere problemi particolari.
ATS 13 Osimo	L’ATS non è impegnato in attività specifiche sul tema che sono invece gestite dagli enti del Terzo settore e dai sindacati in maniera autonoma.	Mantenimento di queste attività.
ATS 14 Civitanova	Rete dei Centri Sociali Anziani.	<p>Attivare il Servizio Civile Digitale attraverso volontari che aiuteranno le persone per acquisire competenze informatiche. L’ATS14 sta preparando i documenti per inserirsi in questo progetto.</p> <p>Progetto di anziani che intervistano anziani per accertare lo stato di vita degli anziani ultra 80enni che vivono soli: ricognizioni delle condizioni di vita (questionario sperimentale dicotomico con l’ausilio dei Medici di Medicina</p>

ATS	Cosa sta facendo:	Cosa vuol fare - innovazione:
		Generale autonomia personale, relazioni, gestione della casa e situazione abitativa).
ATS 15 Macerata	Servizio civile volontario anziani.	In corso di avvio le riflessioni sul tema.
ATS 16 San Ginesio ATS 17 San Severino ATS 18 Camerino	Progetti con il Terzo settore su promozione invecchiamento attivo e inter-generazionalità per prevenzione della fragilità attraverso l'inserimento di figure quali operatore di prossimità. Collaborazione con Università del territorio per prevenzione malattie (PROBIOSENIOR, FRAGIBILITÀ', ICCRS).	Sviluppare una forma di cittadinanza attiva grazie alla cooperazione di associazione di pensionati che possono mettere a disposizione le loro capacità e risorse e avviare una forma di volontariato di osservazione domiciliare. Individuare una rete di domiciliai protetti: visitatore domiciliare, implementare la presenza dell'infermiere di comunità, dell'operatore di prossimità, etc. per garantire l'autosufficienza e l'autonomia. Psicologo e mediatore informatico presso le strutture residenziali. Rafforzamento tra Servizio Civile Universale e progetti a favore dell'invecchiamento attivo. Integrare il capitale umano elevato per intervenire a sostegno delle famiglie problematiche, della salute mentale, dei minori.
ATS 19 Fermo	Riorganizzazione delle attività di ATS sul tema.	Progetto NETAGE con CSV nelle province di MC e AP (comune capofila) per definire azioni non solo sul servizio civile anziani ma promozione invecchiamento attivo, in logica intergenerazionale. Progetto Smart Village centrato piuttosto su benessere comunità e accompagnamento invecchiamento, con valore di tipo sanitario. Rete centri sociali anziani per aggregazione e promozione. In convenzione con privato (ANCESCO, ecc.) e reti associative nazionali, spesso di promozione sociale.
ATS 20 Porto Sant'Elpidio	Riorganizzazione delle attività di ATS sul tema.	Potenziamento delle attività di Prevenzione per alleggerire anche i vissuti di solitudine. Attivazione di una nuova collaborazione con i MMG.
ATS 21	Collaborazione con azienda sanitaria	Ripristinare attività ricreative e

ATS	Cosa sta facendo:	Cosa vuol fare - innovazione:
San Benedetto	privata per progettualità di prestazione sanitaria domiciliare, già integrata in ADI. Comitati di quartiere per progettualità: modalità di raccordo informali che coinvolgono molti volontari ma non ci sono protocolli operativi.	aggregative Covid free.
ATS 22 Ascoli	Progetto della presidenza del consiglio- dipartimento famiglia rivolto ad ATS aree terremotate denominato “Marche Active.net al tempo del sisma”. Il progetto prevede la sensibilizzazione e analisi del territorio in collaborazione con CSV per mappare i centri anziani sopravvissuti alla pandemia. Costo molto alto della pandemia per gli anziani che sono chiusi in casa.	Potenziamento rete con Bottega del Terzo settore. Ripartire e ricostruire strutture. Nuovi finanziamenti per le associazioni che presentano progetti.
ATS 23 Val-lata del Tronto	Consapevolezza di una risposta debole da parte delle associazioni del territorio (UISP e impegno degli anziani nella custodia degli impianti sportivi e boccioline).	Potenziare il coinvolgimento di più associazioni.
ATS 24 Amandola	Consapevolezza della difficoltà nei rapporti con le associazioni del territorio. Riconoscimento di una dimensione culturale che vede molto limitato il fenomeno degli anziani soli o emancipati che possono essere interessati in progettazioni specifiche sul tema dell’invecchiamento attivo. Molti anziani sono impegnati in attività agricole.	Sono in corso riflessioni in merito al tema.

6.4. Sfide e prospettive innovative

L’analisi delle politiche per l’invecchiamento attivo nelle Marche, attraverso i dati secondari degli studi dell’INRCA (Socci and Principi 2020) e i dati primari raccolti nel corso delle attività di supporto alla programmazione sociale territoriale da parte degli atenei delle Marche coinvolti, rileva la presenza di uno scenario di policy in fase di maturazione. Il contesto regolativo presenta un assetto potenziale di grande valore, ma con risorse per le attività previste ancora molto contenute. Le attività finanziate fino ad oggi nell’ambito del servizio civile volontario hanno presentato diverse criticità;

mentre le attività in cantiere nei singoli ATS sono non solo molto eterogenee, ma presentano anche delle posizioni molto diverse nelle agende di policy locali. La promozione di logiche di *mutual learning* e scambio delle buone prassi potrebbe rappresentare una strategia efficace per lo sviluppo del dibattito tra gli ATS e a livello regionale.

Spicca l'esperienza dell'ATS di Ancona che, con il suo diretto coinvolgimento attraverso l'ufficio Città Sane del Comune, è impegnato non solo in diverse progettualità, ma ha maturato una consapevolezza e un approfondimento specifico sul tema inedito negli altri territori regionali. Buono sembra essere il rapporto con le organizzazioni di rappresentanza e gli enti del Terzo settore, ma ancora poco sviluppati sono i percorsi o gli obiettivi di co-progettazione. In particolare sono i temi del co-housing, della prevenzione attraverso l'attività fisica e, in generale, l'attenzione per gli stili di vita in una prospettiva rispettosa dei contesti di vita degli uomini e delle donne dei territori marchigiani che si prospettano come orizzonti di sviluppo.

Strategicamente in futuro si auspica la continuazione delle attività motoria da parte degli attori citati e in particolare della regione Marche e dell'Azienda Sanitaria della regione Marche, di consolidare e potenziare l'esperienza svolta, di promuovere l'esercizio fisico programmato attraverso anche attività culturali, ricreative, socializzanti e di counselling, divulgando corretti stili di vita, stimolando l'acquisizione di sane e permanenti abitudini di vita. In definitiva una specifica attività fisica adattata per gli anziani, concepita come autentico farmaco preventivo, anche attraverso una incentivazione fiscale per eventuali spese sostenute nell'espletazione o partecipazione ai vari corsi.

Le marcate differenze nelle proposte relative al sostegno all'invecchiamento attivo nei diversi ATS evidenziano la ricchezza e le potenzialità del tema, soprattutto nella logica promossa dalle organizzazioni internazionali di adottare la prospettiva del corso di vita che implica un'attenzione al tema in tutte le fasi di vita delle persone.

Come emerge dall'analisi presentata nell'allegato della DGR n.1352 del 15 novembre 2021, "Attuazione della L.R. n.1/2019 (Promozione dell'invecchiamento attivo)", il tema richiede attività di programmazione integrata delle azioni e degli interventi con il coinvolgimento di diversi settori di policy sia a livello regionale che anche a livello locale di ATS. Il processo di integrazione per lo sviluppo di programmazioni integrate è una delle principali criticità. Le politiche di invecchiamento attivo richiedono, infatti, una inedita integrazione tra politiche sociali, sanitarie, del turismo, della cultura, del lavoro e della formazione che necessitano di specifiche azioni anche a livello di ATS, ma che sono ancora fuori dall'orizzonte programmatico degli obiettivi posti a livello locale (sul tema delle criticità nell'integrazione

sociosanitaria si rimanda al contributo di Stefano Ricci in questo volume). Le risorse irrisorie investite e la percezione dell'assenza di una visione regionale strategia integrata basata sulla prospettiva del corso di vita sono le principali criticità riscontrate.

Un grande punto di forza è, invece, rappresentato a livello regionale e a livello locale dal ruolo assunto da questa politica nell'agenda di policy e l'impegno esplicito dell'INRCA nel processo di supporto alla politica. Questa particolare condizione, visto il ruolo che l'INRCA ricopre a livello europeo sul tema dell'invecchiamento attivo, rappresenta un potenziale anche rispetto al ruolo che le Marche potrebbero rivestire come spazio di progettazione innovativa nel contesto di analisi comparata a livello Europeo.

Riferimenti bibliografici

- Council of the European Union (2012) Council Declaration on the European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations (2012): The Way Forward <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%2017468%202012%20INIT>
- Di Loreto, C., Fanelli, C., Lucidi, P., Murdolo, De Cicco, N., Parlanti, N., Ranchelli, C., De Feo, P. (2005). "Make your diabetic patients walk". *DiabetesCare*, 8, 6, 1295-1302.
- Dunn, A., Triverdi, M., Kampert, J., Clark, C., Chambliss H. (2005). "Exercise treatment for depression, efficacy and dose response". *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 1-8.
- European Commission (2022) Active Ageing Web site <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1062>
- Exworthy, M. and Powell, M. (2004), "Big windows and little windows: implementation in the 'congested state'", *Public Administration*, 82, 2: 263–81.
- Fitzgerald K.G. and Caro F.G. (2014) "An overview of age-friendly cities and communities around the world". *Journal of Aging & Social Policy* 26(1-2): 1-18.
- Gabe, J., Cardano, M., & Genova, A. (Eds.). (2021). *Health and Illness in the Neoliberal Era in Europe*. Emerald Publishing Limited
- Gagliardi C, Santini S, Piccinini F, Fabbietti P, di Rosa M. "A pilot programme evaluation of social farming horticultural and occupational activities for older people in Italy". *Health Soc Care Community* 2018; 00:1–8 <https://doi.org/10.1111/hsc.12641>
- Genova A., Lombardini S. (2020). "Health inequalities in Europe: policy matters in the neoliberal era!". In Jonathan Gabe, Mario Cardano, Angela Genova (eds) *Health and Illness in Neoliberal Era*. Emerald. pp.31-46
- Hemerijck, A. (Ed.). (2017). *The uses of social investment*. Oxford University Press.
- Högberg, B., Strandh, M., Baranowska-Rataj, A., & Sevä, I. J. (2017). "Ageing, health inequalities and the welfare state: A multilevel analysis". *Journal of Eu-*

- ropean Social Policy*, 28:4, 311-325.
- Kingdon, J. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policy*. New York: Harper-Collins.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). "Life course epidemiology". *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(10), 778-783.
- Kuitto, K. (2016). "From social security to social investment? Compensating and social investment welfare policies in a life-course perspective". *Journal of European Social Policy*, 26(5), 442-459.
- Moulaert F., Martinelli F., Swyngedouw E. and Gonzalez S. (2005) "Towards alternative model(s) of local innovation". *Urban Studies* 42(11): 1969–1990.
- Napoli, C., Williams-Ignarro, S., De Nigris, F., Lerman, L., Rossi, L., Guarino, C., Ignarro, L. (2004). "Long-term combined beneficial effects of physical training and metabolic treatment on atherosclerosis in Hypercholesterolemic mice". *PNAS* 101, 8797-8802.
- Petchey, R., Williams, J., & Carter, Y. H. (2008). "From Street-level Bureaucrats to Street-level Policy Entrepreneurs? Central Policy and Local Action in Lottery-funded Community Cancer Care". *Social Policy & Administration*, 42(1), 59-76.
- Rechel B., Grundy E., Robine J.M., Cylus J., Mackenbach J.P., KnaiCand McKee M. (2013). "Ageing in the European union". *The Lancet* 381(9874): 1312-1322.
- Schrecker, T., & Bambra, C. (2015). *How politics makes us sick: Neoliberal epidemics*. Springer.
- Taylor-Gooby P. (2001). "Sustaining state welfare in hard times: Who will foot the bill?". *Journal of European social policy* 11(2): 133-147.
- UNECE/European Commission (2015). "Active Ageing Index 2014: Analytical Report", Report prepared by Asghar Zaidi of Centre for Research on Ageing, University of Southampton and David Stanton, under contract with United Nations Economic Commission for Europe (Geneva), co-funded by European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (Brussels).
- Willett, W., (2002). "Balancing life-style and genomic research for disease prevention". *Science*, 296, 695-698.

Sitografia

- European Commission (2013) *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Reference Sites. Excellent innovation for ageing A European Guide*. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>

7. *Le politiche per la disabilità nella Regione Marche*

di *Carla Moretti**, *Barbara Giacconi***

7.1. Il livello nazionale¹

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, rappresenta un importante risultato raggiunto dalla comunità internazionale. Scopo della Convenzione è quello di promuovere, proteggere e assicurare il pieno e uguale godimento di tutti i diritti e di tutte le libertà da parte delle persone con disabilità. A tal fine, la condizione di disabilità viene ricondotta all'esistenza di barriere di varia natura che possono essere di ostacolo a quanti, portatori di minorazioni fisiche, mentali o sensoriali a lungo termine, hanno il diritto di partecipare in modo pieno ed effettivo alla società.

La legge italiana di ratifica della Convenzione (n. 18/2009) ha contestualmente istituito l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità che ha, tra gli altri, il compito di promuovere l'attuazione della Convenzione ed elaborare il rapporto dettagliato sulle misure adottate (art 35 della Convenzione), in raccordo con il Comitato Interministeriale dei Diritti Umani (CIDU) (disabilita.governo.it).

La Convenzione delle Nazioni Unite definisce un nuovo paradigma per le persone con disabilità, che pone centralità ai processi di indipendenza con la scelta dei supporti necessari per raggiungere una piena partecipazione sociale ed economica (Vivaldi, 2021). A tal fine, nel contesto italiano la L. 112/2016, nota come legge sul "Dopo di noi", attuata con il Decreto Ministeriale 23 novembre 2016, rappresenta una tappa importante in tale am-

* Professore associato di Sociologia generale, Università Politecnica delle Marche.

** Coordinatrice Ambito Territoriale Sociale n. 12 Falconara Marittima.

¹ Il capitolo è frutto del lavoro congiunto delle autrici. Tuttavia, i paragrafi 7.1, 7.2 e 7.2.1 sono da attribuirsi a Carla Moretti; i paragrafi 7.1.1 e 7.3 a Barbara Giacconi; il cap.7.4 è stato curato da entrambe.

bito, contribuendo allo sviluppo della L. 328/2000 nella direzione di valorizzare la diversità dei bisogni umani e gli interventi personalizzati. La L. 112/2016 disciplina gli interventi di supporto alle persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla disabilità, prive del sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno del sostegno familiare.

Per dare piena attuazione alla Convenzione ONU il legislatore ha previsto il ricorso a due strumenti di fondamentale importanza: il progetto personalizzato, inteso come progetto individuale ai sensi dell'art. 14 della L. 328/2000, e il budget di progetto (Gnan e Castegnaro, 2021).

La definizione del progetto individuale richiede una valutazione multidimensionale, al fine di individuare gli specifici sostegni di cui la persona necessita, e il case manager, figura di riferimento preposta a curarne la realizzazione e il monitoraggio.

Il progetto personalizzato, che può presentare sia una specifica durata nel tempo sia un massimale erogativo, contiene il budget di progetto, ossia "La definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, strumentali, professionali e umane atte a garantire la piena fruibilità dei sostegni indicati per qualità, quantità e intensità nel progetto personalizzato" (d.m. 23 novembre 2016, art. 1).

Il budget di progetto, che costituisce una declinazione del più ampio budget di salute, deve essere utilizzato in maniera flessibile, dinamica e integrata per ricomporre, ed eventualmente riconvertire, l'utilizzo di risorse pubbliche, private e comunitarie (Gnan e Castegnaro, 2021). La L. 12/2016 è una sfida alle categorie degli interventi di welfare, il riconoscimento dell'autonomia e delle capacità di autodeterminazione delle persone con gravi disabilità deve essere seguito da un nuovo modello, realizzato dagli enti locali con il coinvolgimento delle persone con disabilità, i famigliari e gli enti del Terzo settore (Vivaldi, 2020; 2021).

Riguardo al budget di progetto, alcune regioni si sono limitate a prevedere, rispetto alle indicazioni nazionali, alcune ulteriori specifiche; altre, invece, hanno interpretato lo strumento come una reale opportunità di ripensamento della logica sottostante la presa in carico delle persone con disabilità (Gnan e Castegnaro, 2021). La Regione Marche ha adottato delle Linee guida (d.g.r. 833 del 17.7 2017) per orientare gli enti territoriali riguardo: l'individuazione dei beneficiari degli interventi, l'identificazione delle modalità e delle priorità di accesso, la stesura del progetto personalizzato e del relativo budget.

Un'altra importante legge per il pieno riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità è la L. 134/2015 "Disposizioni in materia di diagno-

si, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”. Questa legge, in conformità a quanto previsto dalla risoluzione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 12 dicembre 2012 sui bisogni delle persone con autismo, prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l’inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico. Istituisce, inoltre, i centri di riferimento regionali con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell’ambito della rete sanitaria.

Nel quadro delle iniziative di contrasto alla pandemia Covid-19 e ai suoi gravi effetti sociali ed economici, gli interventi del Governo hanno interessato anche il mondo della disabilità. Con il “Decreto Rilancio” sono state aumentate le risorse del Fondo per le non autosufficienze. È stato, inoltre, istituito il “Fondo di sostegno per le strutture semiresidenziali per persone con disabilità” e viene dato avvio al Reddito di Emergenza (REM), destinato ai nuclei familiari in condizioni di necessità economica in conseguenza dell’emergenza (Ferrante, 2020).

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) prevede una riforma finalizzata all’adozione di una disciplina organica sulla disabilità (Pesaresi, 2021), volta a ridisegnare la tutela della disabilità nei diversi ambiti e, allo stesso tempo, a prevedere processi più efficienti di erogazione degli interventi e dei servizi. Nello specifico, “L’Investimento Percorsi di autonomia per persone con disabilità” (PNRR, 5.1.2) ha l’obiettivo di migliorare l’autonomia delle persone con disabilità, fornendo servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari, per consentire loro di raggiungere una maggiore qualità della vita rinnovando gli spazi domestici in base alle loro esigenze specifiche e sviluppando soluzioni domestiche.

7.1.1. Alcuni dati nazionali

Progettare e pensare le politiche per la disabilità richiede innanzitutto di partire dalla rilevazione e analisi dei dati quantitativi. Nella pratica avere tali dati è molto complesso poiché non esiste ancora una rilevazione generale a livello nazionale su quante siano le persone con disabilità in Italia. Per avere un’idea della portata del fenomeno occorre pertanto dedurre la stima prendendo in analisi dati correlati. Ad esempio, un metodo per quantificare numericamente le persone con disabilità potrebbe essere quello di andare a rilevare quanti sono coloro che percepiscono sussidi economici a causa della loro condizione. Nel 2019 il numero dei beneficiari di pensioni per persone con disabilità rilevati dall’Istat era 4.424.232 (disabilitaincifre.it), pari al 7,42% della popolazione. Se andiamo invece a vedere il dato

di quante persone in Italia, nel 2019, soffrono di gravi limitazioni che impediscono di svolgere attività abituali determinate da problemi di salute, sono circa 3.150.000, pari al 5,2% della popolazione.

Analizzando il dato territoriale si rileva che il 6,5% delle persone che hanno gravi limitazioni a svolgere le attività quotidiane vivono nelle Isole, il 4,5% nel nordovest Italia.

Quasi un milione e mezzo sono gli ultrasettantacinquenni (22% della popolazione), di cui circa un milione le donne. Il 29% delle persone con disabilità vive sola, ed è possibile ipotizzare che siano pertanto più vulnerabili poiché, oltre alle condizioni di salute, corrono il rischio dell'isolamento sociale; il 27,4% abita con il coniuge, il 16,2% con il coniuge e i figli, il 7,4% con i figli e senza il coniuge, il 9% con uno o entrambi i genitori. Il restante 11% appartiene ad altre tipologie di nuclei familiari.

Per quanto riguarda il livello di benessere economico, le famiglie delle persone con disabilità hanno un reddito annuo equivalente medio (comprensivo dei trasferimenti da parte dello Stato) di 17.476,00 €, inferiore del 7,8% a quello nazionale². I trasferimenti monetari che lo Stato riconosce alle persone con disabilità sembrano comunque riuscire ad arginare il rischio di povertà. In particolare il 48,9% delle famiglie riceve trasferimenti monetari: il 18,7% beneficia di almeno un trasferimento di tipo previdenziale e il 39,5% di almeno uno di natura assistenziale. Tuttavia, i trasferimenti non sono sufficienti a garantire a queste famiglie condizioni di vita analoghe al resto della popolazione, e ciò a causa dei costi aggiuntivi, di natura medica e sanitaria, determinati proprio dalla disabilità stessa.

Al fine di rilevare il livello di integrazione sociale delle persone con disabilità, un indicatore significativo è innanzitutto la partecipazione alla vita scolastica, in questo ambito si rilevano quasi 300.000 alunni con disabilità nell'anno scolastico 2019/2020, affiancati da circa 176.000 insegnanti di sostegno (1,7 alunni per ogni insegnante), di cui però il 37% senza una formazione specifica³. Per quanto riguarda la presenza dell'assistente all'autonomia e alla comunicazione, tale figura risulta particolarmente carente nelle regioni del Mezzogiorno (rapporto alunno/assistente pari a 5,5), migliore è la situazione nel centro e nel nord (4,4), con rapporti che non superano il 3,1 nella Provincia Autonoma di Trento, in Lombardia e nelle Marche. Non si può non fare cenno all'impatto che la pandemia determinata dal virus Sars-Covid 19, in atto da marzo 2020, ha avuto sulla partecipazione scolastica degli alunni con disabilità e sulla possibilità di fruire della

² I dati sono riferiti ai redditi del 2016 e basati sull'indagine 2017 sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie <https://www.istat.it/it/archivio/5663>

³ Istat, "Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni, istituzioni", 2019.

didattica a distanza: tra aprile e giugno 2020 è il 23% degli alunni con disabilità a non aver preso parte alle lezioni (circa 70.000), a fronte dell'8% degli altri studenti.

Un altro indicatore fondamentale delle condizioni di vita delle persone con disabilità riguarda il lavoro. Malgrado un buon impianto normativo dettato dalla L. 68/1999 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, nel 2019 solo il 32,2% delle persone con gravi limitazioni tra i 15 e i 64 anni risultano occupate, contro il 59,8% del resto della popolazione.

Alla luce di questi dati è possibile affermare che la piena inclusione delle persone con disabilità è un percorso che deve essere ancora concluso. Infatti, i diritti relativi la salute, lo studio, l'inserimento lavorativo e l'accessibilità, sanciti nell'articolato della Convenzione ONU del 2009, non sono ancora garantiti. Ad oggi si registra in modo diffuso a livello nazionale una carenza nei servizi sanitari, sociali e di assistenza, mentre il principale strumento di supporto per le persone con disabilità e le loro famiglie è ancora rappresentato dai trasferimenti monetari, sia pensionistici sia assistenziali.

7.2. Le politiche regionali nell'ambito della disabilità

La Regione, attraverso la l.r. 18/96 “Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità” ha sostenuto nel corso degli anni gli interventi volti all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone con disabilità⁴. A partire dall'anno 2015, in sostituzione dei fondi regionali, per mantenere gli interventi previsti in questa Legge sono stati utilizzati i fondi per l'integrazione sociosanitaria (d.g.r. 1070/2015); è stato però possibile finanziare solo alcuni degli interventi previsti: l'assistenza domiciliare domestica e educativa, l'integrazione scolastica, i tirocini di inclusione sociale (TIS).

Il fondo stanziato con la d.g.r. 212/2019 è stato ripartito assegnando a ogni Ambito Territoriale Sociale (ATS) un budget per l'anno 2019, calcolato come segue: per quanto riguarda i TIS il contributo fisso è stato pari a € 162,00 mensili, poi il fondo restante è stato distribuito tenendo conto della media delle somme ammesse a finanziamento nel triennio 2016/17/18 per gli interventi di assistenza domiciliare domestica, educativa e per gli inter-

⁴ I dati regionali relativi ai servizi e agli interventi nell'ambito della disabilità presentati nei paragrafi 2 e 2.1 sono stati elaborati a cura del Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità (CRRDD). La consultazione dei dati è stata possibile grazie alla collaborazione della dott.ssa Emanuela Lucertini, analista del CRRDD, e della dott.ssa Maria Laura Bernacchia, responsabile P.O. Politiche di sostegno alle persone con disabilità - Regione Marche.

venti di integrazione scolastica ed è stato ripartito in maniera proporzionale calcolando una percentuale di contributo uguale per tutti.

Un'area significativa delle politiche regionali riguarda i Progetti di Vita Indipendente; fin dal 2004 è stato approvato il progetto sperimentale biennale "Vita Indipendente" per persone con grave disabilità motoria, avviato nel 2007. Il progetto si rivolgeva a persone con grave disabilità fisica, di età compresa tra i 18 e i 65 anni; la sperimentazione si è conclusa nel 2012. Considerati gli importanti risultati conseguiti riguardo agli aspetti relativi all'autonomia, la Regione ha ritenuto opportuno consolidare l'intervento con una programmazione triennale per gli anni 2012-2015; l'approvazione della l.r. 21/2018 "Interventi regionali per favorire la vita indipendente delle persone con disabilità" ha consentito di dare continuità e stabilità agli interventi. Questa legge conferma alcuni elementi importanti già presenti nella progettualità 2018: i possibili beneficiari sono tutte le persone con disabilità in situazione di gravità e non più esclusivamente le persone con grave disabilità motoria, il contributo viene erogato direttamente al beneficiario anziché attraverso il Comune di residenza. L'unico nuovo aspetto di rilievo introdotto riguarda il limite di età dei beneficiari: non è più previsto il limite di età compresa tra i 18 e 65 anni bensì ne possono beneficiare tutte le persone con disabilità grave.

Per il biennio 2019-2020, con risorse a disposizione dei fondi sanitari e regionali, è stato possibile rispondere a tutte le richieste pervenute; per l'anno 2021 la progettualità è stata prorogata al fine di consentire agli stessi beneficiari la prosecuzione dei propri progetti personalizzati di vita indipendente, in attesa di aprire un nuovo bando per l'anno 2022.

La Regione, inoltre, ha partecipato anche alla sperimentazione del modello di intervento in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità promossa dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel periodo 2013 - 2018. Il fondo, pari a € 100.000 (80% Ministeriale e 20% regionale) per ogni ATS coinvolto, può essere utilizzato, oltre che per l'assunzione di assistenti personali, per più azioni, quali: sperimentazioni di housing e co-housing sociale; interventi di inclusione sociale e relazionale, trasporto sociale; acquisto di attrezzatura domotica e azioni di sistema. Nel 2019, con il fondo annualità 2018, è stata avviata la sperimentazione che ha coinvolto cinque ATS (n.1-Pesaro; n.11-Ancona; n.12-Falconara Marittima; n.15- Macerata; n.23-Unione Comuni Vallata del Tronto). Questa sperimentazione, che doveva concludersi il 30 settembre 2020, per motivi legati alla pandemia Covid-19 è stata prorogata fino al 31.12.2020.

Da evidenziare l'approvazione, nell'anno 2019, delle "Linee Guida per l'attuazione dei Progetti personalizzati di vita indipendente" valide per gli anni 2019, 2020 e 2021. Un aspetto importante riguarda il coinvolgimento dell'AVI Marche (Associazione Vita Indipendente Marche) a cui gli ATS

hanno destinato parte del budget per la gestione delle “Azioni di sistema” in continuità con le azioni del Comitato Marchigiano per la Vita Indipendente delle persone con disabilità.

Dall’annualità 2019, il finanziamento ministeriale della sperimentazione di Progetti per la Vita indipendente è parte del Fondo nazionale per le non autosufficienze (d.p.c.m. 21.11.2019, art. 4); in merito al Fondo delle annualità 2019 e 2020 la regione ha previsto di dare continuità alle azioni già avviate nei medesimi ATS.

In riferimento al Progetto Ministeriale “Vita indipendente ed inclusione delle persone con disabilità”, nella Regione più della metà del Fondo 2018 è stato utilizzato per gli assistenti personali, sovrapponendosi quindi alla progettualità regionale. Il 18% del Fondo è stato investito da due ATS per sperimentare forme di co-housing di persone con disabilità, raggiungendo ottimi risultati in termini di percorsi di autonomia in relazione al proprio nucleo familiare. Parte del Fondo, inoltre, è stato utilizzato anche per strumentazioni di domotica (9,95%); solo in minima parte per il trasporto sociale (2,09%) e le attività di inclusione sociale e relazionale (0,86%).

In merito alla programmazione degli interventi relativi al “Dopo di noi”, in riferimento alla L. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”, la Regione, con la d.g.r. 833/2017, ha approvato gli indirizzi di programmazione regionale per la realizzazione degli interventi e servizi rivolti alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché i criteri di riparto delle risorse assegnate alla Regione da trasferire agli ATS relativamente al Fondo 2016.

Le linee programmatiche per l’attuazione degli interventi relativi al “Dopo di noi” sono state concordate insieme ai coordinatori degli ATS con i quali il Servizio Politiche Sociali ha attuato un confronto costante. Agli enti capofila degli ATS, inoltre, è stato affidato il compito di coordinare e gestire gli interventi utilizzando la modalità dei Tavoli di concertazione. A tal fine gli ATS hanno coinvolto nella progettazione gli enti locali e tutti gli operatori del settore socio-sanitario: Unità Multidisciplinare Età Adulta (UMEA), Dipartimento Salute Mentale (DSM), istituzioni locali, le famiglie e le organizzazioni di rappresentanza dei disabili.

La pandemia Covid-19 ha reso difficile la prosecuzione di alcuni di questi progetti, in particolare quelli che riguardano i percorsi di accompagnamento all’autonomia con graduale distacco dalla famiglia; le attività sono comunque riprese, anche se con modalità e tempi differenti rispetto a quanto previsto nella progettualità.

Nell’ambito delle politiche per la disabilità, la Regione ha rivolto particolare attenzione ai bisogni delle persone con autismo e alle loro famiglie. La Regione Marche è stata la prima, a livello nazionale, a dotarsi di una

normativa organica sui disturbi dello spettro autistico con la l.r. 25/2014 “Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico”. La Regione dal 2016 attribuisce contributi alle famiglie con persone affette da disturbi dello spettro autistico per le spese sostenute per gli interventi educativi/riabilitativi. A seguito della d.g.r. 185/20, che stabilisce i criteri per accedere a tali contributi e in applicazione delle Linee Guida emanate dall’Istituto Superiore di Sanità, per l’anno 2020 sono ammesse a contributo le spese sostenute per le seguenti azioni: gli interventi educativi a orientamento cognitivo-comportamentale; le supervisioni per gli interventi a orientamento cognitivo-comportamentale; gli interventi comportamentali e psicologici in età adolescenziale e adulta; la terapia logopedica e la terapia psicomotoria. Nel 2017 (d.g.r. 993) la Regione ha costituito il Centro Regionale Autismo per l’Età Evolutiva e il Centro Regionale per l’Età Adulta. I servizi sociali dei Comuni e gli ATS sono parte integrante della rete di interventi con funzioni di individuazione e di attivazione dei servizi socioeducativi territoriali.

Un’altra area di intervento riguarda il sostegno alla disabilità sensoriale, con la d.g.r. 912/2019 sono stati definiti i criteri per l’attuazione degli interventi socioassistenziali a favore degli alunni con disabilità fisiche o sensoriali per l’a.s. 2019/20. I criteri di riparto delle risorse da trasferire agli stessi prevedono che il 40% sono in relazione al numero degli alunni con disabilità sensoriale presenti in ciascun ATS, in base a un monitoraggio dell’anno scolastico precedente, e il 60% in relazione alla popolazione compresa tra 0 e 23 anni residente sul territorio regionale al 01.01.2018.

La Regione, inoltre, a partire dalla d.g.r. 1892 del 16.11.2009, “Criteri e modalità attuative intervento sperimentale di sostegno alle famiglie di persone affette da S.L.A. Anno 2009 e 2010” prevede contributi per le persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), riconoscendo il gravoso impegno che le famiglie sostengono nell’assistere la persona.

7.2.1. I dati regionali relativi alla disabilità

Nell’ambito della disabilità, alcuni dati relativi alla Regione Marche possono essere rilevati dalle indagini dell’Istat (disabilitaincifre.it).

In riferimento all’anno 2019, gli studenti con disabilità che hanno una certificazione in base alla L. 104/92 e che usufruiscono dell’insegnante di sostegno sono 7.332 (3.4% della popolazione). Considerando le diverse tipologie di disabilità degli alunni fino a 18 anni, emergono i seguenti dati: disabilità intellettiva (5.378); disabilità motoria (146); disabilità uditiva (146), disabilità visiva (120).

Le persone con una invalidità certificata da apposite commissioni, per la

quale è riconosciuta l'erogazione di prestazioni di tipo monetario, nel 2019 sono risultate 132.088.

Con riferimento alla rilevazione effettuata dal Centro Regionale di Ricerca e Documentazione sulle Disabilità, si evidenziano alcuni dati relativi agli interventi erogati. Nel periodo 2016-2019, in riferimento alla l.r. 18/1996, si rileva un incremento degli interventi: da 8.013 nel 2016 a 8.805 nel 2019.

In merito alla progettualità relativa alla Vita Indipendente, il numero dei beneficiari, dal 2004 al 2021, è aumentato da 42 a 309. Il primo aumento significativo (227) si registra nel 2018 con l'apertura di un nuovo bando valido nel periodo di transizione verso l'attuazione della legge regionale, in cui il contributo è rivolto a tutte le persone con disabilità in situazione di gravità.

Nel biennio 2019-2020 i beneficiari sono 309, di cui 168 maschi e 141 femmine. La fascia di età prevalente è compresa tra i 50 e i 64 anni. La tipologia di disabilità maggiormente rappresentata è quella fisica/motoria. In rapporto alla popolazione residente per provincia, gli attuali beneficiari risultano distribuiti equamente nel territorio regionale.

Riguardo agli interventi relativi al "Dopo di noi", in merito ai criteri di riparto, la Regione in relazione al Fondo 2016, per una maggiore ottimizzazione delle risorse e a seguito del confronto con gli ATS, ha ritenuto opportuno finanziare le sole azioni relative agli interventi di supporto alla domiciliarità e agli interventi di realizzazione di innovative soluzioni alloggiative. A partire dalla prima annualità, la quantificazione del bisogno reale emerso al 31.12.2019, sulla base delle richieste pervenute ai territori, risulta essere pari a 249 persone con disabilità grave; di queste, a seguito di valutazione, le persone per le quali è emersa la necessità di esigenze abitative extra-familiari e l'idoneità per gli interventi sono 162. Date le risorse disponibili il numero degli effettivi beneficiari degli interventi per i quali è stato predisposto il progetto personalizzato sono 116. Di questi, circa il 60% maschi e il 40% femmine, più del 30% hanno genitori che non sono più nella condizione di continuare a garantire il sostegno genitoriale, mentre il 25% sono privi di entrambi i genitori. I restanti sono in possesso di risorse economiche e/o con genitori ancora in grado di garantire il sostegno genitoriale, per i quali è comunque emersa la necessità di esigenze abitative extra-familiari.

Le soluzioni alloggiative individuate, in parte messe a disposizione dagli utenti ma anche dagli enti locali e da organizzazioni del Terzo settore, sono complessivamente 29, così distribuite a livello provinciale: 7 (PU); 10 (AN); 6 (MC); 3 (FM); 3 (AP).

In riferimento all'ambito della disabilità gravissima, nel 2019 sono state

3.231 le persone (48,50% maschi e 51,50% femmine) che hanno beneficiato del contributo. Per quanto riguarda l'età dei beneficiari, si deve considerare che a partire dall'anno 2016 non sono più previsti limiti di età. Nell'anno 2019, come nei tre anni precedenti, si rileva un forte aumento proprio nella fascia di età a partire dai 65 anni (45,71% del totale). L'assistenza al disabile gravissimo viene prestata nel 94,49% dal familiare e nel 5,51% da un operatore esterno.

In merito agli interventi nell'ambito dell'autismo, dal 2016 al 2020 il numero delle richieste si sono triplicate, da 131 a 412. A fronte delle domande pervenute e dello stanziamento regionale annuale, non è stato possibile nel 2020, così come nelle annualità precedenti, finanziare le intere spese sostenute e presentate dalle famiglie. Ogni anno è stata erogata una percentuale di finanziamento che è diminuita dal 2016 al 2018, per poi raggiungere nel 2020 la percentuale più alta a seguito del significativo aumento del Fondo.

Nell'ambito della disabilità sensoriale, negli anni scolastici 2017/18, 2018/19 e 2019/20 il numero di minori che hanno beneficiato degli interventi sono rispettivamente: 187, 194 e 201. In riferimento all'anno scolastico 2019/20, il maggior numero di minori è in condizione di sordità (107), seguono i minori in condizione di cecità (87) e i minori sordociechi (7).

In riferimento alle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è previsto un contributo, finanziato con fondi regionali, di 850 e 1050 € al mese, in relazione a due livelli di gravità.

7.3. L'offerta dei servizi

L'offerta dei servizi e degli interventi a favore delle persone con disabilità registra una notevole eterogeneità e complessità, ma il composito sistema di welfare locale non sempre riesce a rispondere in modo adeguato ai loro bisogni e a quelli delle famiglie.

A livello territoriale, la valutazione e la presa in carico delle persone con disabilità è affidata alle équipe multidisciplinare età evolutiva (UMEE) e età adulta (UMEA) dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale ASUR). È in collaborazione con questi Servizi che gli interessati dovrebbero elaborare il loro progetto personalizzato, individuare e comporre il quadro degli interventi di cui necessitano e di cui hanno diritto. Purtroppo occorre segnalare che negli anni queste équipe hanno visto impoverire in modo significativo il loro organico, al punto che in alcuni territori della Regione non è più possibile parlare di multidisciplinarietà. Affinché tali Servizi possano svolgere il loro compito, e non essere semplici certificatori di condizioni di vulnerabi-

lità, sarebbe necessario investire in termini di personale ma anche di modelli organizzativi (Ragains, 2018). Infatti, per realizzare l'auspicata integrazione fra comparto sanitario e sociale, necessaria per la definizione di progetti personalizzati che non siano un mero assemblaggio di interventi frammentati, oltre al problema della carenza del personale, andrebbe rivisto anche il sistema organizzativo dei servizi che ancora faticano a dialogare malgrado gli interventi normativi del 2015 che hanno costituito le Unità Operative Sociali e Sanitarie (d.g.r. 110 del 23/02/2015), ma che in alcuni Distretti della Regione ancora non sono del tutto avviate e implementate.

Per quanto riguarda l'area del sostegno alla domiciliarità, tra gli interventi si ricordano innanzitutto quelli che si concretizzano in contributi economici alla persona con disabilità e/o alla sua famiglia precedentemente richiamati (disabilità gravissima, vita indipendente, SLA, autismo, minori con malattie rare, disabili sensoriali, a cui si aggiunge il recente fondo per i caregiver familiari). Il sistema degli aiuti economici risulta piuttosto frammentato, creando di fatto un impianto complesso da gestire sia per i Servizi deputati sia per i beneficiari stessi. Inoltre, tale disomogeneità si ritrova anche nel sistema previdenziale⁵, ed è possibile affermare che le persone con disabilità non vengono sostenute economicamente in relazione all'effettivo bisogno, anche fosse solo quello espresso, ma in base alla condizione certificata, alla "categoria" alla quale appartengono. Gli interventi a sostegno della domiciliarità tramite contributo economico si caratterizzano anche per l'eterogeneità dei criteri di erogazione: alcuni sono legati all'età e al reddito, altri a condizione di diagnosi, alcuni sono assegnati attraverso una graduatoria, in alcuni casi il contributo è fisso in altri variabile. Va inoltre evidenziato che tali interventi sono spesso finanziati con un vincolo di destinazione, sia per quanto riguarda i beneficiari ma anche per la tipologia di sostegni (Ragains, 2019).

Passando ad analizzare l'offerta dei servizi a sostegno della domiciliarità delle persone disabili, si ricorda l'assistenza educativa domiciliare, finalizzata alla realizzazione di un programma educativo e di integrazione sociale. Finanziata dai Comuni, e in parte dalla Regione con i fondi della l.r. 18/1996, il progetto educativo viene elaborato dal Servizio Sociale Professionale degli enti Locali in collaborazione con l'UMEA dell'ASUR, presente a livello distrettuale. Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) è rivolto alle persone non autosufficienti che vivono a domicilio (anziani e

⁵ Si pensi alla complessa composizione del sistema pensionistico in Italia, che vede tra i principali sostegni economici la pensione di invalidità, l'assegno mensile di assistenza, l'indennità di frequenza, l'indennità di accompagnamento, la pensione ai ciechi assoluti e ai ciechi parziali, l'indennità di accompagnamento ai ciechi, l'indennità speciale ai ciechi parziali, la pensione per i sordi, l'indennità di comunicazione, la pensione sociale.

disabili) e si distingue per gli obiettivi volti al supporto della famiglia nel lavoro di cura, e nell'aiuto alla gestione quotidiana e domestica della persona con disabilità. È un servizio erogato dai Comuni e finanziato con il Fondo Nazionale Non Autosufficienza.

Nel complesso, se una persona con disabilità preferisce vivere nella sua abitazione, anche quando il sostegno familiare si affievolisce o viene meno, oggi più che in passato a questa possibilità può essere data concretezza intrecciando il sistema dei contributi economici con quello dei servizi domiciliari e semiresidenziali.

Per quanto riguarda le strutture sociali e sanitarie, residenziali e semiresidenziali, nelle Marche è in atto un percorso di riclassificazione e ricodifica delle tipologie a seguito dei nuovi manuali di autorizzazione approvati dalla Regione con d.d.g.r. 937/2020 e 938/2020.

Tra le strutture autorizzate censite dalla Regione nel periodo 01/07/2021-31/08/2021, relativamente l'area disabilità si contano 446 posti letto in centri residenziali classificati come "intensivi", 409 "estensivi", 729 "lungoassistenza/mantenimento", e 27 posti in strutture di "protezione".

Tra le strutture semiresidenziali si contano, inoltre, 409 posti in centri classificati come "estensivi", a "valenza sanitaria, e 1357 in "lungoassistenza/mantenimento", a valenza sociosanitaria; quest'ultimi sono collocati in centri semiresidenziali che prevedono massimo 25 persone e sono aperti per almeno sette ore al giorno, cinque giorni la settimana, 48 settimane l'anno.

7.4. Prospettive innovative

La classificazione internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), elaborata nel 2001, descrive lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo), al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socioculturale di riferimento possono causare disabilità. I fattori ambientali hanno un impatto su tutte le componenti del funzionamento e della disabilità, essi influenzano positivamente o negativamente la partecipazione della persona nella società. A tal fine diventa essenziale sostenere la persona e il suo contesto per consentire un effettivo esercizio dei suoi diritti fondamentali (Stefanini, 2020).

Lo scopo della L. 112/16 è quello di sostenere programmi di deistituzionalizzazione e di sostegno alla domiciliarità in abitazioni, in co-housing o gruppi appartamento di dimensioni familiari. È importante realizzare forme flessibili di risposta per sostenere percorsi di vita autonoma, mediante risorse materiali ed esistenziali, per non affrontare da soli le sfide della vita

fuori della famiglia, al fine di separarsi per tempo “durante noi” e non dopo (Vecchiato, 2020).

In questa prospettiva si stanno attuando, in diversi territori regionali, progetti volti all'autonomia abitativa delle persone con disabilità; uno studio realizzato nel Comune di Ancona (Moretti, 2018) evidenzia la presenza di esperienze innovative di coabitazione. Tali esperienze, in cui l'abitare si inserisce in un percorso di *empowerment* volto al raggiungimento di una autonomia complessiva della persona, evidenziano diversi elementi significativi. Riguardo all'accesso alla coabitazione è importante che le persone abbiano già avuto la possibilità di conoscersi e condividere momenti di vita quotidiana; è fondamentale, inoltre, che il passaggio alla coabitazione sia graduale, prevedendo sperimentazioni di brevi periodi, sostenute da un accompagnamento, da parte degli operatori, volto a promuovere l'aiuto reciproco nell'affrontare le difficoltà. La coabitazione è parte di un progetto di vita, pensato in una prospettiva di continuità nel tempo, pur permanendo una flessibilità che deve, necessariamente, tener conto dei cambiamenti che possono intervenire negli anni, correlati alle specifiche situazioni personali.

Un'altra esperienza innovativa, avviata a livello regionale nel 2021, riguarda il progetto “Iniziative di inclusione socio-lavorativa di soggetti affetti da Disturbo dello Spettro dell'Autismo (ASD) in ambito rurale”.

Negli ultimi anni la recente letteratura nazionale e internazionale ha segnalato l'impatto positivo che l'agricoltura sociale ha sulle persone con Disturbo dello Spettro dell'Autismo (Comunello e Berti, 2013; Torquati et al., 2019). Le esperienze reperibili nel panorama scientifico sono eterogenee, ma tutte confermano che le attività in agricoltura rappresentano una forma d'inclusione sociale che ha una valenza sia in un'ottica riabilitativa che in una visione di miglioramento della qualità della vita.

Il progetto, rivolto all'intero territorio della regione⁶, si pone i seguenti obiettivi: favorire la diversificazione dell'attività agricola come elemento di valore strategico e qualificante per lo sviluppo del settore, integrare e diversificare l'offerta dei servizi a favore di persone con ASD e delle loro famiglie nel territorio, costruire un percorso integrato sociosanitario-comunitario volto a migliorare la qualità della vita di persone con ASD attraverso l'avvio di iniziative di inclusione socio-lavorativa.

Si ritiene importante fare un accenno alla situazione determinata dalla pandemia Covid-19, che ha avuto un forte impatto nella vita delle persone con disabilità. In tutto il mondo la pandemia ha fatto emergere l'inade-

⁶ I destinatari del bando sono le Imprese agricole, singole o associate, e cooperative sociali di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381, il cui fatturato derivante dall'esercizio delle attività agricole svolte sia prevalente, come previsto dall'art. 2, comma 4 della Legge n. 141 del 18/08/2015.

guatezza dei sistemi di welfare indirizzati alle persone con disabilità, e in Italia è stata dirompente in vari ambiti: l'invisibilità nel sistema di protezione civile, la discriminazione dettata dal triage medico, la chiusura dei servizi dedicati e spesso la difficoltà a riconvertirli in servizi domiciliari, le vittime del virus all'interno delle strutture residenziali, la protezione limitata per i lavoratori con disabilità intellettiva che spesso non hanno potuto usufruire dello smart working, la difficoltà di garantire la didattica a distanza per gli alunni con disabilità (Griffo, 2021).

Anche nella Regione Marche, dal mese di marzo 2020 i Centri residenziali sono stati blindati per scongiurare il più possibile i rischi di contagio, e per lungo tempo i familiari non hanno potuto visitare i loro cari ricoverati in struttura. Ugualmente i centri diurni sono stati chiusi a marzo 2020 lasciando tante persone a casa, e spesso anche gli interventi domiciliari sono stati sospesi e ridotti. Per cercare di ripristinare in sicurezza alcuni servizi essenziali come i centri semi-residenziali per le persone disabili, la Regione Marche il 18/05/2020 ha emanato la d.g.r. 600 che ha disciplinato: le misure per la prevenzione del contagio; le procedure per l'accesso; le nuove modalità di funzionamento; i servizi alternativi attivabili a favore di chi non poteva riprendere la frequenza presso il centro.

Inoltre, con la d.g.r. 685 del 08/06/2020 la Regione ha regolamentato le modalità di funzionamento delle strutture residenziali extraospedaliere (sanitarie, sociosanitarie e sociali), definendo i seguenti aspetti: le misure per la prevenzione del contagio; l'attivazione di nuovi ingressi e l'ammissione dopo un ricovero in struttura ospedaliera/pronto soccorso; l'accesso di visitatori, familiari e altri soggetti; la gestione di casi covid positivi o invio in ospedale; il riconoscimento dell'incremento dell'intensità assistenziale.

Malgrado i tentativi della politica regionale di governare la gestione della pandemia, la situazione sanitaria e i gravi rischi di salute ad essa correlati hanno svelato la fragilità di un sistema dove il sociale e il sanitario faticano a dialogare e creare percorsi di effettiva presa in carico e cura delle persone. Le strutture riabilitative, soprattutto quelle di grandi dimensioni con numerosi posti letto, sono a volte diventate luogo di contagio invece che di protezione. Si auspica pertanto che si tenga conto di queste "svelate" fragilità nel progettare in futuro i servizi e gli interventi a favore delle persone disabili (Ragaini, 2021).

Continuare a progettare in una logica di frammentazione, ragionare per prestazioni e non per percorsi di sostegno, non garantisce una risposta ai bisogni delle persone con disabilità e delle loro famiglie. A questo si aggiunga che spesso queste persone sono sole nel comporre il progetto perché i servizi, per le carenze e difficoltà citate, non riescono a garantire quella presa in carico globale che sarebbe necessaria.

Anche allo scopo di fronteggiare tali difficoltà, sarebbe importante avviare anche nella Regione Marche la sperimentazione del “budget di salute”, che può essere definito come “un paniere di disponibilità per realizzare il progetto di vita delle persone con disabilità, non autosufficienti, vulnerabili. Strumento che mira a ricomporre la frammentata gamma delle misure e dei sostegni disponibili” (Castegnaro, Pasquinelli e Pozzoli, 2021, p. 1). Infatti, con l’adozione del budget di salute si dovrebbero integrare risorse diverse messe a disposizione di soggetti diversi: la persona interessata e la sua famiglia, la comunità locale e le istituzioni.

Riferimenti bibliografici

- Castegnaro C., Pasquinelli S. e Pozzoli F. (2021), *Budget di salute: dalle promesse alla realtà*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 1/2021: 1-2.
- Comunello F., Berti E. (2013), *Fattoria sociale. Un contesto competente oltre la scuola*, Erikson, Trento.
- Ferrante A. (2020), *Il complicato quadro delle politiche a favore delle persone con disabilità*, testo disponibile al sito: <https://www.linkiesta.it>, data di consultazione 4.10.2021.
- Gnan E., Castegnaro C. (2021), *Dopo di noi e budget di progetto: quali possibili declinazioni?*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 1/2021: 8-10.
- Griffo G. (2021), *Il nuovo welfare di inclusione e i progetti personalizzati*, Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 1/2021: 5-7.
- Istat, *Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni, istituzioni*, 2019.
- Moretti C. (2018), *Abitare inclusivo: servizi di welfare tra emergenza e innovazione*, La Rivista delle Politiche Sociali, n. 4/2018: 97-110.
- Pesaresi F. (2021), *Sanità e Sociale nel PNRR*, welfare ebook, n.3/2021, testo disponibile al sito: <https://francopesaresi.blogspot.com>, data di consultazione 4.10.2021.
- Ragaini F., a cura di (2021), *Non come prima. L’impatto della pandemia nelle Marche*, Gruppo Solidarietà, Moie di Maiolati Spontini (AN)
- Ragaini F. (2018), *Analisi sullo stato di attuazione e sugli effetti delle politiche regionali a sostegno delle persone non autosufficienti*, Audizione Comitato per il controllo e la valutazione delle politiche, Ancona 13/06/2018, testo disponibile al sito: <http://www.grusol.it/cstudi.asp>, data di consultazione 4.10.2021.
- Ragaini F. (2019), *Il sostegno alla domiciliarità e le persone con disabilità gravissima del fondo nazionale non autosufficienze*, Osservatorio Marche n. 100 del 23/07/2019, testo disponibile al sito: <http://www.grusol.it/cstudi.asp>, data di consultazione 4.10.2021.
- Stefanini P. (2020), *Servizio sociale e persone con disabilità*, in Campanini A., a cura di, *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Torquati B., Stefani G., Massini G., Cecchini L., Chiorri M., Paffarini C. (2019), *Social farming and work inclusion initiatives for adults with autism spectrum*

- disorders: A pilot study*, NJAS - Wageningen Journal of Life Sciences, 88/2019:10-20.
- Vecchiato, T. (2020), *Prima e con noi*, Studi Zancan, Politiche e servizi alle persone, n. 4-5/2020:3-5.
- Vivaldi, E. (2020), *Inclusion Policies for People with Disabilities: Twenty Years after the Law no. 328/2000*, Politiche Sociali, n.3/2020: 439-58.
- Vivaldi E. (2021), *L'assistenza alle persone con disabilità (grave) prive del sostegno familiare*, testo disponibile al sito: <https://www.forumcostituzionale.it>, data di consultazione 4.10.21.

8. *Le politiche per i minori e la famiglia**

di *Maria Simona Marconi*** , *Benedetta Polini****

8.1. **Le politiche per le famiglie e i bambini a livello nazionale**

Quella appena conclusa è stata definita una decade “ostile” alle politiche sociali in quanto profondamente segnata, a seguito della crisi del 2008, dall’attacco del neoliberismo ai sistemi di welfare in nome dell’austerità. Questa non sta ad indicare solo un taglio nelle spese, funzionale ad un equilibrio di bilancio, ma un progetto politico di trasformazione, fondato sull’idea che i sistemi di protezione sociale non siano più sostenibili (Farnsworth, Irving, 2021)¹. Nonostante alcuni Stati europei abbiano adottato il paradigma dell’investimento sociale, rendendo le politiche famigliari un pilastro del welfare è indubbio che in Italia, come in altri Stati del sud Europa, queste abbiano rappresentato un “terreno ghiacciato” (*frozen landscape*) in assenza di finanziamenti pubblici dedicati (León, Pavolini, 2014).

Le politiche famigliari, d’altra parte, risentono del controverso dibattito circa l’utilizzo al singolare del termine famiglia ovvero al plurale, dal momento che l’opzione scelta porta a considerare alcune tipologie di famiglia per escluderne altre (Saraceno, Keck, 2010). Si tratta, come noto, non solo di concetti teorici ma anche di questioni valoriali, che fanno infine propendere per una definizione operativa, quale è appunto quella di politiche famigliari, con cui ci si riferisce a: «tutte quelle politiche pubbliche che sono esplicitamente progettate per incidere sulla situazione delle famiglie o degli

* Il capitolo è frutto del lavoro congiunto delle due autrici. Tuttavia i paragrafi 8.1, 8.2, e 8.4 sono da attribuire a Benedetta Polini; i paragrafi 8.3 e 8.5 a entrambe le autrici.

** Coordinatrice Ambito Territoriale Sociale 21 San Benedetto del Tronto.

*** Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

¹ Nella versione più critica di questo ragionamento è il carattere passivo dei sistemi di welfare ad essere stato messo sotto accusa, in favore di politiche di assistenza basate sull’attivazione dei beneficiari (Fleckenstein, Lee, 2021)

individui nei loro ruoli familiari, di genere e intergenerazionali, e quindi hanno conseguenze chiare, anche se forse non volute, per tali famiglie e individui: trasferimenti di reddito diretti e indiretti volti a sostenere la costo dei figli e/o del coniuge a carico, servizi e trasferimenti di denaro finalizzati a far fronte alle esigenze di cura dei figli piccoli o di altri familiari non completamente autosufficienti» (Saraceno 2011, pp. 4-5)².

Al centro delle politiche famigliari vi sono dunque le responsabilità economiche e di cura all'interno della famiglia, tra le generazioni e i partner rispetto alle quali lo Stato interviene attraverso servizi o supportando chi esercita tali responsabilità attraverso varie tipologie di trasferimenti monetari.

Inoltre, le politiche famigliari sono forse l'area per così dire più giovane delle politiche sociali, sebbene le famiglie, le loro risorse, costrizioni, obbligazioni di genere e generazionali siano state modellate in larga parte dalle politiche pubbliche ben prima che fosse introdotto il concetto di politiche famigliari. In questo senso, per l'Italia a lungo si è parlato di politiche famigliari 'implicite' perché sussunte in altre politiche sociali e fiscali diversamente da Stati, come la Francia dove le politiche famigliari sono esplicitamente dirette a supportare comportamenti socialmente desiderabili dagli individui che la compongono o dalla famiglia nel suo complesso (Kaufmann, 2002). Abbiamo qui introdotto un'ulteriore questione connessa alle politiche famigliari, se cioè queste siano indirizzate ai bisogni dei singoli o dell'intero nucleo.

Da quanto fin qui premesso deriva l'orientamento a considerare i modelli di politiche famigliari nelle loro peculiarità. Come è noto, quello italiano è un modello di welfare familista (Ferrera, 1996) o altrimenti detto di "non politiche famigliari" (Saraceno, Naldini, 2007). Il nostro modello si caratterizza infatti per alti livelli di dipendenza dalle famiglie e dalle figure femminili all'interno delle famiglie che fungono da ammortizzatori sociali e dal residuale intervento dello Stato che risulta piuttosto frammentato, poco generoso e selettivo. Alla timida presenza di un'area di politiche famigliari fa da contraltare una forte solidarietà familiare e parentale, ancora incentrate sui ruoli femminili, come leva strategica su cui fare affidamento nella risposta ai nuovi e vecchi rischi sociali (Ascoli, 2011; Vicarelli, 2011).

Con riguardo alle finalità, la letteratura individua almeno tre obiettivi da cui le politiche famigliari sono mosse: l'intervento sulla fecondità e sui comportamenti riproduttivi, la preoccupazione riguardo alla povertà tra le famiglie con bambini, l'equità di genere e il supporto al modello dual earner/dual carer. Questi obiettivi cambiano nel tempo e tra i differenti Stati ma, proprio in considerazione del modello di welfare poc'anzi descritto, ri-

² Traduzione dell'autrice.

sulta quanto mai difficile far rientrare l'Italia nel gruppo degli Stati che persegue l'uno o l'altro di questi obiettivi, spesso peraltro compresenti entro una stessa area di bisogno.

In un contributo di qualche anno fa, Billari e Dalla Zuanna (2007) si chiedevano: perché uno Stato moderno dovrebbe aiutare le famiglie con figli? I due studiosi rintracciavano almeno quattro motivazioni sottostanti le politiche familiari. L'intervento può essere sollecitato da motivazioni esplicitamente «pro-nataliste» e basate sull'idea di equilibrio demografico oppure da motivazioni perequative o di “garanzia per ipotetici diritti dei genitori ad avere il numero di figli desiderato” (Idem, 44). Le motivazioni possono inoltre essere di tipo redistributivo, di contrasto alle disuguaglianze e di lotta alla povertà poiché la ricerca empirica mostrava (e mostra) che «a parità di tutto il resto, chi ha più fratelli è sfavorito dal punto di vista economico, in particolare nell'acquisizione di capitale umano» (Billari, Dalla Zuanna 2007, p.45). Infine possono ravvisarsi motivazioni perequative che mettano al centro il bambino e non il genitore come soggetto dell'intervento, poiché «nelle famiglie con più figli, il vero soggetto diseguale è certamente il bambino e quindi tutti gli interventi e le proposte vanno centrati su di lui, piuttosto che sui suoi genitori» (Billari, Dalla Zuanna 2007, p. 48).

In un paese in cui «la componente più rilevante della spesa a favore delle famiglie è rappresentata dai trasferimenti monetari» mentre «molto modesto è il peso dei servizi, la cui offerta continua ad essere fortemente differenziata sul territorio» (Guerra, 2011, p. 225), la leva fiscale ha rappresentato e continua a rappresentare il principale strumento per garantire pari opportunità a tutti i bambini.

A lungo auspicata (Ascoli 2019), una misura universalistica di sostegno al costo dei figli è stata infine introdotta a marzo 2021 dalla L.n. 46/21 (Delega al Governo per riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico e universale). Con l'Assegno unico universale per i figli (Auuf)³ viene attuato il riordino degli istituti vigenti, detrazioni Irpef, assegno al nucleo familiare, bonus che vengono assorbiti dalla nuova misura. Nelle intenzioni del legislatore i beneficiari saranno le famiglie più povere, che nel sistema attuale non sempre fruiscono dell'assegno al nucleo familiare se i genitori non sono lavoratori dipendenti o assimilati e che, a motivo dell'incapienza, non possono fruire neppure delle detrazioni fiscali. Ne beneficeranno inoltre i genitori lavoratori autonomi, che oggi non accedono agli assegni al nucleo familiare. Tuttavia,

³ L'Auuf origina dal disegno di legge governativo (primo firmatario Del Rio), sulla scorta del disegno di legge presentato nella precedente legislatura (primo firmatario Lepri). L'entrata in vigore dell'Auuf è prevista alla data dell'1 gennaio 2022 mentre per il periodo dall'1 luglio 2021 al 31 dicembre 2021 è prevista una misura ponte.

secondo alcune simulazioni condotte, l’Auuf si presenta come istituto universale, rivolto a tutti i nuclei familiari con figli a carico, ma poco equo (Acli, 2021); inoltre, si rende auspicabile che «la disciplina dell’Auuf sia inserita in un più ampio sistema di strumenti ed istituti finalizzati a favorire la conciliazione vita-lavoro e offerta di servizi educativi e di cura» (Arel, Feg, Alleanza per l’infanzia 2021). Questo sistema è individuabile nel pacchetto di misure per le famiglie, il cosiddetto Family Act, che pone l’Italia in linea con altri paesi dove da tempo vengono attuati programmi di questo tipo con risultati apprezzabili (Saraceno, 2020).

Caratterizzata da specificità è invece l’area del sostegno alla genitorialità, come insieme di interventi esplicitamente orientati a migliorare l’approccio e l’esercizio della responsabilità genitoriale e ad aumentare le risorse e le competenze per la cura e l’educazione dei bambini (Daly, 2015). Introdotti nel 2016 con il “IV Piano Nazionale di Azioni e di Interventi per la Tutela dei Diritti e lo Sviluppo dei Soggetti in Età Evolutiva” (Piano) e poi ripresi nel 2019 con il DL n. 4 che regola il Reddito di Cittadinanza⁴, gli interventi di sostegno alla genitorialità si confermano un efficace strumento di protezione dei minori, entro il modello puerocentrico che ne tutela l’interesse, ma non una strategia di politiche familiari, come avvenuto in altri Stati europei quali la Svezia, la Francia e la Spagna.

8.2. La legislazione regionale

La produzione legislativa regionale che regola gli interventi rivolti a famiglie e bambini si compone da un lato, della L.R. n.30/98 “Interventi a favore della famiglia” e dall’altro lato, dalla L.R. n. 9/03 “Disciplina per la realizzazione e gestione dei servizi per l’infanzia, per l’adolescenza e per il sostegno alle funzioni genitoriali e alle famiglie” modificata con la L.R. n. 35/17. In riferimento all’ambito della protezione minorile, la Regione interviene attraverso la L.R. n. 7/94 con cui concede «contributi per minori in

⁴ Come si legge nel Piano Sociale 2020-2022 della Regione Marche, «La povertà è indubbiamente uno di quei fattori di rischio che pesano sul futuro dei bambini, se accompagnati ad altre fragilità del nucleo. Inoltre le ricerche dimostrano che interventi di sostegno alla genitorialità, ad esempio nella forma dell’*home visiting* o altri interventi il cui obiettivo sia il sostegno all’esercizio positivo del ruolo genitoriale, migliorando il funzionamento psicosociale e cognitivo dei bambini, hanno un’efficacia duratura nel tempo, soprattutto per i nuclei più fragili in condizioni socio-economiche svantaggiate. Per tali motivi, un obiettivo specifico della programmazione degli interventi di contrasto alla povertà riguarda l’attivazione di un percorso di sostegno alla genitorialità ogni qual volta si presenti una situazione di bisogno complesso, come sopra definita, e nel nucleo sia presente un bambino o una bambina nei primi mille giorni della sua vita» (pp. 71-72).

situazioni familiari multiproblematiche, per gli adolescenti a rischio di devianza, nonché per minori stranieri accolti nel territorio marchigiano, per motivi umanitari, da erogarsi, attraverso i comuni, ai Comuni stessi, alle istituzioni scolastiche, alle associazioni ed ai soggetti sociali che sostengono spese per l'assistenza educativa, l'affido familiare e l'accoglienza in strutture residenziali (art.1)».

Inoltre, con la DGR n. 869 anch'essa risalente al 2003 "Indirizzi in materia di interventi socio-sanitari territoriali relativi all'affidamento familiare di cui alla L.184/1983 e successive modificazioni", la Regione incentiva la costituzione delle équipe integrate sociosanitarie per l'affidamento familiare e dal 2018, con decreto del Dirigente dei Servizi Sociali e Sport, finanzia un contributo rivolto agli enti capofila degli Ambiti Territoriali Sociali per le spese di realizzazione del programma ministeriale PIPPI (Programma di Interventi Per la Prevenzione e l'Istituzionalizzazione). L'impianto normativo è infine arricchito dalla L.R n.14/17 "Disposizioni per la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza e lo sviluppo di progetti a sostegno delle "Città sostenibili e amiche dei bambini e degli adolescenti" della Regione Marche".

Nonostante la molteplicità delle fonti, per gli obiettivi di questo paragrafo limiteremo l'analisi alla L.R. n.30/98 e alla L.R. n. 9/03, dando conto anche dell'attuazione in termini di risorse economiche rese disponibili in ottemperanza agli obiettivi normativi (Ferrari, 1998). Queste leggi sono «elemento costitutivo ancorché non unico» (Prina, 2019, 247) delle politiche familiari regionali così come definite nel precedente paragrafo, in quanto stabiliscono gli obiettivi e gli effetti che queste intendono raggiungere (La Spina, 2011).

Con la L.R. n.30/98 il legislatore si è posto l'importante obiettivo di «promuove interventi in favore della famiglia, così come riconosciuta dalla Costituzione e dalle leggi statali, affermandone il ruolo fondamentale per lo sviluppo della persona e della vita sociale» (art.1). Nei sei articoli che la compongono, la legge introduce un corpus insieme di interventi e strumenti aventi la finalità di promuovere il ruolo sociale delle famiglie.

I molteplici interventi previsti si differenziano per contenuto e beneficiari ai quali si rivolgono e riguardano interventi (art.2 c.1):

- a) per la nascita o per l'adozione di figli;
- b) per l'assistenza integrativa nell'ambito familiare a propri componenti non autosufficienti o con problemi di salute mentale;
- c) per minori in situazioni multiproblematiche di ordine psico-sociale-sanitario;
- d) per il superamento di situazioni di disagio sociale o economico;
- e) per progetti tesi a garantire solidarietà alle donne in difficoltà non coniugate in stato di gravidanza e alle ragazze madri;

f) per progetti tesi a garantire solidarietà, sostegno e soccorso alle vittime di maltrattamenti fisici e psicologici, di stupri e di abusi sessuali extra o intrafamiliari, attraverso anche l'istituzione di centri di accoglienza e case rifugio capaci di rispondere alle necessità delle donne e dei loro eventuali figli, che si trovano esposti alla minaccia di ogni forma di violenza o che l'abbiano subita;

f bis) per azioni volte a favorire il ricongiungimento familiare del coniuge o dei figli minori, anche di coloro che non hanno la cittadinanza italiana, in possesso dei requisiti previsti dalla legislazione statale vigente, ivi compresa l'erogazione di contributi sulle spese di viaggio del familiare e, per i minori, dell'eventuale accompagnatore;

g) per altri interventi di sostegno alla famiglia.

Al comma 2 dello stesso articolo, la legge interviene nell'ambito della copertura dai rischi infortunistici domestici; istituisce i centri per la famiglia e le scuole per genitori «in collaborazione con le istituzioni pubbliche e del Terzo settore»; promuove campagne di sensibilizzazione e prevenzione della salute; favorisce il turismo familiare nel territorio regionale.

La Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, determina le modalità e i criteri per la concessione dei finanziamenti e i limiti di reddito dei nuclei familiari per l'accesso ai contributi (art.3). Le domande di contributo devono essere presentate entro il 28 febbraio di ogni anno ai Comuni. La Giunta regionale approva entro il 30 giugno dello stesso anno, il piano di riparto dei finanziamenti ai Comuni sulla base delle domande presentate dagli stessi entro il 30 aprile.

La legge inoltre istituisce (art.4) la Consulta Regionale per la Famiglia⁵, il logo "Impresa amica della famiglia" da attribuire alle imprese che «prevedono nei contratti di lavoro servizi e aiuti rivolti alle famiglie e misure per conciliare tempi di vita e di lavoro», la festa regionale della famiglia. Infine, all'art.5 la legge stabilisce che «il Consiglio-Assemblea legislativa e la Giunta regionale definiscono termini e modalità per l'acquisizione della VIF» (Valutazione di Impatto Familiare).

I finanziamenti per l'attuazione di questa legge nel 2021 ammontano a 1 milione di euro, dopo aver subito una importante flessione nel 2020.

La legge n.9/2003 si compone invece di 22 articoli volti a definire finalità e destinatari (art.1); le competenze di Regione (art.2), Ambiti Territoriali Sociali (ATS) (art.3) e Comuni (art.4); gli strumenti (art.5) e i servizi

⁵ La Consulta Regionale per la Famiglia, per la quale la normativa prevede una durata in carica corrispondente a quella della legislatura è stata nominata l'ultima volta nel 2016 con decreto dell'allora Presidente della Giunta Regionale, ma non è stata rinnovata dai governi successivi.

erogati (artt.6-7); la regolazione e organizzazione degli stessi (artt. da 8 a 12); le modalità di attuazione (art.13), autorizzazione (art.14), accreditamento (art.15), vigilanza sanitaria (art.16) e controllo (art.17); le risorse finanziarie (art.18); norme transitorie.

All'interno del sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali e educativi, la legge «promuove e disciplina i servizi per l'infanzia e l'adolescenza e il sostegno alle responsabilità genitoriali, allo scopo di favorire l'esercizio dei diritti dei minori e delle loro famiglie» (art.1). La Regione svolge a tal proposito un ruolo di promozione, anche rispetto al «pronto intervento, l'accoglienza, la protezione, l'assistenza e il supporto ai minori italiani e stranieri che si trovano in stato di abbandono o privi di assistenza familiare o che risultano non accompagnati, privilegiando l'affidamento temporaneo a famiglie», mentre spetta agli ATS la regolazione delle attività e ai Comuni la funzione di autorizzazione, accreditamento e controllo.

Nello specifico, la legge finanzia i seguenti servizi (art.6):

- a) nidi d'infanzia;
- b) centri per l'infanzia;
- c) spazi per bambini, bambine e per famiglie;
- d) centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti;
- e) servizi itineranti;
- f) servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative familiari;
- g) servizi di sostegno alle funzioni genitoriali;
- g bis) agrinido;
- g ter) nidi domiciliari.

Come si legge nel Piano Sociale Regionale 2020-2022, i servizi individuati dalla L.R. n. 9/2003 «risultano ormai superati in quanto pensati in una realtà sociale ed economica ben diversa da quella attuale». La Regione intende, nel triennio in corso, provvedere all'adeguamento dei servizi anche in applicazione del D.L. n.65/2017 attuativo della legge sulla Buona Scuola. Stando a quanto indicato nel documento, gli obiettivi della programmazione triennale sono infatti: individuare nuovi servizi rispondenti alle diverse esigenze delle famiglie; implementare il Sistema integrato di istruzione e educazione 0-6 anni; ripensare il sistema di finanziamento dei servizi 0-3 anni; investire nell'educativa domiciliare⁶.

Dal 2017 attraverso fondi POR-FSE la Regione ha finanziato voucher alle famiglie per l'acquisto di servizi socioeducativi per minori in età 0-3 anni e solo dall'annualità 2020 è stato ripristinato il finanziamento con fondi regionali relativamente ai servizi rivolti a minori in fascia di età 3-18 anni e

⁶ Su questo aspetto si rimanda al capitolo dedicato agli asili nido in questo volume

al sostegno delle funzioni educative e genitoriali, dunque limitatamente a:

- c. spazi per bambini, bambine e per famiglie;
- d. centri di aggregazione per bambini, bambine e adolescenti, compresi i centri estivi;
- e. servizi itineranti;
- f. servizi domiciliari di sostegno alle funzioni educative familiari;
- g. servizi di sostegno alle funzioni genitoriali.

Il budget messo a disposizione per il 2021, alquanto esiguo, ammonta a € 750.000. Poiché la programmazione complessiva del sistema dei servizi è affidata agli Ambiti Territoriali Sociali, gli stessi hanno presentato un programma di realizzazione e finanziamento di tali servizi che verranno attivati nel corrente anno. Pertanto, l'intervento è ancora in fase di realizzazione e non si può tenerne conto nel proseguo del capitolo.

8.3. L'offerta dei servizi

Se dalla produzione e attuazione legislativa si passa all'attivazione di servizi sul territorio regionale, lo scenario si presenta alquanto frastagliato. Limitatamente alla L.R. n. 30/98, fino al 2015 questa è stata finanziata con fondi regionali mentre dal 2016 è stata finanziata attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), e, sempre in quell'anno, sono stati accorpati anche i contributi ex ONMI, derivati dall'assorbita competenza delle Province per il sostegno alle madri nubili. Inoltre, dal 2015 concorre al finanziamento degli interventi della L.R. n.30/98, anche il Fondo Nazionale per le Politiche della Famiglia, trasferito alle Regioni dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con un minimo vincolo di destinazione, motivo per il quale, come si dirà a breve, viene utilizzato prevalentemente per il finanziamento dei "Centri per le famiglie".

Nel quadriennio 2015/2019, secondo i dati del Report regionale "Rendiconti-Amo le Marche" (Regione Marche 2020), i trasferimenti monetari verso differenti tipologie famigliari in situazione di disagio economico attestato mediante ISEE ammontano a oltre €3.700.000 così suddivisi:

- 1127 famiglie monogenitoriali - € 1.400.000,00;
- 831 famiglie numerose (tre o più figli) - € 686.000,00;
- 3607 altre famiglie (senza figli e fino a due figli) - € 1.660.000,00.

Nello stesso periodo la L.R. n.30/98 ha finanziato, per un ammontare di poco più di € 1.200.00:

- spese per trasporto scolastico per figli, di famiglie numerose, frequentanti scuole superiori - € 360.000,00;

- “Centri per le famiglie” - € 599.000,00;
- trasporti scolastici per minori disabili (senza vincoli di reddito) - € 149.000,00
- “Scuola per genitori” - € 100.000,00;
- corsi per coppie adottanti - € 40.000,00.

I “Centri per le famiglie” nella Regione Marche, attuati con la DGR n.1216/2012, sono 44 (tab.1) e, a partire dal 2017, con la DGR n.1565, questi vengono finanziati per il tramite del Fondo nazionale per le politiche per la famiglia, con un impegno di spesa che ha però subito riduzioni già nel 2018. Destinatari del contributo per l’attivazione di questo servizio sono gli ATS che devono provvedere a trasferire le somme agli enti gestori. La distribuzione sul territorio regionale è abbastanza omogenea con riferimento ai singoli ATS, mentre si presenta alquanto disomogenea se si prendono a riferimento i territori provinciali. Con questo intervento la Regione Marche si impegna a promuovere il benessere delle famiglie in tre aree: informazione, sostegno alle competenze genitoriali e sviluppo delle risorse familiari e comunitarie. Come precisato, questi interventi «non devono necessariamente essere svolti fisicamente all’interno della sede dei centri per la famiglia, piuttosto detti centri costituiscono il servizio da cui parte o transita la presa in carico dei soggetti coinvolti» (cfr. DGR 1568/2019). Il decreto del Dirigente del servizio politiche sociali e sport n.1/2019 ha fissato invece i requisiti strutturali e organizzativi che i “Centri per le famiglie” devono possedere nonché le modalità di relazione e di rendicontazione dell’attività svolta. Sulla base di tali requisiti e modalità è emerso un funzionamento diseguale sul territorio, tanto che nel 2019 risultavano essere in regola con le disposizioni regionali solo 7 “Centri per la famiglia”. Nonostante ciò, questi hanno assunto in maniera sempre più consolidata nella Regione Marche la funzione di servizi di accompagnamento e supporto alle famiglie e sono stati resi oggetto di specifico progetto - a valere sul PON Inclusionione 2014-2020 “Supporto per lo sviluppo dei Centri per la famiglia e il coordinamento di interventi in materia di servizi di protezione e inclusione sociale per nuclei familiari multiproblematici e/o persone particolarmente svantaggiate”. La Regione Marche sta inoltre partecipando al tavolo nazionale di lavoro con altre 4 regioni (Campania, Lombardia, Emilia-Romagna e Puglia) e il Dipartimento Politiche Famiglia per la predisposizione delle linee guida nazionali per la costituzione e funzionamento di suddetti centri.

Tab. 1 - Numero “Centri per le Famiglie” per ATS

Ambito Territoriale Sociale	ATS 1	ATS 3	ATS 4	ATS 5	ATS 7	ATS 8	ATS 9	ATS 10	ATS 11	ATS 13	ATS 14
N. Centri Famiglia	4	1	4	1	1	1	3	2	1	1	4
Ambito Territoriale Sociale	ATS 15	ATS 16	ATS 17	ATS 18	ATS 19	ATS 20	ATS 21	ATS 22	ATS 23	ATS 24	TOTALE
N. Centri Famiglia	2	2	3	1	4	4	3	2	2	2	44

Le “Scuole per genitori” sono state attuate per la prima volta nel 2011: attraverso un finanziamento complessivo di €183.000, sono stati attivati n. 158 corsi equamente distribuiti sul territorio che hanno visto il coinvolgimento di n.28045 partecipanti.

Pensate a sostegno del ruolo educativo delle famiglie, le “Scuole per genitori” promuovono un modello di cittadinanza attiva finalizzata alla realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi. Per tale ragione vengono prioritariamente finanziate le “Scuole per genitori” gestite da: 1) Associazioni si famiglie facenti parte della Consulta Regionale della famiglia; 2) organizzazioni di volontariato i cui fini statutari siano rivolti esplicitamente a favore della famiglia o che svolgano la loro attività prevalentemente a favore della famiglia; 3) associazioni di promozione sociale i cui fini statutari siano rivolti esplicitamente a favore della famiglia o che svolgano la loro attività prevalentemente a favore della famiglia; 4) cooperative sociali di tipo A che gestiscano attività sociosanitarie ed educative a sostegno della famiglia. Con la DGR n.1107/2014 sono stati individuati i criteri per la realizzazione degli interventi ma non gli standard di qualità, mentre è stato stabilito il tetto massimo di 1000 euro per il contributo concesso a ciascun corso ammissibile. Nonostante il gradimento inizialmente riscosso, il numero di “Scuole per genitori” finanziate è sceso nel volgere di pochi anni e nel 2016 ammontava a 10, per la maggior parte realizzate da associazioni a forte matrice cattolica, concentrate nelle province di Macerata (4) e Ancona (3) e del tutto assenti nella provincia di Fermo.

Oltre alla L.R. n.30/98, attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali la Regione Marche finanzia altri interventi e servizi (si veda fra tutte l’ultima ripartizione del fondo – DGR n.470 del 2021) che completano il quadro delle politiche regionali per le famiglie e i bambini. L’importo più consistente è quello in favore di minorenni allontanati temporaneamente dalla loro famiglia di origine e dunque a finanziamento degli interventi di protezione di cui alla L.R. n. 7/94. Come noto, l’affidamento temporaneo è un intervento di protezione e tutela che consiste nell’inserire in un ambiente

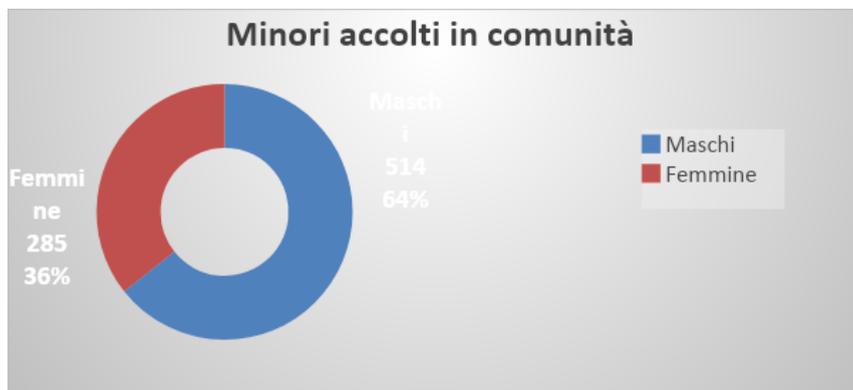
diverso da quello originario, minori altrimenti in condizioni di rischio (maltrattamento, abbandono, abuso o sfruttamento sessuale) o di danno evolutivo (fisico, educativo, emotivo, affettivo) a cui la famiglia d'origine non sembra in grado di far fronte o che addirittura contribuisce, in parte o totalmente, a creare (Reinerio 2021). La sua caratteristica principale, secondo la normativa vigente, sembra essere la temporaneità, che deve riguardare sia lo stato di inidoneità familiare al quale il bambino è esposto, sia la durata dell'affidamento. In chiave socio-giuridica, l'affidamento temporaneo è piuttosto «un intervento ripartivo delle relazioni familiari, funzionale al recupero del legame naturale, espressione del diritto del minore al mantenimento dei propri legami familiari» (Scivoletto 2013, 14). In secondo luogo, l'affidamento temporaneo si caratterizza per la tipologia di intervento. Il minore allontanato può essere collocato presso strutture di accoglienza o in affido familiare, sicché il superiore interesse del minore non rappresenta solo un principio normativo, ma un criterio operativo. Tuttavia, a partire dalla sua introduzione con la legge n.184/83 (Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori), l'affido familiare è andato diminuendo, complice una minore disponibilità delle famiglie, e più frequenti risultano i collocamenti in strutture.

La Regione Marche non fa eccezione, sebbene nel complesso presenti un tasso di minori in affidamento familiare (1,7) superiore a quello nazionale (1,4) ma al di sotto di regioni quali Liguria (3,2), Piemonte (2,1), Toscana (2)⁷.

Nell'anno 2019 il numero complessivo dei minori a cui è stato indirizzato un intervento di accoglienza in comunità è di 799, di cui 514 maschi e 285 femmine (Grafico 1). L'importo complessivo speso da Comuni ed ATS è stato di € 20.129.012,61 a fronte dello stanziamento di quota parte del Fondo Nazionale Politiche Sociali pari ad € 5.443.680,26. L'intervento regionale risulta pertanto ampiamente insufficiente a coprire gli sforzi economici sostenuti dai Comuni per il collocamento di minori in comunità, stante l'elevato numero di collocamenti e le tariffe giornaliere applicate dalle strutture per garantire adeguati standard qualitativi dei servizi erogati.

⁷ Per un approfondimento sui dati regionali si veda Pesaresi F. (2021), *L'affidamento familiare dei minori in diminuzione* <https://francopesaresi.blogspot.com/>

Graf. 1 – Minori accolti in comunità



Le tipologie di comunità a cui ci si è rivolti sono state: casa-famiglia, comunità alloggio per adolescenti, comunità di pronta accoglienza per minorenni, comunità educativa per minorenni, comunità familiare, comunità familiare per minorenni ed altro. Per la maggior parte i minori risultano collocati in comunità educative, essendo queste anche le strutture più numerose in regione (57) (Grafico 2).

Graf. 2 – Tipologia di accoglienza



La distribuzione numerica suddivisa per sesso dei minori è riportata nel Grafico 3, tenendo conto del fatto che numerosi minori hanno sperimentato più tipologie di accoglienza e, di conseguenza, il totale delle tipologie di accoglienza risulta maggiore rispetto al totale dei minori in affido.

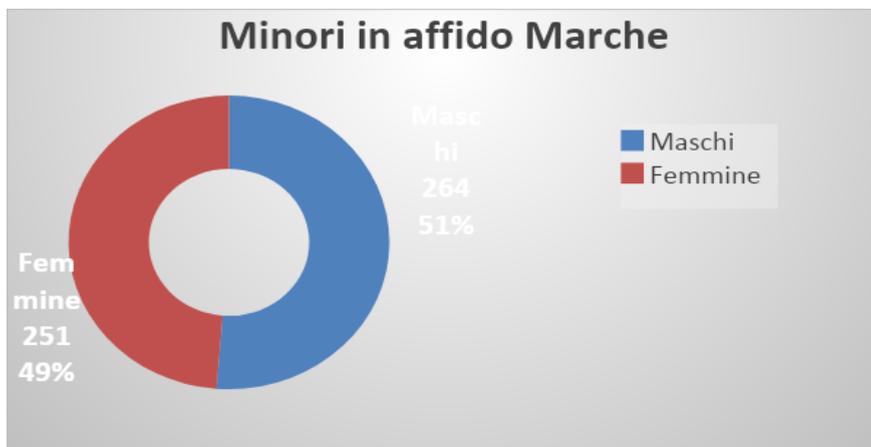
In Regione Marche il numero complessivo di posti di accoglienza minori, fra tutte le tipologie di comunità, risulta essere di 534. Da tener presente che, in relazione a specifiche progettualità educative/riabilitative individualizzate, i servizi territoriali o il TM stesso possono rivolgersi anche a strutture di accoglienza fuori regione.

Graf. 3 – Tipologia di accoglienza per sesso



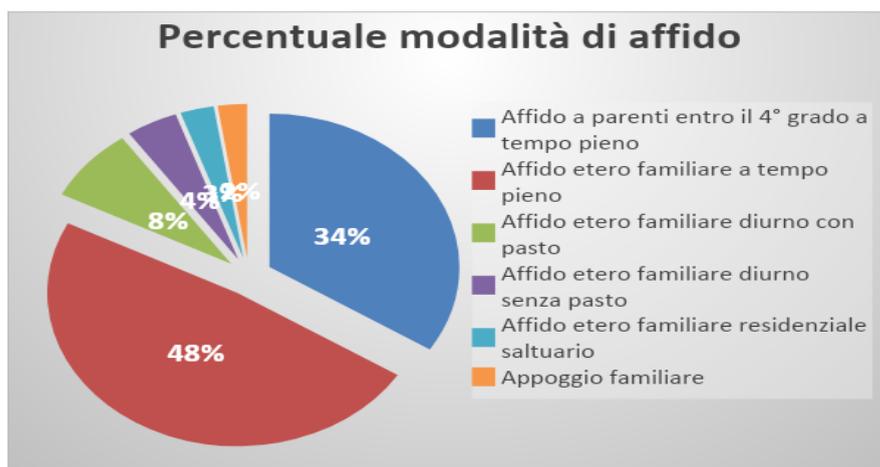
Relativamente all'affido familiare, nell'anno 2019 il numero complessivo dei minori a cui è stato indirizzato un intervento di affido è di 515 di cui 264 maschi e 251 femmine (Grafico 4). L'importo complessivo speso da Comuni e ATS è stato di € 2.088.689,38 a fronte dello stanziamento regionale di € 750.000,00 cui vanno ad aggiungersi € 1.067.102,50, come quota parte del Fondo nazionale Politiche Sociali, per un totale di circa € 1.800.000. Anche in questo caso, dunque, l'intervento regionale risulta non adeguato.

Graf. 4 – Minori in affido Marche



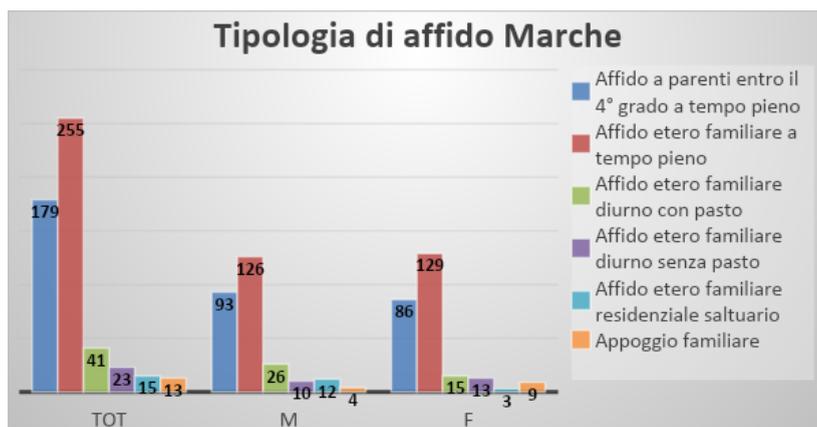
Le tipologie di affido applicate sono state: affido a parenti entro il quarto grado a tempo pieno, affido etero familiare a tempo pieno, affido etero familiare diurno con pasto, affido etero familiare diurno senza pasto, affido etero familiare residenziale saltuario, appoggio familiare nella percentuale. Nella maggior parte dei casi la soluzione individuata a tutela dell'interesse del minore ha reso necessario un allontanamento dalla rete parentale (Grafico 5).

Graf. 5 – Percentuale modalità affido



La distribuzione numerica suddivisa per sesso dei minori è riportata nel Grafico 6; tenendo conto del fatto che numerosi minori hanno sperimentato più tipologie di affido e, di conseguenza, il totale delle tipologie di affido risulta maggiore rispetto al totale dei minori in affido.

Graf. 6 – Tipologia di affido Marche



8.4. Le principali sfide e prospettive innovative

Nel corso dell'emergenza sanitaria da COVID-19 sono state incrementate le risorse dei Fondi sociali, fra le altre quelle del Fondo Politiche per la Famiglia, con la finalità di rafforzare il sistema di trasferimenti. In una circostanza che ha visto aumentare anche nella Regione Marche gli interventi temporanei di sostegno, soprattutto economico, ma non gli interventi strutturali (Sabatinelli, Pavolini 2021) torna a riproporsi l'interrogativo circa l'efficacia delle politiche regionali in questa area del welfare.

Alcuni anni fa, studi condotti con un approccio comparativo alle politiche regionali di sostegno alle famiglie con figli hanno cercato di misurare il grado di familiarità delle stesse, ossia di misurare se gli interventi attuati dall'istituzione regionale procedano nella direzione del riconoscimento, promozione e sostegno delle famiglie o se gli interventi che le Regioni attuano con l'obiettivo di rispondere ad alcuni bisogni «si sono di fatto sostituiti alle funzioni proprie delle famiglie agendo a livello di destinatari singoli» (Cavazza 2007, 199). L'indice infatti sintetizza e compone quattro indicatori: «beneficiari (riguarda l'attenzione alla famiglia quale destinatario delle politiche), sussidiarietà (relativo al coinvolgimento di soggetti privati

o del privato sociale nella gestione delle politiche, nonché la famiglia stessa), strategie (inerente l'attivazione di un processo efficace di gestione delle politiche basato sul coinvolgimento delle famiglie e su azioni di prossimità) e azioni (riguarda la creazione di opportunità all'interno delle quali la famiglia decide di scegliere quella ad essa più adeguata)» (Cavazza 2007, 200).

In generale è risultato un orientamento delle politiche regionali «sbilanciato verso il basso» (Idem), ossia con uno scarso investimento sulle famiglie come protagoniste degli interventi. Con riferimento alle Marche, queste hanno ottenuto un punteggio in linea con il valore nazionale e, in proposito gli autori della ricerca hanno osservato che «al suo interno, l'indicatore strategie presenta un valore superiore alla media, il più alto in assoluto e ciò dimostra la buona qualità legislativa rispetto alle questioni gestionali e di integrazione strategica» (Cavazza 2007, 208).

Ciò che ci sembra qui utile evidenziare è che, a distanza di circa 15 anni dalla realizzazione di questa ricerca, le nostre analisi indicano il rischio che le leggi che regolano questa area del welfare regionale diano luogo a politiche poco più che simboliche, non più in grado di modificare l'ambito cui si dirige l'intervento (La Spina 2011). Gli anni a cavallo del nuovo millennio sono stati anche per la Regione Marche un periodo di ricca produzione normativa volta a promuovere, sostenere e integrare mediante servizi e progetti le famiglie, ma da allora poco altro è stato fatto. A riprova del parziale abbandono dell'interesse per queste politiche da parte del legislatore regionale vi è la dichiarata intenzione di aggiornare la L.R. n.9/2003 a seguito dei cambiamenti intervenuti a livello nazionale (in primis con il D.L. n.65/2017), piuttosto che come necessità di adeguamento ai mutamenti sociali avvenuti. D'altra parte, anche gli interventi previsti dalla L.R. n.30/98 hanno assunto uno specifico connotato e una frequenza variabile nel tempo, lasciando trapelare la perdita di regia del livello regionale a favore di una delega di responsabilità nei confronti dei Comuni e dei singoli ATS.

L'aggiornamento della normativa dovrebbe riguardare l'esplicitazione di obiettivi chiari e delle relative linee di azione che possano così essere valutate nei loro effetti, per quanto si tratti di un'operazione complessa (Bonifazi, Paparusso 2019). Tra gli obiettivi delle politiche familiari, quello dell'innalzamento della fecondità è stato e continua a essere di imprescindibile priorità. Al contempo dovrebbe potersi rintracciare una chiara motivazione sottostante l'intervento a favore delle famiglie con figli. Nel quadro del paradigma dell'investimento sociale, come in precedenza esplicitato, è allora importante che le politiche per le famiglie possano concorrere a ridurre uno o più tipi di disuguaglianze: tra uomini e donne, tra chi ha (più) figli e chi non ne ha, o ne ha uno solo, tra famiglie povere e famiglie non povere, tra famiglie formate diversamente.

In questa direzione si stanno muovendo i lavori in preparazione del nuovo Piano nazionale per la famiglia, che individuano la disuguaglianza come una delle priorità tematiche sulle quali investire favorendo un sistema di interventi inclusivo che assicuri la piena fruizione dei diritti da parte di tutti, sia che riguardino la parità di accesso ai servizi educativi formali e informali, sia che riguardino l'attivazione di processi di coinvolgimento e partecipazione del mondo associativo e delle famiglie nella formazione e attuazione delle politiche e la promozione dell'equità tra famiglie con figli e famiglie senza figli.

Ancora, l'adozione di un principio di pari opportunità nelle politiche per le famiglie non sembra più rinviabile in quanto terreno di incontro con le politiche di protezione dei minori, come testimoniato dalla recente approvazione del V Piano nazionale d'azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva (V Piano). Con un più deciso passo rispetto a quanto indicato nel precedente IV Piano, quello di recente approvato guarda ai preoccupanti dati sull'esposizione alla vulnerabilità dei minori italiani e alle "differenze drammatiche" di opportunità che ne derivano e afferma l'esigenza di "un'ampia e non procrastinabile azione di sistema, volta a disegnare un sistema pubblico e integrato di servizi, titolare delle funzioni di accompagnamento, cura, tutela e protezione dell'infanzia" (V Piano 2021, 44). Come già indicato nel IV Piano, si insiste anche qui sulla prevenzione declinata però nelle diverse forme ("in famiglia, e nei servizi educativi, sociali e della salute, nella scuola, integrate a un efficace sistema di protezione e tutela") in quanto "infrastruttura necessaria al Paese, anche per affrontare le sfide future".

Per la realizzazione di un tale sistema, il V Piano individua un possibile collegamento con la riforma delle politiche della famiglia, con il Family Act, nonché con l'Assegno unico e universale. La strategia dovrebbe inoltre ancorarsi al Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) che infatti, all'interno della Missione 5 "Inclusione e coesione" – Investimento 1.1, prevede "interventi finalizzati a sostenere le capacità genitoriali e a supportare le famiglie e i bambini in condizioni di vulnerabilità". Come specificato nel Pnrr, si tratta di "interventi da realizzare da parte dei Comuni, singoli o in associazione (Ambiti sociali territoriali)". La predisposizione del nuovo Piano Sociale della Regione Marche rappresenta in tal senso il luogo in cui programmare politiche per le famiglie e i minori che concorrano a realizzare gli obiettivi di equità sociale individuati a livello nazionale.

8.5. Brevi osservazioni conclusive

Come è noto e come abbiamo anche qui ricordato, fino a tempi molto recenti era per così dire scorretto parlare di politiche per le famiglie in Italia, non potendosi individuare una specifica area. Tali politiche erano infatti suscinte in altre politiche sociali e fiscali, né risultavano chiaramente definiti destinatari, finalità e motivazioni. L'area delle politiche rivolte ai minori risultava piuttosto incentrata su misure di protezione, quali l'affidamento temporaneo, l'adozione e, non da ultimo, il sostegno alla genitorialità, entro un modello di tutela puerocentrico. Assenza e suddivisione sono state aggravate dal decennio appena concluso, in cui si è assistito ad un consistente taglio dei finanziamenti pubblici dedicati. Complice la pandemia da Covid-19 è però aumentata la necessità di strutturare quest'area del welfare, come pure è aumentata la consapevolezza che in qualche misura sia necessario coordinare le politiche per le famiglie e le politiche di protezione dei minori.

Ma se a livello nazionale una serie di misure introdotte nell'ultimo biennio figurano come tasselli di un puzzle che si va a comporre in questa direzione, non così è avvenuto per il livello regionale. Nelle Marche si è ormai conclusa la stagione dell'innovazione legislativa, segnata in particolare dalla l.r. n.9/03 e la Regione mostra evidenti segnali di difficoltà nel tenere il passo, non solo con il mutato contesto socioeconomico ma anche con il cambiamento delle forme familiari. Inoltre, si può ravvisare una sorta di distanza tra le politiche per le famiglie e quelle di protezione dei minori. A eccezione di dati per così dire "positivi" sugli affidamenti temporanei, gli altri interventi e servizi presi in considerazione soffrono di finanziamenti ridotti, quando non insufficienti, di discontinuità e frammentazione sul territorio, elementi questi che ne compromettono l'efficacia.

La pianificazione delle politiche regionali per i bambini e le famiglie potrebbe allora trovare nelle linee di indirizzo nazionali "ed in quelle contenute nel recente Pnrr un importante riferimento anche in considerazione del fatto che tali linee si pongono in continuità tra loro, rafforzando dunque l'auspicio che una strategia di coordinamento verso quest'area di welfare sia infine perseguita.

Le autrici desiderano ringraziare la dott.ssa Beatrice Carletti, Responsabile settore Famiglia, Infanzia e Adolescenza – Regione Marche, per il supporto nel reperimento dei dati.

Riferimenti bibliografici

- Acli (2021), *È tempo di famiglia*, www.acli.it consultato il 25 luglio 2021.
- Arel, Feg, Alleanza per l'infanzia (2021), *Sulla proposta di istituzione dell'Assegno Unico e Universale per i Figli (AUUF)*, www.alleanzainfanzia.it, consultato il 13 giugno 2021.
- Ascoli U. (2011), "Introduzione", in Ascoli U., a cura di, *Il welfare in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Ascoli U. (2019), "Presentazione", *Politiche Sociali/Social Policies*, 1: 137-140.
- Billari F., Dalla Zuanna G. (2007), "Politiche per le famiglie con figli: per le pari opportunità e il contrasto alle disuguaglianze", in Guerzoni L. (a cura di), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, il Mulino, Bologna.
- Bonifazi C., Paparusso A. (2019), "L'impatto delle politiche famigliari sulla bassa fecondità in Europa", *Rivista delle Politiche Sociali*, 4: 31-49.
- Bursi G., Cavazza G., Messori E. (1999), *Strategie di politiche famigliari*, FrancoAngeli, Milano.
- Cavazza G. (2007), "Regioni e servizi per le famiglie con figli: esperienze a confronto", in Guerzoni L. (a cura di), *Le politiche di sostegno alle famiglie con figli*, il Mulino, Bologna.
- Daly M. (2015), "Parenting support as policy field: an analytic framework", *Social Policy & Society*, 14, 4:597-608.
- Guerra M.C. (2011), "Fisco e welfare per le famiglie", in Ascoli U. (a cura di), *Il welfare in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Farnsworth K., Irving Z. (2021), "A Hostile Decade for Social Policy: Economic Crisis, Political Crisis and Austerity 2010-20", *Social Policy & Society*, 20, 1:74-76.
- Ferrari V. (1998), *Lineamenti di sociologia del diritto*, Ed. Laterza, Bari.
- Ferrera M. (1996) 'The Southern model of welfare in Social Europe', *Journal of European Social Policy*, 6, 1: 17-37.
- Fleckenstein T. , Lee S.C. (2021), "Roads and Barriers towards Social Investments: Comparing Labour Market and Family Policy Reforms in Europe and East Asia", *Policy and Society*, 39, 2: 266-283.
- Kaufmann F. X. (2002), "Politics and policies towards the family in Europe. A framework and an inquiry into their differences and convergences", in Kaufmann, F. X., ed., *Family Life and Family Policies in Europe*, Clarendon Press, Oxford.
- La Spina A. (2011), *Politiche pubbliche. Analisi e valutazione*, il Mulino, Bologna.
- León M., Pavolini E. (2014), "'Social Investment' or Back to 'Familism': The Impact of the Economic Crisis on Family and Care Policies in Italy and Spain", *South European Society and Politics*, 19, 3: 353-369
- Prina F. (2019), "Il processo legislativo e la produzione del diritto", in Cottino A. (a cura di), *Lineamenti di sociologia del diritto*, Zanichelli Editore, Torino.
- Regione Marche (2020), Rendiconti-Amo le Marche, <https://www.regione.marche.it>
- Reinerio C. (2021), *L'affido familiare: un'opportunità per rigenerare le relazioni*, www.welforum.it, consultato il 26 luglio 2021.

- Sabatinelli S., Pavolini E. (2021), “Le politiche familiari fra servizi all’infanzia e conciliazione famiglia-lavoro ai tempi del Covid-19”, *Politiche Sociali, Social Policies*, 2: 305-326, doi: 10.7389/101682.
- Saraceno C. (2011), “Family policies. Concepts, goals and instruments”, www.carloalberto.org/working_papers, consultato nell’anno 2012.
- Saraceno C. (2020), *Family Act: un punto di partenza*, www.lavoceinfo.it, consultato il 15 giugno 2021.
- Saraceno C., Keck W. (2011), “Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care”, *Demographic Research*, 25. 11: 371-406.
- Saraceno C., Naldini M. (2007), *Sociologia della famiglia*, il Mulino, Bologna.
- Scivoletto C. (2013), “Introduzione. Affidamento minorile. Tra incertezza e fiducia”, in Scivoletto C. (a cura di), *Il tempo e la fiducia*, Carocci, Roma
- Vicarelli G. (2011), “Le politiche sanitarie”, in Ascoli U., a cura di, *Il welfare in Italia*, il Mulino, Bologna.

9. Le politiche di genere

di Barbara Giacconi*, Carla Scarponi**, Valeria Pasqualini***

9.1. Breve presentazione del tema a livello nazionale

A livello globale, l'uguaglianza di genere e dell'emancipazione di tutte le donne è uno dei diciassette Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che gli Stati si sono impegnati a raggiungere entro il 2030, ma ad oggi nessuno lo ha ancora raggiunto. In Italia, negli ultimi anni ci sono stati numerosi interventi legislativi volti a riconoscere l'equiparazione dei diritti e maggiori tutele alle donne lavoratrici, alla promozione della parità di accesso tra uomini e donne alle cariche elettive, e al contrasto alla violenza di genere.

Nello specifico, quando si parla di violenza di genere si intende una forma di violenza perpetrata dagli uomini sulle donne e rappresenta innanzitutto una violazione dei diritti umani. Il termine violenza di genere racchiude in sé vari tipi di violenza diretta contro una donna in quanto tale che può essere *“fisica, sessuale, psicologica o economica, comprese le minacce di compiere tali atti, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica sia nella vita privata”*¹.

Gli obiettivi delle politiche di contrasto alla violenza di genere sono tre: prevenire i reati, punire i colpevoli e offrire un'adeguata protezione alle vittime.

L'Italia è stata tra i primi Paesi europei a ratificare, con la legge n. 77 del 2013, la Convenzione sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica (nota come Convenzione di Istanbul in vigore dal 01/08/2014). L'art. 3 della legge 77/2013 definisce la violenza domestica come *“tutti gli atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra*

* Coordinatrice Ambito Territoriale Sociale n. 12 di Falconara Marittima.

** Coordinatrice dell'Ambito Sociale n.15 di Macerata.

*** Assistente Sociale Ambito Sociale n.15 di Macerata.

¹ Art. 3 della legge n. 77/2013 che ha ratificato la Convenzione di Istanbul del 2011.

attuali o precedenti coniugi o partner, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima". Inoltre, l'art. 1 della Convenzione elenca gli obiettivi che vincola gli Stati membri: proteggere le donne da ogni forma di violenza e prevenire, perseguire ed eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica; contribuire a eliminare ogni forma di discriminazione contro le donne e promuovere la concreta parità di sessi, ivi compreso rafforzando l'autonomia e l'autodeterminazione delle donne; predisporre un quadro globale, politiche e misure di protezione e di assistenza a favore di tutte le vittime di violenza contro le donne e di violenza domestica; promuovere la cooperazione internazionale al fine di eliminare la violenza contro le donne e la violenza domestica; sostenere e assistere le organizzazioni e autorità incaricate dell'applicazione della legge in modo che possano collaborare efficacemente, al fine di adottare un approccio integrato per l'eliminazione della violenza contro le donne e la violenza domestica.

Successivamente, con la legge 69/2019 (nota come Codice rosso) sono stati introdotti nel codice penale quattro nuove fattispecie di reato: delitto di deformazione dell'aspetto della persona mediante lesioni permanenti al viso, delitto di diffusione illecita di immagini o video sessualmente espliciti (cosiddetto "revenge porn"), delitto di costrizione o induzione al matrimonio, delitto di violazione dei provvedimenti di allontanamento dalla casa familiare o del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa. Inoltre, la stessa normativa ha inasprito la pena per il delitto di maltrattamenti contro familiari e conviventi, per gli atti persecutori, per la violenza sessuale e gli atti sessuali con minorenne. Per il delitto di omicidio è stata estesa l'applicazione delle aggravanti all'omicidio aggravato dalle relazioni personali. Inoltre, la normativa ha condizionato la concessione del beneficio della sospensione condizionale della pena, per i delitti di violenza di genere e domestica, alla partecipazione a specifici percorsi di recupero. Infine, tale normativa prevede l'attivazione di corsi di formazione per le forze dell'ordine per la prevenzione e il perseguimento di tali fattispecie di reati.

La rilevazione e quantificazione del fenomeno della violenza di genere è sempre un'operazione complessa perché i dati ufficiali non tengono conto di tutto il sommerso, cioè delle tante situazioni che non arrivano all'attenzione delle forze dell'ordine e/o dei servizi sociali e sociosanitari. In ogni caso, il numero dei reati rappresenta un imprescindibile indicatore di partenza per avere un'idea dell'impatto del fenomeno sulla popolazione femminile. In particolare, se andiamo a studiare i dati del 2019 e del 2020, si possono fare importanti riflessioni sulla dimensione del problema e su come la pandemia determinata dal virus Sars-Covid 19, in atto da marzo 2020, e le conseguenti misure restrittive, abbia impattato sulle condizioni di vita delle donne.

La convivenza forzata durante la fase di lockdown non ha certo ridotto gli episodi di violenza, anzi, come andremo ad approfondire nel paragrafo successivo, le restrizioni dettate dall'isolamento, in alcuni casi hanno rappresentato il detonatore per l'esplosione di comportamenti violenti, in altri un elemento aggravante in situazioni già complesse e segnate dalla violenza. Per quanto riguarda il dato più drammatico relativo ai femminicidi, l'Istat rileva che le donne vittime di omicidio volontario nell'anno 2019 in Italia sono state 111, nel 2018 erano state 133. Per l'anno 2020, se andiamo a vedere l'intera popolazione, il numero degli omicidi volontari registra un calo generale rispetto all'analogo periodo del 2019, passati da 161 a 131. Ma il numero delle vittime di genere femminile aumenta passando da 56 a 59.

9.2. Il tema nelle Marche: analisi dei bisogni tramite dati regionali provinciali e di ATS

Andando ad analizzare i dati messi a disposizione dall'Osservatorio Regionale Politiche Sociali relativi al monitoraggio sui Centri Antiviolenza marchigiani e facenti riferimento all'annualità 2019, emerge un quadro che presenta alcune differenze rispetto all'anno precedente.

Come stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni del 2014, i Centri Antiviolenza (CAV), “sono strutture in cui sono accolte – a titolo gratuito – le donne di tutte le età ed i loro figli minorenni, le quali hanno subito violenza o che si trovano esposte alla minaccia di ogni forma di violenza”: le attività sono principalmente l'accoglienza, l'ascolto, fornire informazioni con una particolare attenzione e cura per l'aspetto emotivo e per la condivisione e rassicurazione da timori e paure.

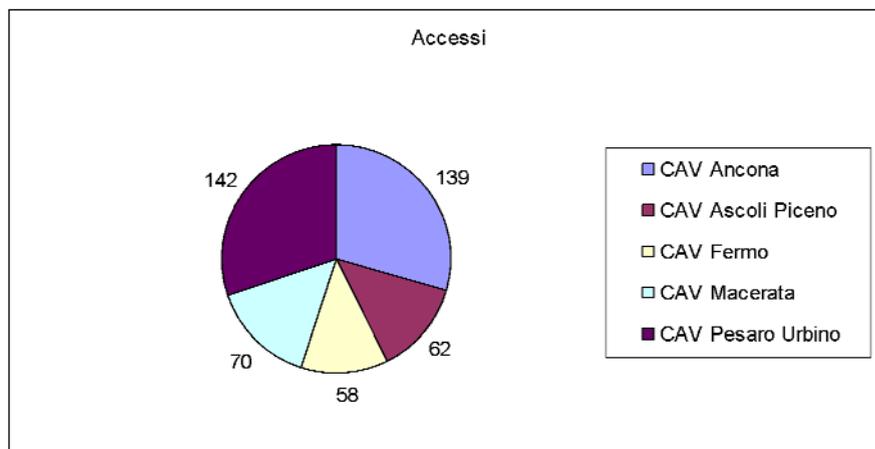
A rivolgersi al CAV sono state 471 donne, con un valore massimo per la Provincia di Ancona (139) e uno minimo per quella di Fermo (59). Rispetto al 2018 si assiste ad una diminuzione del 11.8%: non viene data una spiegazione in merito, forse questo dato è dovuto alla diffusione di altri servizi messi a disposizione da altri soggetti territoriali, oppure, in alcune circostanze, le donne vittime di violenza vengono inviate direttamente alle case rifugio tramite Forze dell'Ordine.

Nella maggior parte dei casi, il primo contatto avviene telefonicamente (85%): la scelta di recarsi direttamente presso i CAV viene presa in considerazione solo dall'14,2% del totale, probabilmente perché prevale un forte sentimento di vergogna da parte della donna che ha paura di essere riconosciuta e quindi stigmatizzata.

Per quanto riguarda le modalità di invio, solo in 26 casi il contatto del CAV è avvenuto successivamente a una chiamata al numero verde 1522, se-

gno che questo strumento è ancora poco conosciuto e, di conseguenza, poco utilizzato. In generale prevale l'invio tramite rete informale (32.4%), seguito dalle Forze dell'Ordine (22%) e infine da professionisti privati. Questi dati sono costanti in tutte le Province, con esclusione di Ascoli Piceno dove la maggior parte degli invii è avvenuta mediante Forze dell'Ordine.

Fig. 1 – Accessi ai Centro Anti-Violenza



È importante qui fare un cenno alla necessità di implementare e potenziare il lavoro della Rete Locale Antiviolenza, al fine di garantire una presa in carico realmente efficace ed efficiente, come suggerito anche dal rapporto GREVIO relativo alla situazione generale nel nostro Paese e che sottolinea l'importanza di *“elaborare soluzioni che permettano di fornire una risposta coordinata e inter-istituzionale alla violenza, basate sul forte coinvolgimento delle autorità locali e sulla partecipazione di tutti gli attori”*².

Sulla base dei dati raccolti, è possibile tracciare un profilo della donna vittima di violenza che si rivolge agli sportelli CAV: si tratta principalmente di donne italiane (73%), coniugate (36,9%), con un'età compresa tra i 39 e i 48 anni (32,7%), con figli (70%), in possesso di Diploma di scuola media superiore (49,5%) e occupate in modo stabile (39,6%); relativamente ai bisogni espressi, la maggior parte delle richieste hanno riguardato *“Consigli e strategie”* (24,6%), seguito da *“Richiesta di informazioni”* (23,9%) e *“Sostegno”* (21,5%).

Il fatto che si tratti, nella maggior parte dei casi, di donne coniugate, sottolinea la componente domestica della violenza di genere e di come questa

² <https://rm.coe.int/grevio-report-italy-first-baseline-evaluation/168099724e>

si sviluppi e si manifesti primariamente all'interno del nucleo familiare. Per violenza domestica si intende *“uno o più atti, gravi ovvero non episodici, di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra persone legate, attualmente o in passato, da un vincolo di matrimonio o da una relazione affettiva”*³.

Questo aspetto, inoltre, ci permette una digressione sulla dimensione culturale del fenomeno, su quanto alcune convinzioni legate al ruolo della donna e dell'uomo si colleghino all'immagine sociale della violenza. Si tratta di un fenomeno *“diffuso e sottostimato... una violazione fondamentale dei diritti umani basata sullo squilibrio relazionale tra i sessi e il desiderio di controllo e di possesso da parte del genere maschile sul genere femminile”*⁴. Secondo i dati ISTAT relativi proprio a questa tematica, il 58,8% della popolazione italiana si ritrova in uno degli stereotipi relativi alle differenze di genere come, ad esempio, *“per l'uomo, più che per la donna, è molto importante avere successo nel lavoro”*, oppure *“spetta all'uomo prendere le decisioni più importanti per la famiglia”*. In generale, il 25,4% degli interessati ritiene che accettabile la violenza nella coppia *“sempre”* o *“in alcune circostanze”*. Le Marche si collocano in ottava posizione rispetto alle altre regioni per quanto riguarda la diffusione di questa opinione⁵. Lo stesso Piano sociosanitario regionale sottolinea come la violenza di genere sia un problema di sanità pubblica e il livello di accettazione sociale dei comportamenti violenti diretti contro le donne è ancora troppo alto nella Regione.

Sempre il GREVIO sottolinea l'importanza di un impegno costante da parte degli Stati, non solo per quanto riguarda l'aspetto punitivo dei reati di violenza di genere, ma anche per la sensibilizzazione, la prevenzione, in poche parole per il cambiamento culturale: *“le politiche incentrate sugli aspetti criminali della violenza contro le donne, rischiano di oscurare la necessità di concentrarsi su altre questioni come la compensazione delle lacune istituzionali in risposta alla violenza contro le donne, la lotta ai pregiudizi e alle disparità di genere, l'attuazione di partenariati efficaci con la società civile, stanziando risorse adeguate e integrando la dimensione di genere in tutte le politiche e misure governative”*⁶.

I dati relativi a istruzione e condizione lavorativa che, come si accennava precedentemente, disegnano la figura di una donna con un grado di istru-

³ L. 15 ottobre 2013, n. 119.

⁴ https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2014/03/ANCI_DIRE_LI-NEE_-GUIDA_ASSISTENTI_SOCIALI.pdf

⁵ <https://www.istat.it/it/files//2019/11/Report-stereotipi-di-genere.pdf>

⁶ <http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2020/06/Grevio-revisione-last-08-06-2020.pdf>

zione medio e prevalentemente occupata in modo stabile, evidenziano la trasversalità del fenomeno e quanto esso vada ad interessare tutte le fasce di popolazione, non solo quelle evidentemente più fragili. Molto spesso la violenza non viene subito riconosciuta come tale, viene subita come componente naturale del rapporto. In alcuni casi, inoltre, fattori quali il senso di precarietà, la paura che l'allontanamento del partner vada a minare una situazione economica già precaria, il fatto che la casa sia di proprietà del maltrattante, impediscono alla vittima di procedere con l'accesso al servizio oppure con la segnalazione/denuncia della violenza subita.

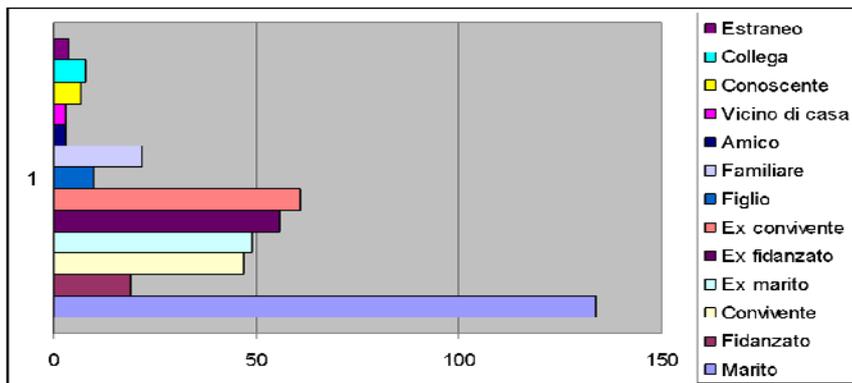
Proprio per questo la DGR 716/2021 definisce una serie di interventi per il sostegno abitativo e il reinserimento lavorativo, prevedendo, come nell'annualità precedente, la possibilità di avviare tirocini di inclusione sociale anche per quelle donne prese in carico del CAV per le quali non è necessario l'inserimento in struttura. In questo modo si vuole favorire la fuoriuscita dalla violenza, andando a potenziare l'acquisizione di autonomia e l'empowerment femminile.

Andando invece a delineare la figura del maltrattante, in base ai dati in nostro possesso, si tratta di un uomo tra i 39 e i 58 anni (54,2%), di nazionalità italiana (78%), in possesso di un diploma di istruzione media superiore (45,8%) e stabilmente occupato (61,8%): dunque il ritratto di una persona "normale" che difficilmente, agli occhi della società, potrebbe essere considerato come un soggetto violento. Tuttavia, in più della metà dei casi, l'interessato presenta uno o più denunce pendenti (55,6%).

Molto interessante è il tipo di relazione con la vittima: ancora una volta le informazioni raccolte evidenziano la dimensione familiare del fenomeno: la relazione matrimoniale è quella prevalente in tutti i CAV provinciali collocandosi nell'intervallo 28,6% AP – 36,2% MC.

È proprio all'interno del contesto familiare, infatti, che si sviluppa il cosiddetto ciclo della violenza, il quale si articola principalmente in tre fasi: crescita della tensione, maltrattamento, luna di miele. La donna tenderà a sviluppare sentimenti ambivalenti che a volte rendono molto difficoltoso e a tratti impossibile l'allontanamento dalla situazione problematica e la denuncia della violenza.

Fig. 2 – Relazioni tra vittima e maltrattante



In merito alla tipologia di violenza subita, la più rappresentata è la violenza psicologica (38,5%), seguita da quella fisica (28,2%) e da quella economica (13,9%). Le donne che si rivolgono ai CAV comunicano, nella maggior parte dei casi, di aver subito almeno due delle diverse tipologie di violenza, segno della complessità del fenomeno e di come esso necessiti un approccio multidimensionale.

Da evidenziare è la questione della violenza assistita, vale a dire l'esposizione del minore alla violenza, di qualsiasi tipo, compiuta da un membro della famiglia nei confronti di una figura per lui significativa: sulla base dei dati elaborati dall'ORPS emerge che la percentuale di minori che ha assistito o subito maltrattamenti è di 99,6% sul totale delle madri con figli che si rivolge ai CAV; tale percentuale è del 56,9% quando si tratta di figli maggiorenni. Questi dati sono strettamente collegati a quelli relativi ai timori delle vittime di maltrattamento/violenze: oltre che per la recidiva della violenza e per la propria vita, una quota considerevole delle donne che si è rivolta agli sportelli ha dichiarato proprio di temerne per l'incolumità dei propri figli (15,6%).

Gli interventi, in questo campo, sono particolarmente importanti: la violenza assistita infatti comporta conseguenze sia a breve che a lungo termine, in particolare l'interiorizzazione da parte dei bambini di modelli disfunzionali di genere. Sia i maschi che le femmine apprendono modelli relazionali in cui l'espressione dell'affettività è strettamente connessa alla sopraffazione dell'uno sull'altro e dove l'uso dell'aggressività e della violenza è ammesso e giustificato.

Relativamente al 2020, sicuramente si è trattato di un'annualità particolare a causa dell'emergenza sanitaria che si è inevitabilmente ripercossa su qualsiasi settore, in particolare sulle fasce più fragili e deboli della popola-

zione. Consapevoli dei rischi per le donne derivanti dall'isolamento, a partire dal primo lockdown di marzo 2020 le Istituzioni nazionali e regionali, ma anche le associazioni dei Centri antiviolenza, hanno lanciato campagne informative per fornire alle donne riferimenti chiari a cui rivolgersi in caso di bisogno, ed è stato pubblicizzato soprattutto il numero di pubblica utilità 1522. Se andiamo a vedere il numero di contatti nel corso del 2020 a livello nazionale, si osserva che sono aumentati del 79,5% rispetto al 2019, sia per telefono, sia via chat (+71%). A partire da fine marzo si è registrato un incremento delle telefonate, con picchi ad aprile (+176,9% rispetto allo stesso mese del 2019) e a maggio (+182,2 rispetto a maggio 2019), ma soprattutto in occasione del 25 novembre, la giornata in cui si ricorda la violenza contro le donne, anche per effetto della campagna mediatica. Fondamentale nel corso del 2020 è stato anche il ruolo dei Centri Antiviolenza che hanno supportato le donne tramite colloqui telefonici, posta elettronica e colloqui in presenza nel rispetto delle misure di distanziamento. Invece, per quanto riguarda le Case rifugio, nei primi 5 mesi del 2020 sono state ospitate 649 donne, l'11,6% in meno rispetto ai primi 5 mesi del 2019, perché tali strutture di accoglienza durante il lockdown hanno segnalato più difficoltà dei Centri Antiviolenza a organizzare l'ospitalità delle donne e a trovare nuove strategie. Quella presso le Case rifugio è infatti l'ospitalità che ha risentito maggiormente della situazione emergenziale dovuta al Covid-19, dal momento che, per evitare di mettere in pericolo le donne già residenti nelle strutture, le operatrici hanno adottato altre strategie come l'ospitalità in bed and breakfast o in altre collocazioni provvisorie, rese disponibili anche con il supporto delle Prefetture⁷.

Per quanto riguarda nello specifico la Regione Marche, le chiamate ai CAV hanno subito un drastico calo nel primo periodo delle chiusure mentre sono aumentate nella seconda fase: il totale di donne che si sono rivolte al servizio è stato di 165, con valori massimi per le province di Ancona e Macerata e minimi per quella di Pesaro.

Anche l'andamento degli ingressi nelle strutture ha risentito della situazione generale: da metà febbraio fino al 10 maggio ci sono stati 13 ingressi, di cui 12 presso la Casa di emergenza Ipazia di Pesaro.

Quest'analisi parziale ha rilevato molte criticità nella gestione dell'emergenza, soprattutto per le donne, le quali hanno subito una maggiore sensazione di solitudine e isolamento sociale e difficoltà nel rivolgersi agli sportelli o alle FF.OO. vista la costante presenza in casa del maltrattante.

⁷ Dati estratti dalla pubblicazione "Le richieste di aiuto durante la pandemia. I dati dei Centri antiviolenza, delle Cse rifugio e delle chiamate al 1522 Anno 2020" rintracciabile sul sito <https://www.istat.it/it/files//2021/05/Case-rifugio-CAV-e-1522.pdf>.

9.3. L'offerta dei servizi

La prevenzione, la rilevazione e il contrasto delle varie forme di violenza di genere richiede una rete di servizi territoriali diffusa e articolata. Inoltre, avendo radici culturali antiche e radicate, è necessario anche prevedere una strategia globale di disseminazione della cultura della parità di genere che riguarda tutti i settori della società (in quest'ottica occorre intervenire quindi sulle politiche sociali, sanitarie, del lavoro, della formazione e abitative).

Analizzando nello specifico l'offerta dei servizi, è necessario partire dalla cornice normativa vigente nella Regione Marche che segna il passo delle scelte politiche fatte negli ultimi anni per contrastare il fenomeno della violenza contro le donne.

Innanzitutto la Regione, con la L.R. dell'11 novembre 2008 n.32, avente ad oggetto "Interventi contro la violenza sulle donne", ha definito le sue principali funzioni:

- promuovere iniziative di prevenzione della violenza sulle donne;
- assicurare alle donne maltrattate un sostegno per consentire loro di recuperare e rafforzare la propria autonomia, materiale e psicologica;
- garantire adeguata accoglienza, protezione, solidarietà, sostegno e soccorso alle persone vittime di violenza fisiche, sessuali e psicologiche, di persecuzioni o vittime di minaccia di tali atti, indipendentemente dalla loro cittadinanza;
- promuovere e sostenere l'attività dei Centri Antiviolenza, uno per ogni territorio provinciale, e delle Case di Accoglienza;
- promuovere la formazione specifica del personale;
- raccogliere ed elaborare i dati relativi al fenomeno della violenza attraverso l'Osservatorio Regionale delle Politiche Sociali.

Successivamente, con la L.R. n. 32 del 01 dicembre 2014, avente ad oggetto "Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia", sono state apportate alcune modifiche ed integrazioni alla normativa precedente, nello specifico:

- l'inserimento di risorse dedicate al contrasto alla violenza di genere all'interno del "Fondo delle politiche sociali" (art.14);
- il raccordo fra criteri e modalità di concessione dei contributi e le indicazioni del "Piano sociale regionale" (art.12) di durata triennale;
- il coordinamento degli "Indirizzi attuativi" previsti dalla LR n. 32/2008 con la programmazione regionale nei settori del lavoro e della formazione (art.11).

In ambito sanitario, va ricordata la D.G.R. n. 1413/2017, "Modalità operative per la presa in carico in ambito sanitario delle donne vittime di vio-

lenza di genere”, che predispone un codice regionale di esenzione che esonera la donna vittima di violenza (e gli eventuali figli minori) dalla partecipazione alla spesa sanitaria per visite e prestazioni, assicurando anche l’anonimato dei dati anagrafici delle vittime. Inoltre, la D.G.R. n. 999/2018 recepisce il D.P.C.M. 24/11/2017 “Linee guida nazionali per le Aziende Sanitarie e alle Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza” e fissa entro un anno il termine per l’adeguamento dei protocolli operativi vigenti.

Gli indirizzi attuativi di cui all’art. 11 della L.R. n. 32/2008 in materia di contrasto alla violenza di genere sono stati elaborati e proposti dal Forum regionale permanente contro la violenza di genere con l’obiettivo di fare il punto della situazione su quanto realizzato dal 2008, a seguito della stipula in data 5/12/2017 del Protocollo regionale interistituzionale antiviolenza (approvato con la D.G.R. 1311/2017). Si è cercato infatti di focalizzare la riflessione e il confronto su alcuni temi ritenuti essenziali quali: le modalità di funzionamento operativo delle reti territoriali antiviolenza (previste dalla D.G.R. n. 221/2017) e la costruzione di un progetto personalizzato per ogni donna vittima di violenza finalizzato al raggiungimento dell’autonomia individuale. Tale documento è stato approvato dalle Regione Marche con D.G.R. n. 1631 del 03/12/2018.

La D.G.R. n. 221/2017 ha quindi istituito la “Rete regionale antiviolenza”, articolata in “Reti territoriali antiviolenza”, una per ogni provincia, con lo scopo di creare sinergie, mettere in rete conoscenze e risorse, definire Protocolli Operativi di Intervento. Tali Reti vedono il coinvolgimento dei Servizi Sociali degli enti Locali, dei Referenti dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio, ma anche l’Autorità Giudiziaria, i rappresentanti della Sanità, delle Forze dell’Ordine, delle Istituzioni Scolastiche, delle Organizzazioni Sindacali e del mondo del lavoro, delle organizzazioni di volontariato, con l’obiettivo di lavorare in modo sinergico e integrato. In particolare, le Reti territoriali antiviolenza hanno la finalità di:

- garantire l’effettiva operatività dei servizi a supporto delle donne vittime di violenza tramite il coordinamento e l’interazione dei soggetti che ne fanno parte;
- elaborare procedure operative per garantire la presa in carico nel territorio della donna vittima di violenza;
- agevolare i percorsi di inclusione sociale e lavorativa;
- promuovere sul territorio iniziative di sensibilizzazione e prevenzione per il contrasto alla violenza di genere attraverso incontri di sensibilizzazione, formazione e informazione.

A livello operativo, l’offerta dei servizi in tale ambito vede impegnate

innanzitutto le équipes multidisciplinare per la presa in carico, composte generalmente da Operatori dei Servizi Sociali dei Comuni/Ambiti Territoriali Sociali, del Consultorio Familiare e del Centro Antiviolenza provinciale. Compiti dell'équipe multidisciplinare sono garantire l'accoglienza e l'analisi delle richieste, valutare gli interventi di natura protettiva, elaborare, attuare e monitorare il progetto personalizzato. Quest'ultimo, oltre a prevedere un intervento sociale, deve considerare la donna e la sua condizione complessiva, pertanto possono essere inserite anche azioni di natura riabilitativa, psico-fisica e relazionale.

Per quanto riguarda le strutture di accoglienza, nella Regione Marche sono attive otto Case dedicate con differenti tipologie⁸:

1. una Casa Rifugio di emergenza, a valenza regionale, ha la finalità della protezione di donne vittime di violenza, sole o con figli minori, in situazione di emergenza, allo scopo di salvaguardarne l'incolumità fisica e psichica;

2. cinque Case Rifugio, strutture di prima accoglienza a indirizzo segreto che forniscono alloggio sicuro, a titolo gratuito, alle donne e ai loro figli minori, garantiscono l'accoglienza per i tempi previsti dal percorso di uscita dalla violenza;

3. due Case di accoglienza per la semi-autonomia, forniscono una seconda accoglienza, temporanea, a quelle donne (ed eventualmente ai figli minori) che hanno concluso il percorso di protezione e devono essere accompagnate nel percorso di re-inserimento sociale, abitativo e lavorativo, anche attraverso l'erogazione di fondi dedicati.

L'invio presso le Case è effettuato dai servizi sociali competenti a seconda della residenza della donna ed eventualmente dei figli minori. L'ingresso nella Casa di emergenza può essere proposto anche dalle Forze dell'Ordine, dagli Operatori dei servizi sociosanitari, dai Responsabili del Pronto Soccorso ospedaliero e dei Centri Antiviolenza.

I Centri Antiviolenza nella Regione Marche sono cinque, uno per ogni Provincia, la loro gestione è affidata a soggetti qualificati del privato sociale iscritti negli albi/registri regionali (Legge 119/2013 art. 35 bis comma 3 lettera c). Hanno il compito di accogliere gratuitamente le donne (con o senza figli minori) che hanno subito violenza o sono esposte alla minaccia di ogni forma di violenza, indipendentemente dal luogo di residenza. Forniscono quindi accoglienza, assistenza, protezione e consulenza. Garantiscono l'anonimato e rispettano l'autodeterminazione della donna. Il centro deve garantire a titolo gratuito i seguenti servizi minimi: ascolto, accoglienza,

⁸ I requisiti minimi strutturali, organizzativi e di personale sono fissati dalla L.R. n. 21/2016 e relativo Regolamento n. 1/2018.

supporto psicologico, consulenza legale. Il Centro antiviolenza prevede la presenza di solo personale femminile, di provenienza professionale multidisciplinare, adeguatamente formato, e garantisce un'apertura di almeno cinque giorni la settimana, nei periodi di chiusura ha un numero di telefono dedicato attivo h 24, anche attraverso una segreteria telefonica e/o trasferimento di chiamata. Aderisce inoltre al numero telefonico nazionale di pubblica utilità 1522 e deve assicurare l'ingresso nella mappatura tenuta dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Al fine di migliorare l'accessibilità delle donne, alcuni Centri sono dotati di propri Sportelli territoriali. In alcuni contesti sono attivi Sportelli gestiti da altri soggetti che hanno i requisiti previsti dall'Intesa Stato-Regioni 2014, sono collegati al Centro Antiviolenza e all'Ambito Territoriale Sociale capofila a livello provinciale tramite accordi formali.

9.4. Le principali sfide e prospettive innovative

Partendo dall'assunto che quello della violenza di genere è innanzitutto un problema culturale, sicuramente una delle sfide principali è l'individuazione di adeguati percorsi formativi all'interno del sistema scolastico. La stessa Convenzione di Istanbul stabilisce, all'art. 14, l'obbligo per le parti di intraprendere "le azioni necessarie per includere nei programmi scolastici di ogni ordine e grado dei materiali didattici su temi quali la parità tra i sessi, i ruoli di genere non stereotipati, il reciproco rispetto, la soluzione non violenta dei conflitti nei rapporti interpersonali, la violenza contro le donne basata sul genere e il diritto all'integrità personale, appropriati al livello cognitivo degli allievi". Le scuole, dunque, sono il luogo privilegiato all'interno del quale promuovere una diversa visione del rapporto uomo-donna e rapporti basati sul rispetto e la valorizzazione delle differenze. A livello nazionale tale concetto è stato ribadito dalla L. 107/2015 e nelle linee guida del MIUR: quest'ultime, in particolare, sottolineano come alla base del fenomeno ci sia proprio una concezione di asimmetria uomo-donna e come promuovere modelli basati sul rispetto delle differenze e la non discriminazione sia fondamentale per l'acquisizione di determinate competenze da parte di studenti e studentesse all'interno del più ampio quadro di "educazione alla cittadinanza"⁹.

In generale, si potrebbe dire che la necessità e l'urgenza di una maggiore formazione e informazione riguardano tutti gli ambiti della società. Il

⁹ <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+guida+Comma16+finale.pdf/>

rapporto del GREVIO sottolinea che ci sono forti carenze per quanto riguarda settori quali quello sociale, sanitario, giudiziario e FF.OO che presentano piani formativi spesso lacunosi e differenti da regione e regione: “Ciò comporta degli interventi inadeguati, anche per quanto riguarda gli accordi sull’affidamento e le visite, che assimilano la violenza al conflitto e spesso non sono in grado di capire le conseguenze sui bambini testimoni di violenze”¹⁰.

Oltre a questo, si sottolinea l’importanza di sensibilizzare la comunità in generale sulla tematica della violenza di genere: parlare di questo fenomeno, diffondere la conoscenza dei servizi presenti sul territorio serve non soltanto a ribaltare credenze e stereotipi ma anche a diffondere tutta una serie di strumenti e informazioni che potranno essere utilizzati da chiunque per riconoscere e aiutare la donna vittima di violenza.

Un’altra sfida riguarda sicuramente l’attuazione di programmi rivolti a uomini che hanno agito violenza o che ritengano di poterla agire in futuro. Si tratta di un percorso che a livello internazionale è stato intrapreso già da tempo, mentre nel nostro Paese ci sono state diverse iniziative in alcune Regioni ma con scarsa omogeneità a livello nazionale. L’obiettivo è non soltanto l’allontanamento del maltrattante ma anche la creazione di appositi servizi che aiutino l’uomo a sviluppare la consapevolezza degli effetti della violenza e ad assumersi la responsabilità di quanto compiuto. Relativamente al primo aspetto, la Regione Marche, nella DGR 716 del 07.06.2021, prevede una serie di azioni per la prevenzione della vittimizzazione secondaria delle donne, in particolare la realizzazione di interventi finalizzati all’allontanamento d’urgenza del maltrattante dalla casa familiare: si vuole evitare che la donna vittima di violenza venga sradicata dal proprio contesto abitativo, affettivo e lavorativo. La regia territoriale di tali attività è stata affidata all’ATS 15 e prevederà, per l’attivazione del servizio, un confronto costante con le FF.OO. per la definizione di specifiche linee guida condivise a livello regionale e relative alle modalità di realizzazione degli interventi.

Inoltre, la Regione Marche ha aderito ad un avviso del Dipartimento Pari Opportunità per gli interventi previsti all’art. 26-bis del decreto-legge n. 104 del 2020 volti alla promozione e al recupero degli uomini autori di violenza, nello specifico la creazione e il potenziamento di centri di ascolto e trattamento per maltrattanti. A livello nazionale sono presenti circa cinquanta centri che lavorano in quest’ambito e sono concentrati per lo più nel Nord e nel Centro Italia. Nelle Marche i centri e le esperienze per il tratta-

¹⁰ <http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2020/06/Grevio-revisione-last-08-06-2020.pdf>

mento dei maltrattanti attualmente interessano soltanto alcune parti del territorio, dunque si è evidenziata la necessità di estenderli uniformemente a livello regionale.

La proposta progettuale presentata dalla Regione Marche è nata dal confronto con tutte le realtà sia pubbliche che private che a vario titolo operano per la prevenzione e il contrasto della violenza di genere: da qui l'idea di creare un centro di ascolto e trattamento la cui sede principale del centro sarà localizzata nel comune di Macerata, con la previsione di articolazioni decentrate, una per ogni provincia della regione Marche. La dislocazione andrà a potenziare le realtà già esistenti e a garantire la presenza del servizio nei territori che al momento ne sono sprovvisti.

Il centro opererà sia come punto informativo in merito ai servizi rivolti agli uomini maltrattanti, sia per la realizzazione di percorsi di trattamento. L'accesso al servizio potrà avvenire su base volontaria degli stessi uomini o attraverso invii da parte dei servizi.

Sulla base dell'art. 16 della Convenzione di Istanbul, verrà utilizzato un approccio integrato, improntato al riconoscimento della violenza nei confronti delle vittime a livello fisico, psicologico, relazionale, economico, sociale e culturale, unitamente allo sviluppo di modalità relazionali nuove e alternative che favoriscano il cambiamento.

Per concludere, potremmo dire che prevenire e contrastare la violenza di genere significa mettere in campo delle azioni mirate a far sì che alcuni meccanismi non vengano più messi in atto: educare ad un linguaggio diverso, a un uso più consapevole delle parole, sensibilizzare la comunità alla comprensione del fenomeno e cosa voglia dire “agire violenza”, adoperarsi per eliminare il verificarsi di tali episodi, insegnando fin dalla tenera età il rispetto nei confronti dell'altro. Fondamentale in questo senso è il lavoro di rete, come sottolineato dalla DGR 1631/2018: la creazione di un sistema omogeneo di interventi che garantisca che alla donna vittima di violenza venga assicurato, qualsiasi sia il soggetto al quale si rivolge, “la presa in carico e l'accompagnamento nel percorso di fuoriuscita dalla violenza... nonché ogni azione utile a garantirne la sicurezza e tutela, insieme a quella dei figli minori qualora presenti”¹¹.

¹¹ <https://www.regione.marche.it/Portals/0/Sociale/PariOpportunità>

Riferimenti bibliografici

- D.I.Re – Donne in Rete contro la violenza (2014) “Linee guida per l’intervento e la costruzione di rete tra i Servizi Sociali dei Comuni e i Centri Antiviolenza” - https://www.direcontrolaviolenza.it/wp-content/uploads/2014/03/ANCI_DI-RE_LINEE_-GUIDA_ASSISTENTI_SOCIALI.pdf;
- DGR 1631/2018 “Art. 11 L.R. 32/2008 – Interventi contro la violenza sulle donne. Approvazione indirizzi attuativi”
- GREVIO (2020) “Baseline Evaluation Report Italy”- <https://rm.coe.int/grevio-report-italy-first-baseline-evaluation/168099724e>;
- ISTAT (2019) “Gli stereotipi sui ruoli di genere e l’immagine sociale della violenza sessuale”- <https://www.istat.it/it/files//2019/11/Report-stereotipi-di-genere.pdf>;
- ISTAT (2021) “Le richieste di aiuto durante la pandemia. I dati dei Centri antiviolenza, delle Cse rifugio e delle chiamate al 1522 Anno 2020”- <https://www.istat.it/it/files//2021/05/Case-rifugio-CAV-e-1522.pdf>;
- LEGGE 27 giugno 2013, n.77 : Ratifica ed esecuzione della Convenzione del Consiglio d’Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, fatta a Istanbul l’11 maggio 2011
- LEGGE 15 ottobre 2013, n. 119 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonche’ in tema di protezione civile e di commissariamento delle province”;
- MIUR (2015) “Linee guida nazionali: Educare al rispetto: per la parità tra i sessi, la prevenzione della violenza di genere e di tutte le forme di discriminazione” - <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Linee+guida+Comma16+finale.pdf/>

10. Le politiche per i migranti

di *Eduardo Barberis**, *Alba Angelucci***

Introduzione

Questo capitolo intende ricostruire il quadro della situazione e delle politiche per i migranti nel contesto marchigiano. Il contributo parte da una breve ricostruzione della condizione sociodemografica degli stranieri nelle Marche, nella convinzione che su un target delle politiche di welfare tanto oggetto di polarizzazione nell'arena sociale e politica sia opportuno partire da alcuni dati di fatto.

Da qui vengono evidenziate quelle che per gli estensori di questo capitolo sono alcune delle sfide prossime venture che le politiche pubbliche dovranno affrontare. Infine, a partire dai risultati di strumenti di rilevazione qualitativi somministrati nel quadro del progetto PRIMM2020 (Piano Regionale Integrazione Migranti Marche 2020), si ricostruirà la situazione in merito alla programmazione e all'implementazione dei servizi per i migranti e alla loro capacità di intercettare e rispondere ai bisogni della popolazione straniera nelle Marche, così come percepita dagli stakeholder delle politiche di welfare territoriali. Un focus particolare verrà posto sul ruolo dell'associazionismo – sia generalista sia di/con/per/tra immigrati – e del Terzo settore nella definizione e nella risposta a tali bisogni sociali.

10.1. Situazione sociodemografica dei migranti nelle Marche

Alla data del 1 gennaio 2021, nella Regione Marche sono residenti ca. 127.000 cittadini stranieri¹(ca. 3.500 in meno rispetto all'anno precedente),

* Professore associato, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

** Assegnista di ricerca, Università degli Studi di Urbino Carlo Bo.

¹ I dati anagrafici qui presentati sono frutto di elaborazioni su bilanci demografici e po-

pari all'8,5% della popolazione (che arriva quasi al 10% in provincia di Fermo e si riduce al 6,6% in quella di Ascoli) – dato in linea con la media nazionale. Si tratta di un'immigrazione tendenzialmente giovane: l'incidenza maggiore sulla popolazione regionale si ha nella fascia 25-40 anni (in cui il 15% dei marchigiani non è cittadino italiano); l'età media dei cittadini italiani nelle Marche è di oltre 10 anni superiore a quella dei cittadini stranieri (47,5 contro 36,7 anni). Tuttavia, anche a fini di programmazione delle politiche, il tema dell'invecchiamento della popolazione straniera non deve essere sottovalutato: nell'ultimo quinquennio sono aumentati solo gli stranieri over 50².

Il 18% degli stranieri residenti è costituito da minori (in larga parte nati in Italia: basti pensare che fra gli stranieri che frequentano la scuola primaria quasi l'80% è nata nel nostro paese) e il 54,5% da donne. La metà dei residenti stranieri viene da cinque Paesi: Romania (24.600), Albania (13.800), Marocco (9.700), Cina (8.800), Pakistan (5.700) – quest'ultimo l'unico Paese fra quelli a maggiori presenze in cui il numero dei residenti è aumentato rispetto all'anno precedente.

Il calo complessivo dei residenti stranieri è dovuto certo alla diminuzione dei nuovi ingressi e delle nascite, ma soprattutto alle acquisizioni di cittadinanza. Nel solo 2020, i cancellati dall'anagrafe per questo motivo nelle Marche sono stati ca. 6.300 – quasi il 5% dei residenti stranieri ad inizio anno – in larghissima parte cittadini³.

Le persone straniere regolarmente presenti sul territorio possono essere in numero superiore rispetto a quanti sono registrati in anagrafe, giacché non tutti i titolari di permesso di soggiorno hanno la residenza. Basti pensare che i permessi di soggiorno rilasciati nelle Marche per le prime 15 cittadinanze non comunitarie superano i residenti provenienti da quei Paesi di quasi l'8% con gap molto marcati (del 20-25%) per Tunisini, Pakistani e Macedoni (Istat 2020a)⁴.

Il 60% dei non comunitari nelle Marche dispone di un permesso per lungosoggiornanti, non soggetto a rinnovo – indicatore di una certa stabi-

polazione residente raccolti da Istat nella sezione “Demografia in cifre” del suo sito, <http://demo.istat.it/>

² Nel quinquennio 2017-2021 gli stranieri residenti ultrasessantacinquenni sono passati da meno di 7.000 a più di 9.000 (dal 5,1 al 7,3% della popolazione straniera).

Per una riflessione sociosanitaria su invecchiamento e immigrazione, si veda Pitaud (2010), Cela e Fokkema (2014)

³ Cfr. http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Acquisto_concessione_e_reiezione_della_cittadinanza_italiana_int_00018-7973541.htm

⁴ Val la pena segnalare che non necessariamente un permesso rilasciato nelle Marche indica che il titolare vi sia presente. A contrario, per esempio, i residenti nigeriani sono più dei titolari di permesso di soggiorno della Regione: plausibilmente, cittadini nigeriani che hanno un titolo di soggiorno rilasciato in altre regioni hanno poi scelto di risiedere nelle Marche.

lizzazione sul territorio. Metà dei permessi di soggiorno soggetti a rinnovo sono rilasciati per motivi familiari e un quarto per motivi di lavoro. Circa il 17% è un permesso per motivi umanitari – una categoria in espansione negli ultimi anni (guardando solo ai nuovi permessi rilasciati, infatti, circa un terzo sono per motivi umanitari, cfr. Idos 2020).

A questi bisogna aggiungere gli irregolarmente presenti, per loro stessa natura difficili da contare. Se, con una forzatura metodologica, proiettiamo a livello regionale le stime nazionali prodotte da Ismu (2021), il numero di irregolarmente presenti nella regione si aggirerebbe intorno alle 11-14.000 persone, più di un quarto delle quali avrebbero fatto domanda di emersione durante la regolarizzazione 2020⁵.

Negli ultimi anni, le uscite dal sistema di protezione hanno senz'altro alimentato la platea degli irregolarmente presenti – ed è evidente che il sistema di accoglienza dei richiedenti e dei titolari di protezione sia oggetto di particolare attenzione politica e pubblica. Nel 2020, le Marche disponevano di 1.292 posti nel SAI – Sistema di Accoglienza e Integrazione (pari al 4,1% del totale nazionale). I progetti di accoglienza presenti su tutto il territorio regionale sono 21 – compreso quello con il maggior numero di beneficiari in Italia, quello dell'Ambito Territoriale Sociale 9 di Jesi⁶. Molti progetti hanno dimensione sovracomunale e coinvolgono dunque molte amministrazioni locali in Regione. A questi vanno aggiunti i CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), a gestione prefettizia. Nel 2019 si contavano strutture in più di 50 comuni della Regione⁷.

Le migrazioni di fuga, tuttavia, continuano a costituire una minoranza, mentre lo stock di stranieri presenti è legato a movimenti per motivi di lavoro e poi di stabilizzazione (con ricongiungimenti e nuove nascite). L'attenzione al mercato del lavoro è dunque centrale. La condizione occupazionale degli stranieri nelle Marche è coerente con quella riservata agli immigrati nel nostro Paese: funzionali ad alcuni settori economici, inseriti nei lavori delle “5 P”: “precari, pesanti, pericolosi, poco pagati e socialmente penalizzati” (Ambrosini 2005: 59). Basti considerare che gli stranieri valgono ca. il 10% degli occupati nella regione, ma ben il 17% degli infortuni registrati e che “gli occupati stranieri sono presenti nelle professioni non qualificate tre volte di più degli italiani, rispettivamente il 20,9% contro il 5,9%, notevole è anche la differenza nel lavoro manuale specializzato (44,3% contro 28,3%)” (Idos 2020: 397). In considerazione di questa posi-

⁵ Le domande presentate nella regione Marche sono oltre 3.700, cfr. Ministero dell'Interno (2020).

⁶ Per approfondimenti, cfr. SAI, CITTALIA (2020).

⁷ Cfr. <https://www.openpolis.it/i-comuni-dove-vengono-offerti-piu-posti-nei-centri-di-accoglienza/>

zione sul mercato del lavoro, la retribuzione media di uno straniero nelle Marche è del 20% inferiore a quella di un italiano.

La situazione si è aggravata nel 2020, come esito della crisi pandemica. Già i dati del 2019 evidenziavano un peggioramento dell'inserimento lavorativo degli stranieri, con un tasso di disoccupazione che era balzato oltre il 20% (contro il 7% degli italiani) (Idos 2020): il tasso di disoccupazione è calato nel 2020 per effetto statistico dell'uscita dal mercato del lavoro di diverse persone, ma il gap fra nativi e immigrati nelle Marche resta impressionante e superiore alla media nazionale. Esso, infatti, nelle Marche per gli immigrati è più che doppio rispetto a quello dei nativi (17,5 contro 6,4), mentre a livello nazionale il gap è più limitato (13,2 contro 8,9)⁸.

Per comprendere meglio la situazione di precarietà delle famiglie immigrate e limitare l'effetto statistico delle definizioni di attivi e inattivi nel mercato del lavoro, si può usare un dato sulle famiglie senza reddito da lavoro, indipendentemente dal motivo per cui non sono nel mercato del lavoro. Le famiglie di stranieri sono quelle in cui nel 2020 l'assenza di lavoro è cresciuta in modo più marcato (Banca d'Italia 2021): gli individui in famiglie senza reddito da lavoro sono passati dall'8,8 del 2019 al 14,1% del 2020 (contro una media nazionale rispettivamente del 10,1 e 14,9).

10.2. L'inclusione degli immigrati nel welfare locale: dilemmi e sfide

I dati sopra ci confermano un'evidenza nota: la popolazione immigrata in Italia è particolarmente colpita da condizioni di vulnerabilità e svantaggio sociale – e la regione Marche non fa eccezione. Si tratta di una popolazione che presenta condizioni di povertà (soprattutto per le famiglie con minori) e di disagio abitativo superiori a quelle della popolazione nativa; presenta inoltre un inserimento nel mercato del lavoro caratterizzato da maggior precarietà in termini di redditi da lavoro, stabilità e qualità occupazionale. Infine, nonostante un'età media significativamente inferiore a quella dei nativi, presenta specifici problemi di salute, ora collegati a condizioni di povertà (e.g. alimentazione e condizioni abitative meno salubri; carenza di prevenzione che agevola accesso in emergenza e cronicizzazione), ora a condizioni più tipiche del profilo sociodemografico che caratterizza questa popolazione (e.g., sovrarappresentazione nei reparti materno-infantili)⁹.

⁸ Dati Eurostat, Regional labour market statistics.

⁹ Il profilo di salute della popolazione immigrata nelle Marche è stato validamente studiato dall'Osservatorio Diseguaglianze di Salute dell'Agenzia Regionale Sanitaria, cui si

Si tratta dunque di una questione che pone delle sfide peculiari ai sistemi di welfare, lungo due assi: la possibilità di accesso ai servizi, e la loro accessibilità. Con il primo termine ci si riferisce ai requisiti legali che – per una popolazione caratterizzata da una marcata “stratificazione civica” (Morris 2002), cioè da status giuridici molto diversificati, con set di diritti assai ineguali – già creano una giungla complessa di titoli di godimento. Basti pensare che la popolazione più fragile – quella degli irregolarmente presenti – può godere di un paniere di diritti molto limitato, e che il SAI si risolve spesso in un welfare tanto parallelo quanto residuale, sconnesso dalla rete di tutele locali.

Con il secondo termine, ci si riferisce all’effettiva possibilità di accedere ai diritti di cui si dispone, in cui prassi amministrative difformi (si pensi al tema dell’iscrizione anagrafica o al sistema sanitario nazionale, cfr. Gargiulo 2017) e asimmetrie informative limitano il godimento di diritti che pure si avrebbe – o un uso “distorto” dei servizi (in ambito sanitario, si pensi alla questione del ricorso ai servizi di emergenza).

Si tratta di un tema che pone un altro dilemma organizzativo, che si incrocia anche con la forte politicizzazione e polarizzazione sul tema migratorio: quanto è opportuno avere servizi dedicati alla popolazione immigrata – e in quali ambiti? Quanto, invece, serve garantire un accesso ai servizi generalisti – magari accompagnato da forme di facilitazione per abbattere le barriere all’accessibilità? E quanto l’una o l’altra opzione favoriscono dinamiche oppostive al welfare e alla sua fruizione da parte di minoranze che per parte dell’opinione pubblica non sono legittimate a fruire i servizi? Si tratta di temi che si riflettono sull’immagine pubblica e sull’operatività del welfare (Ponzo e Zincone 2010; Barberis 2020).

Dentro a questo quadro generale, possiamo senz’altro individuare alcune sfide specifiche per l’inclusione sociale locale e per i sistemi di welfare territoriali, che riguardano le disegualianze strutturali sopra menzionate, ma intersecano anche questioni di riconoscimento pubblico della diversità.

Da questo punto di vista, la prima e più importante è forse la situazione delle generazioni figlie delle migrazioni internazionali.

La sovrarappresentazione delle minoranze nei percorsi di insuccesso scolastico (il 54% degli alunni stranieri nelle Marche è in ritardo scolastico, contro una media nazionale del 51% – cfr Istat 2020b), nelle transizioni problematiche al mercato del lavoro (si pensi alla questione dei NEET) – abbinata a uno scarso riconoscimento pubblico – può favorire manifestazioni di disagio multiformi. La riproduzione intergenerazionale delle dise-

rimanda per opportuni approfondimenti: <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS>

guaglianze, già forte in un paese a bassa mobilità sociale, rischia di caratterizzare questo segmento della popolazione, con forme di marginalità e devianza – anche “reattiva”, legata al gap fra aspettative di uguaglianza e realtà delle diseguaglianze.

Questo tema richiama più in generale i rischi discriminatori, di etichettamento e mancato riconoscimento della cittadinanza politica e sociale della grande quota di lungo residenti – compresi quanti hanno acquisito la cittadinanza italiana. Benché in una posizione socioeconomica mediamente migliore dei soggetti provvisti di permessi a scadenza, essi affrontano problematiche specifiche – in particolare una certa distanza fra i diritti formali acquisiti e l’adesione “culturale” all’identità nazionale e locale da un lato, e gli ostacoli pratici e le diseguaglianze strutturali che ancora colpiscono le minoranze.

Sulla questione non può non essere sollevato il tema del rischio di avvelenamento del clima pubblico legato al trattamento mediatico di delitti che coinvolgono stranieri, così come di episodi di discriminazione razziale che hanno avuto luogo nella regione e su cui l’azione pubblica appare spesso afasica se non giustificatoria – con acme ed epitome nell’attentato terroristico di febbraio 2018 a Macerata (Maneri e Quassoli 2021).

Concentrarsi solo sulle giovani generazioni, tuttavia, significherebbe in qualche modo “dare per perse” le generazioni adulte. Qui il tema di politica sociale riguarda gli effetti di lungo periodo di una perdurante inclusione subordinata nel mercato del lavoro: significa che anche i soggetti più stabilizzati rischiano ad ogni crisi di veder arretrare le posizioni conquistate con fatica. Il fatto che l’integrazione sia reversibile e non lineare è stato chiaramente messo in evidenza già con la crisi finanziaria ed oggi torna di attualità. Disoccupazione, sottoccupazione, redditi limitati, conseguenze psichiche, sociali e sanitarie di condizioni occupazionali precarie costituiscono un problema di lungo periodo.

Rispetto a questi trend, ci sono tuttavia almeno un paio di fattori, amplificatisi negli ultimi anni, che rischiano di avere effetti territoriali particolarmente pesanti ed incidere dunque sul benessere (e sul sistema di welfare) locale.

Il primo è l’onda lunga della cosiddetta “crisi dei rifugiati”, che ha visto la crescita delle migrazioni di fuga e per motivi di protezione – ora in termini assoluti, con alti numeri specie nel biennio 2015-2016; ora in termini relativi, rispetto al totale degli ingressi, in considerazione della forte limitazione del canale di ingresso per motivi di lavoro. L’evoluzione del sistema di accoglienza (inclusa la forte dimensione emergenziale, concretizzatasi nei CAS gestiti direttamente dalle Prefetture) ha spesso prodotto un welfare parallelo, poco legato al sistema dei servizi territoriali, e sempre più resi-

duale dopo le riforme restrittive iniziate da Minniti-Orlando e continuate da Salvini. Non solo, l'uscita da un sistema di accoglienza diffuso, specie per i cosiddetti "diniegati" (quantità non sono stati riconosciuti meritevoli di protezione), ha contribuito alla presenza altrettanto diffusa sul territorio di persone fortemente precarie, che cumulano vulnerabilità (incerte condizioni giuridiche, situazioni abitative e reddituale; talora condizioni psichiche problematiche) "Pitzalis (2020)".

Il secondo è legato alle conseguenze della pandemia da Covid-19 che – come già accaduto con l'onda lunga della crisi finanziaria del 2007 – impatta sui processi di partecipazione sociale ed economica anche dei lungo-residenti, precarizzando la situazione di chi sembrava avviato ad un positivo percorso di incorporazione locale.

Specie in prima istanza, gli strumenti di tutela hanno coperto poco la popolazione straniera (Barberis e Martelli 2021). Da un lato, le misure ordinarie – come il Reddito di Cittadinanza – presentano soglie di accesso (legate alla residenza) che limitano la fruizione da parte degli stranieri. Su questo fronte, al 30 giugno 2020 le Marche risultavano la quinta regione in Italia per quota di cittadini non italiani che avevano avuto accesso a Pensione o Reddito di Cittadinanza (ca. 23% – dato trainato soprattutto dai cittadini comunitari – dietro a Umbria, Provincia Autonoma di Trento, Lombardia ed Emilia-Romagna – cfr. Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020). Dall'altro, la chiusura delle frontiere ha eliminato un'opzione per il fronteggiamento delle crisi estreme talora utilizzato dai migranti (il ritorno in patria o una nuova immigrazione), mentre l'accesso e l'accessibilità di misure come il reddito di emergenza e le misure di solidarietà alimentare potrebbero non aver protetto adeguatamente la popolazione immigrata dai rischi emergenti, anche se parzialmente compensati dall'attivismo del Terzo settore.

10.3. Il welfare marchigiano e l'immigrazione

10.3.1. Quadro normativo, indirizzi di policy e progettazioni relative all'area immigrazione

Gli indirizzi regionali di politica di inclusione degli immigrati vengono dalla L.R. 26 maggio 2009, n.13 "Disposizioni a sostegno dei diritti e dell'integrazione dei cittadini stranieri immigrati", che ribadisce gli obiettivi di uguaglianza con i cittadini italiani e definisce le modalità di realizzazione delle politiche di integrazione, prevedendo la stesura di piani regionali annuali e lo stanziamento di risorse regionali dedicate.

Dal punto di vista del management di questa area di policy, la regione Marche, coerentemente con il suo modello organizzativo, ha puntato molto sul rafforzamento del ruolo degli ATS, e quindi su di una dimensione sovracomunale a diretto contatto con il territorio in grado di implementare progettazioni e servizi in maniera integrata. Questo approccio si inserisce in quello che è stato definito un modello di welfare regionale “social-programmatorio” (menzionato anche nel piano sociale regionale 2020/2022), all’interno del quale, però, assume un ruolo di primo piano proprio la progettazione e la programmazione partecipata “dal basso”. Questo permette di attuare una *governance* multilivello e multistakeholder all’interno della quale viene valorizzato anche il partenariato pubblico/privato, attraverso l’implementazione di progetti che seguono una logica di co-progettazione e cooperazione.

Il finanziamento di tali progettazioni passa principalmente attraverso fondi ministeriali dedicati, messi a bando attraverso avvisi pubblici ministeriali, cui la regione ha risposto a partire dal 2010. I finanziamenti, attualmente provenienti principalmente dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI), hanno permesso l’attuazione di progetti regionali d’integrazione dei migranti in collaborazione con le istituzioni scolastiche, gli enti locali e le università marchigiane. La Tab. 1 riporta i progetti finanziati nella Regione Marche nell’ultimo biennio - inclusi quelli gestiti in autonomia da soggetti non pubblici.

Tab. 1 - Progetti FAMI attivi nella regione Marche (2019-2021)

<i>N.</i>	<i>Titolo progetto</i>	<i>Capofila/beneficiario</i>	<i>Ambito di intervento</i>
1	Primm2020: piano regionale integrazione migranti marche	Regione Marche	Integrazione / Inclusione sociale minori e giovani stranieri Accesso ai servizi Promozione della conoscenza dei diritti doveri e opportunità
2	Migrant.net	Regione Marche	Integrazione/ Raccordo tra le politiche del lavoro, dell’integrazione e dell’accoglienza
3	Pina-q - promozione di percorsi di inclusione attiva nel settore agricolo di qualità	A.s.a.d. Società cooperativa sociale	Integrazione / Interventi di integrazione socio-lavorativa per prevenire e contrastare il caporalato

4	Diagrammi - Nord	Consorzio Nova Onlus (per le Marche, On the Road)	Integrazione / Interventi di integrazione socio-lavorativa per prevenire e contrastare il caporalato
5	F.o.r.m.a. – Formazione, opportunità e risorse per migranti in agricoltura	Consorzio Kairos scs (per le Marche, Iscos Marche)	Integrazione / Interventi di integrazione socio-lavorativa per prevenire e contrastare il caporalato
6	Icam 2021: italiano cantiere aperto Marche 2021	Regione Marche (Cpia partner)	Integrazione / formazione civico linguistica
7	La lingua italiana per l'integrazione e per il lavoro. Percorsi linguistici di apprendimento dell'italiano L2 nella Regione Marche	Comunità Volontari per il Mondo	Integrazione / formazione civico linguistica
8	Azioni del servizio sanitario della Regione Marche per la salute psicofisica dei migranti forzati e dei minori non accompagnati	Ssr Regione Marche	Accoglienza / asilo potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza
9	Gomena: promozione di un sistema di 2° accoglienza finalizzato all'integrazione di Msna	Comune di Fano	Accoglienza / asilo potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza
10	Shubh a Pesaro	Inca Cgil	Accoglienza / asilo potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza
11	Inside aut - Reti e sentieri verso l'integrazione, Marche	Tamat	Accoglienza / asilo Potenziamento del sistema di 1° e 2° accoglienza
12	Challenge e Challenge 2.0	Prefettura di Macerata	<i>Capacity building/ Governance</i> di servizi
13	Re-start	Comune di Porto Recanati	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
14	Nuovi cittadini plus	Ats 15, Comune di Macerata	<i>Capacity building/ Governance</i> di servizi

15	A.r.c.o. - Azioni di rafforzamento comunitario a Lido Tre Archi	Prefettura di Fermo	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
16	Emma - Empowerment e integrazione servizi pubblici per migranti	Unione dei Comuni di Pian del Bruscolo	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
17	Pac - Persone al centro: potenziamento dei servizi immigrazione della Prefettura di Pesaro	Prefettura di Pesaro e Urbino	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
18	R.i.t.i. - Reti inclusive territoriali integrate	Prefettura di Pesaro e Urbino	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
19	Social inclusion	Asp ambito 9	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
20	E-quality: qualità nei servizi e parità di accesso	Asp ambito 9	<i>Capacity building / Governance</i> di servizi
21	Wifi: welfare interculturale, formazione e integrazione. Modelli innovativi di azioni territoriali e spazi di cittadinanza	Asp ambito 9	<i>Capacity building / Scambio</i> di buone pratiche
22	Fin - finanza inclusiva	L’Africa Chiama Onlus	<i>Capacity building / Scambio</i> di buone pratiche
23	Back to the future (1 e 2)	G.u.s. “Guido Poletti” Onlus	Misure di rimpatrio / interventi di rimpatrio volontario assistito comprensivi di misure di reintegrazione

Come è possibile notare dalla tabella sopra riportata, delle 23 progettazioni implementate, quasi la metà (11) riguarda quello che viene definito il “*capacity building*”, e in particolar modo il settore della *governance* dei servizi. Sotto questo cappello si inseriscono progetti eterogenei accomunati dall’obiettivo di promuovere le capacità individuali da una parte e quelle istituzionali dall’altra, con lo scopo di migliorare la gestione di situazioni nelle quali entrano in gioco capacità e competenze interculturali. La spesa complessiva per questi progetti è di circa 5 milioni euro. Sette progettazioni riguardano il tema più generale dell’integrazione, anche se queste si dividono poi in diversi settori avvalendosi di partnership articolate: lavoro, formazione, istruzione,

inclusione sociale di minori e adulti stranieri, accesso ai servizi. In questo caso il costo complessivo è di circa 12,5 milioni di euro, di cui più di due terzi (circa 9,5 milioni) è dedicata all'inclusione socio-lavorativa dei migranti, con particolare attenzione al settore dell'agricoltura e al contrasto del caporalato. Quattro progettazioni sono dedicate specificatamente all'accoglienza e all'asilo (dimensioni chiave, soprattutto alla luce dello smantellamento dei circuiti di prima accoglienza, come vedremo fra poco), con una spesa complessiva di circa 5,6 milioni di euro. Mentre una progettazione (ripetuta in due edizioni) è dedicata al rimpatrio volontario assistito e alle misure di reintegrazione, per un costo complessivo di poco meno di 2,5 milioni di euro. L'ammontare della spesa finanziata da fondo FAMI nella regione Marche, dunque, è di circa 24 milioni di euro¹⁰ per il biennio 2019/2021.

Il frame generale di questi progetti risente ovviamente delle priorità nazionali che definiscono fondi e bandi (si pensi all'attenzione al tema del caporalato nell'ultimo lustro) e purtuttavia evidenziano una certa capacità degli attori sociali marchigiani di intercettare reti nazionali, di fare rete sul territorio regionale, di costruire progetti che superano la forte concorrenza nazionale. Resta però una criticità legata alla breve durata e alla complessa e faticosa gestione di questi progetti: anche quando affrontata con nuove edizioni/progettualità in continuità, si pone il problema di dare stabilità e riconoscibilità di lungo periodo ai servizi erogati.

10.3.2. Il policy making riguardo i servizi per gli immigrati nella Regione Marche

10.3.2.1. Il contesto della programmazione

Come visto poc'anzi, nella strutturazione amministrativa regionale la gestione del processo di policy making riguardante i servizi per gli immigrati è affidata agli Ambiti Territoriali Sociali. Questi enti coprono il territorio relativo a più comuni sulla base di peculiarità e prossimità territoriali, senza ricalcare la suddivisione provinciale. Il territorio regionale è stato così diviso in 23 AA.TT.SS.

Dal punto di vista delle differenze territoriali, la principale e più evidente dicotomia è quella che distingue le zone dell'entroterra caratterizzate da paesini montani di piccole dimensioni mal collegati fra loro, da quelle co-

¹⁰ Trattandosi di progetti con partnership talvolta molto articolate, è possibile che in alcuni casi, come ad esempio per il progetto DIAGRAMMI, il finanziamento sia spartito fra attori che non operano direttamente sul territorio marchigiano.

stiere, che vedono invece la presenza di centri urbani più grandi e infrastrutture migliori.

La flessione dei nuovi arrivi in regione e i relativi cambiamenti demografici, ampiamente descritti sopra, hanno fatto sì che la popolazione di origine straniera a oggi residente nelle Marche sia percepita da chi programma e gestisce i servizi, come una popolazione radicata, lungo-residente e “quasi perfettamente integrata nella comunità locale”. Questa percezione è maggiormente rilevabile nei territori costituiti da comuni di piccole e medie dimensioni, mentre la presenza di “nuovi immigrati” – intendendo con questa espressione, una immigrazione qualitativamente diversa da quella a cui si era abituati – è più sentita nelle realtà costiere più grandi, ferma restando la percezione di un generale “invecchiamento” della popolazione straniera in termini di residenza e di una progressiva inclusione di questa nella comunità locale.

In termini di impatto sui servizi ciò si riflette da una parte in una sorta di “cristallizzazione” dell’accesso di alcune fasce di popolazione ad alcuni servizi (“sempre le stesse persone negli stessi servizi”) e dall’altra in una “normalizzazione” del bisogno, che smette di essere emergenziale e di comunicazione per diventare più strutturale e relativo alla multiproblematicità delle situazioni. Ciò significa che, in parte, la domanda di servizi da parte della popolazione straniera e i bisogni che emergono sono cambiati: se con una popolazione straniera giovane era più importante la presenza di servizi di mediazione soprattutto all’interno della scuola, ove spesso bambini e bambine arrivavano in età già avanzata e privi di competenze comunicative in lingua italiana, adesso i bisogni tendono ad allinearsi a quelli della popolazione autoctona laddove le vulnerabilità non dipendono necessariamente dalla diversa provenienza ma dalla peculiare posizione sociale.

Cionondimeno, le modifiche nel sistema di accoglienza ex Sprar/Siproimi (oggi SAI), come evidenziato sopra, hanno facilitato l’espulsione dalla protezione di una popolazione straniera particolarmente vulnerabile – e questo si è riflettuto in criticità che per alcuni ATS sono nuove, come quella della presenza di diffusa di persone senza dimora.

10.3.2.2. La programmazione degli interventi e dei servizi

Sebbene nella regione esistano delle realtà territoriali che già da anni lavorano sulla costruzione ed il consolidamento di una rete integrata fra i diversi attori sociali, nella maggior parte dei casi la mancanza di tali reti inficia il lavoro di programmazione partecipata in ottica di *governance* multi-stakeholder, che invece costituirebbe l’anima di quello che è il piano di zo-

na, e che costituisce lo strumento di programmazione fondamentale in mano agli ATS.

Ciò significa che generalmente, soprattutto per quanto riguarda i servizi offerti alla popolazione straniera – intendendo con ciò sia le azioni ad essa direttamente rivolte sia i servizi ai quali la popolazione straniera accede in maniera più consistente pur non essendo direttamente ad essa dedicati – non esistono momenti di programmazione partecipata e condivisa con i gruppi che rappresentino la popolazione straniera del territorio, se non quelli legati a progettazioni specifiche e isolate, che mirano a soddisfare un “compito” di progetto ma che spesso rimangono momenti fini a se stessi.

Fanno eccezione un paio di casi virtuosi nei quali la presenza forte e consolidata sul territorio di un mondo associazionistico fatto sia da italiani che da stranieri ha permesso dei momenti di condivisione e programmazione partecipata. I casi d’eccezione si avvalgono di strumenti come i tavoli di concertazione ai quali vengono invitati gli attori del territorio. Sebbene anche questo strumento abbia i suoi limiti, che non dipendono soltanto dal lavoro di coordinamento che svolge l’ATS ma dalle relazioni che costituiscono il tessuto e il capitale sociale del territorio, il lavoro svolto attraverso questi tavoli ha permesso di avvicinare i servizi ai bisogni della popolazione utilizzando come sentinelle quegli attori che ad essa sono più vicini, come quelli del Terzo settore.

10.3.2.3. I servizi per la popolazione immigrata

La programmazione degli interventi per la popolazione immigrata nella regione risente anche di una caratteristica di fondo, condivisa da tutti i territori: la maggioranza dei servizi offerti alla popolazione straniera viene inclusa nei servizi mainstream, quelli cioè offerti a tutta la popolazione, evitando misure specifiche rivolte agli stranieri in maniera esclusiva. Se si escludono gli sportelli immigrazione implementati nel quadro di specifici progetti (spesso FAMI), che nelle realtà più piccole risultano spesso marginali se non inutilizzati, la domanda di servizi da parte di persone di origine straniera viene soddisfatta attraverso i servizi generalisti offerti dal territorio e, qualora i requisiti lo permettano, da misure nazionali come il reddito di cittadinanza.

Questa viene definita come un’esplicita scelta di politica dei servizi, laddove si ritiene che servizi specificamente dedicati alla popolazione straniera risulterebbero in una eccessiva visibilità tanto della presenza degli stranieri sul territorio, quanto dei loro bisogni e dei servizi stessi di cui potrebbero usufruire. Inoltre, l’approccio generalista favorirebbe, nelle inten-

zioni degli amministratori, una maggiore inclusione e partecipazione della popolazione migrante alla vita del territorio, e sarebbe sostenuto da una concezione paritaria, democratica e inclusiva della convivenza con gli immigrati.

Nonostante le intenzioni, questo approccio non elimina i problemi legati alla visibilità del bisogno della popolazione straniera, rischiando, in tempi di ristrettezze economiche e tagli di risorse, di porre fasce di popolazione parimenti vulnerabili in concorrenza per l'accesso ai servizi, alimentando così una "guerra fra poveri" che si traduce nella cultura della separazione e dell'intolleranza.

Inoltre l'approccio estremamente settoriale ai bisogni impedisce, spesso, di prendere in carico in maniera olistica le persone che si rivolgono ai servizi: da una parte c'è la difficoltà della comunicazione del bisogno, talvolta non ben decifrato neanche dal potenziale utente; dall'altra c'è la difficoltà da parte dell'ente di rispondere in maniera adeguata a problematiche multifattoriali che necessitano di un approccio integrato.

La presenza frammentata di servizi talvolta sperimentali che si tramutano in buone pratiche sul territorio è spesso legata a progettualità finanziate attraverso fondi europei o altri canali di finanziamento che, sebbene importanti, rimangono limitati ad azioni specifiche e temporanee, senza adeguata continuità fra un progetto e l'altro. Questo tipo di fondi, inoltre, richiedendo uno sforzo amministrativo e gestionale aggiuntivo e superiore al normale, stressa in maniera particolare i territori più piccoli con meno risorse di personale - con il rischio di scoraggiarne la partecipazione.

10.3.2.4. Il ruolo chiave di Terzo settore e associazionismo migrante

Dall'analisi delle interviste emerge chiaramente il ruolo chiave che viene svolto dagli attori del privato sociale e/o che si rifanno al mondo del volontariato e dell'associazionismo.

La presenza di una relazione di collaborazione e scambio con questi attori da parte degli enti pubblici è divenuta in questa fase di crescente complessità sociale un valore imprescindibile e parte integrante del lavoro di policy making. Nella visione dei coordinatori di ATS intervistati, il Terzo settore svolge un'importante funzione di rilevazione e intercettazione del bisogno dell'utenza e ha un ruolo chiave anche nell'implementazione ed erogazione effettiva dei servizi. Per questo motivo alcuni intervistati ritengono utile la presenza degli attori del Terzo settore anche nella fase di programmazione, dove potrebbero portare un valore aggiunto grazie al loro punto di vista "privilegiato", più vicino all'utenza.

Anche il mondo dell'associazionismo migrante è percepito come potenzialmente molto utile in questo processo ma, a differenza del Terzo settore largamente inteso, che è abbastanza omogeneamente diffuso in tutta la regione, il quadro che emerge di queste realtà è disomogeneo e spazia dalla quasi totale assenza (almeno percepita) di associazioni di/con/per migranti a situazioni di presenza capillare.

Nella maggior parte dei casi, comunque, si descrivono contesti nei quali si è a conoscenza della presenza di associazioni sul territorio ma non si ha un contatto e un dialogo diretto tra l'ente territoriale e il mondo associazionistico. Questo risulta essere, infatti, molto più legato alla dimensione "micro" che non va oltre il confine comunale, e proprio il Comune diventa il principale interlocutore istituzionale delle associazioni.

Nella maggior parte dei casi, dunque, viene percepito uno spreco di risorse e di energie causato dal mancato coordinamento del lavoro delle associazioni e dal mancato dialogo non soltanto fra le associazioni e l'ATS ma anche fra le stesse associazioni che rischiano talvolta di sovrapporsi e di non mettere a frutto, disperdendola, l'esperienza di realtà associative più vecchie che potrebbe invece essere preziosa. L'ATS in questi casi potrebbe svolgere un ruolo di coordinamento delle azioni, incentivando le attività ed evitando sprechi di risorse. La mancanza di dialogo e apertura sia da parte delle associazioni sia da parte dell'ente sembra dunque essere il principale punto critico di questi contesti. È interessante a questo proposito fare un piccolo confronto con quanto accade invece con i progetti finanziati attraverso i fondi FAMI. In quel caso infatti alla base dell'azione c'è una *grant coalition*, una rete fatta di attori solidi capaci di gestire progetti e partenariati in maniera efficiente. Questo potrebbe avvenire anche nella quotidianità delle azioni messe in atto dai diversi attori del territorio, i quali spesso hanno idee ed entusiasmo ma mancano di mezzi e competenze specifiche che potrebbero invece essere assicurate dalla presenza della rete territoriale.

Ad ogni modo, esistono territori che fanno eccezione a questo stato di cose, essendo riusciti a mettere a punto una rete territoriale integrata, costituita di enti pubblici, attori del privato sociale, associazioni ed enti di volontariato che lavorando insieme riescono a rispondere in maniera piuttosto adeguata ai bisogni della popolazione straniera (e non). In alcuni casi questa rete e questo approccio è una realtà consolidata, che si avvale della presenza sul territorio di partner solidi appartenenti al Terzo settore e al mondo associazionistico, spesso anche migrante; in altri casi la rete territoriale è ancora in fase embrionale e il lavoro dell'ente risulta essere particolarmente importante e delicato, riguardando non soltanto il coordinamento della rete ma il suo stesso consolidamento. In questi territori una specifica intersezione di competenze (anche individuali), modelli gestionali (principalmente

partecipati e dal basso) e di tessuto sociale (ricco, articolato, con una tradizione associazionistica e di volontariato radicata) hanno dato luogo al mix giusto per procedere in questa direzione. Anche se la politica del “mimetismo” vale anche in questi territori, e la popolazione straniera, soprattutto la lungo residente, si avvale soprattutto di servizi che possono essere definiti generalisti, qui si implementano anche servizi ed attività dedicate, e/o mirate alla creazione di spazi di incontro e di reciproca conoscenza.

Come è intuibile questo tipo di approccio di rete è favorito dalla presenza di quella che può essere definita una “comunità competente”, una realtà, cioè, nella quale la società civile si prende in parte carico dei bisogni della parte più vulnerabile di sé stessa, svolgendo un lavoro sussidiario a quello istituzionale attraverso diversi tipi di canali di collaborazione e coordinamento.

Conclusioni

In questo paragrafo conclusivo cercheremo di tirare le somme rispetto a quanto detto finora, fornendo allo stesso tempo alcune indicazioni di policy.

Il primo punto da sottolineare è la difficoltà che gli enti territoriali esperiscono nell'affrontare problematiche percepite come sempre più complesse. Gli stakeholder intervistati evidenziano vulnerabilità multifattoriali, solo in parte legate al background migratorio e perlopiù legate a condizioni di marginalità sociale multiproblematica ormai cristallizzata. Questo evidenzia, in una sorta di effetto specchio, le difficoltà di gestione integrata della presa in carico da parte del territorio. Per questo motivo è importante che le modalità di presa in carico e di intervento diventino sempre più integrate ed associate, dando seguito a quella che è la natura stessa dei PUA (Punti Unici di Accesso) e a una concezione olistica dell'utente e del bisogno. Per fare ciò è necessario implementare (laddove mancano) e rafforzare (laddove siano già presenti) le équipes integrate di intervento e favorire l'integrazione fra i servizi. La strutturazione ulteriore di partenariati (ovunque già in essere) con attori del Terzo settore fornisce inoltre un intervento complementare e sensibile all'evoluzione locale dei bisogni sociali.

La seconda questione emersa riguarda la quasi totale assenza (specialmente in alcuni territori) di servizi dedicati alla popolazione straniera. Il dilemma fra servizi dedicati all'utenza straniera e servizi generalisti è una questione aperta e sostanzialmente irrisolta nel lavoro sociale. In genere, nelle Marche si è operata la scelta di includere la popolazione straniera nei servizi offerti a tutta la popolazione. Questa opzione può avere due effetti negativi: (1) generare e alimentare la percezione di concorrenza fra l'utenza

autoctona e immigrata; (2) limitare la capacità di intercettare bisogni specifici della popolazione straniera, rendendo in sostanza meno accessibili i servizi all'utenza straniera.

Per limitare gli effetti negativi di questo stato di cose, i servizi generalisti potrebbero essere affiancati da antenne/sportelli dedicati con funzioni di filtro e orientamento (sul modello emiliano-romagnolo), in cui operatori con competenze specifiche – anche acquisite tramite specifica formazione – permettano di abbassare la soglia di accesso ai servizi. Tali sportelli possono essere offerti anche in forma associata fra più territori – come già avviene in qualche modo in alcuni ATS – specie a beneficio delle aree interne, con meno risorse e una domanda meno strutturata.

La terza questione emersa è che in molti dei territori analizzati l'intercettazione del bisogno dell'utenza straniera viene portata avanti perlopiù in maniera erratica, non strutturale e tangenziale ad altri tipi di rilevazione. Allo stesso tempo è assente quasi ovunque una attività di co-progettazione e co-programmazione degli interventi alla quale possano partecipare tutti gli attori del territorio coinvolti (tra cui Terzo settore e associazioni). Questo è dovuto alla mancanza di una rete territoriale fra attori forte e consolidata che includa anche le associazioni di/per/con migranti. In particolare, proprio per quanto riguarda il mondo associazionistico migrante, in molti dei casi analizzati c'è una scarsa conoscenza reciproca e poco dialogo fra gli enti territoriali e le associazioni presenti sul territorio che preferiscono interfacciarsi con i comuni, spesso generando uno spreco di risorse che potrebbero essere meglio gestite da un coordinamento territoriale.

Risulta importante, dunque, lavorare sulla creazione, il sostegno e il consolidamento di tali reti territoriali che coinvolgano tutti gli attori in maniera continuativa e periodica, nell'ottica della creazione di una comunità competente capace di prendersi carico del bisogno e di collaborare alla stesura di programmazioni di lungo periodo volte ad intercettare il bisogno e a risolverlo, includendo in queste reti anche le associazioni di /con /per migranti. Questo permetterebbe – pur con le distorsioni note relative alla fragilità e limitata rappresentatività dell'associazionismo delle minoranze nelle Marche – di facilitare il contatto diretto con bisogni e necessità di gruppi di popolazione che finora rimangono poco ascoltati, se non tramite “portavoce” nell'associazionismo generalista, come le cosiddette “seconde generazioni”.

È importante altresì prevedere competenze (interne o esterne) e risorse per rilevazioni periodiche dei bisogni, che siano così in grado di valutare e il percorso fatto e di fornire indicazioni circa le modalità di intervento più adeguate.

Si tratta, in sostanza, di dare adeguata attuazione alla l. 328/2000, in cui la parte di coprogettazione e co-creazione di servizi – specie in alcuni ambiti – rimane ancora schiacciata da difficoltà organizzative.

Riferimenti bibliografici

- Ambrosini, M. (2005) *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Banca d'Italia (2021) *L'economia delle Marche*. Rapporto annuale, Economie regionali, 11.
- Barberis, E. (2020) *Il lavoro sociale con le persone immigrate*, pp. 347-377 in F. Biondi dal Monte, E. Rossi (a cura di), *Diritti oltre la frontiera*, Pisa University Press, Pisa.
- Barberis, E., Martelli, A. (2021) "Covid-19 e welfare dei servizi in Italia", *Politiche Sociali*, 2: 349-368.
- Cela, E., Fokkema, T. (2014) "Il benessere degli anziani albanesi e marocchini in Italia", *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, LXVIII(1): 95-102.
- Gargiulo, E. (2017) "The limits of local citizenship", *Citizenship Studies*, 21(3): 327-343.
- Idos (2020) *Dossier Statistico Immigrazione 2020*, Idos, Roma.
- Ismu (2021) *Ventiseiesimo Rapporto sulle Migrazioni 2020*, FrancoAngeli, Milano.
- Istat (2020a) *Cittadini non comunitari in Italia. Anni 2019-2020*. Statistiche report, 26 ottobre.
- Istat (2020b) *Identità e percorsi di integrazione delle seconde generazioni in Italia*, Istat, Roma.
- Maneri, M., Quassoli, F. (a cura di) (2021), *Un attentato "quasi terroristico"*, Carocci, Roma.
- Ministero dell'Interno (2020), *Emersione dei rapporti di lavoro 2020. Analisi Statistica delle domande*, mimeo.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020), *Reddito di Cittadinanza. Rapporto annuale 2020*, mimeo.
- Morris, L. (2002), *Managing Migration: Civic Stratification and Migrants' Rights*, Routledge, Londra-New York.
- Pitaud, P. (2010) "Gli immigrati anziani. L'esilio senza regno - tra qui e là", *I luoghi della cura*, VIII(3): 24-27.
- Pitzalis, S. (2020) "Il continuum dell'emergenza criticità strutturali e mutamenti nel sistema di accoglienza prima e durante la pandemia da Covid-19", *Illuminazioni*, Suppl. 9, 56-85
- Ponzo, I., Zincone, G. (2010), *Immigrati: servizi uguali o diversi?*, Carocci, Roma.
- SAI, CITTALIA (2020), *Atlante Siproimi/Sai 2020*, Anci e Ministero dell'Interno, Roma.

La povertà nelle Marche

11. La popolazione in condizione di povertà

di Franco Pesaresi*

11.1. La povertà in Italia e in Europa

Gli strumenti per misurare la povertà

Per conoscere la dimensione e le condizioni della popolazione che vive in condizioni di povertà occorre conoscere gli strumenti per misurarla. Il fenomeno è complesso e multidimensionale per cui nel tempo sono stati elaborati diversi indicatori per misurare la povertà in Italia e in Europa. I più usati sono i seguenti:

- *La povertà assoluta*: sono classificate come assolutamente povere le famiglie con una spesa mensile pari o inferiore al valore della soglia di povertà assoluta e cioè che non dispone delle risorse sufficienti per poter acquistare un paniere di beni e servizi ritenuto essenziale per conseguire uno standard di vita minimamente accettabile. La soglia di povertà assoluta varia, per costruzione, in base alla dimensione della famiglia, alla sua composizione per età, alla ripartizione geografica e alla dimensione del comune di residenza. Non esiste un valore soglia uguale per tutti. L'Istat lo calcola per le diverse aree territoriali del paese, in base alla dimensione del comune di residenza, alla composizione familiare e all'età. Ad esempio, per un adulto (di 18-59 anni) che vive solo, la soglia di povertà è pari a 839,78 euro mensili se risiede in un'area metropolitana del Nord, a 753,87 euro se vive in un piccolo comune settentrionale, a 569,56 euro se risiede in un piccolo comune del Mezzogiorno.
- *La povertà relativa*: Sono considerate povere relative le famiglie che hanno una spesa per consumi al di sotto di una soglia di povertà relati-

* Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN); NNA Network Non Autosufficienza.

va convenzionale (linea di povertà), calcolata dall'Istat. La povertà relativa si verifica quando il consumo familiare equivalente è inferiore alla metà del consumo medio pro capite della popolazione. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza, che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti. In Italia, per fare un esempio concreto, una famiglia di due componenti viene considerata in povertà relativa quando la sua spesa media è pari (soglia di povertà relativa) o inferiore alla spesa media per persona in Italia che per il 2020 è indicata nella Tab. 1.

Tab. 1 – Soglie di povertà relativa in base alla dimensione del nucleo familiare

Ampiezza della famiglia	Scala di equivalenza (coefficienti)	Linea di povertà
1	0,60	601,12
2	1,00	1.001,86
3	1,33	1.332,47
4	1,63	1.633,03
5	1,90	1.903,53
6	2,16	2.164,02
7 e più	2,40	2.404,46

Fonte: Istat, 2021.

- Per l'Eurostat (l'Ufficio statistico dell'UE), invece, che calcola la povertà relativa per tutti i paesi UE, sono in povertà relativa le persone appartenenti a nuclei con reddito disponibile equivalente inferiore al 60% di quello mediano calcolato sul totale dei residenti. L'indicatore Eurostat, con questo approccio relativo, assume la denominazione di “popolazione a rischio di povertà”.

- *La grave deprivazione materiale*: indica la percentuale di persone in famiglie che registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove elencati di seguito: i) non poter sostenere spese impreviste di 800 euro; ii) non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa; iii) avere arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altro tipo di prestito; iv) non potersi permettere un pasto adeguato ogni due giorni, cioè con proteine della carne o del pesce (o equivalente vegetariano); v) non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione; non potersi permettere: vi) una lavatrice; vii) un televisore a colori; viii) un telefono; ix) un'automobile.

- *Il rischio di povertà o esclusione sociale*: indica la percentuale di persone che si trovano in famiglie o in povertà relativa, o con bassa intensità di lavoro (nel caso in cui le persone in età lavorativa sono occupate per meno del 20% del proprio tempo potenziale), o con grave deprivazione materiale.

- *Intensità della povertà*: misura di quanto in percentuale la spesa media delle famiglie definite povere è al di sotto della soglia di povertà.

La povertà assoluta e la povertà relativa sono gli indicatori più usati in Italia; sono quelli basati sulla povertà economica mentre altri indicatori inseriscono negli elementi di valutazione anche aspetti che vanno oltre quelli monetari sulla base dell'assunto che la povertà è un fenomeno multidimensionale.

La popolazione a rischio di povertà in Europa

Eurostat fornisce indicatori sulla povertà per tutti i paesi dell'UE anche se in un caso con differenti modalità di calcolo (povertà relativa) e omettendo il calcolo relativo alla povertà assoluta.

Come abbiamo appena visto, Eurostat considera “a rischio di povertà” (relativa) le persone appartenenti a nuclei con reddito disponibile equivalente inferiore al 60% di quello mediano¹ calcolato sul totale dei residenti. Si tratta, come si può ben comprendere, di una soglia piuttosto elevata che non indica tanto la povertà che è sicuramente ricompresa ma il concetto più ampio di popolazione che può cadere in una condizione di povertà o deprivazione.

In base a questo approccio di Eurostat, l'Italia presenta un grado di diffusione del rischio di povertà relativa piuttosto elevato che dal 2005 si colloca stabilmente fra il 18% e il 20,5% degli individui.

Il paradosso di questo indicatore è che esso non è in grado di rilevare modificazioni significative nelle quote di popolazione che entrano o escono dalla fascia a rischio di povertà se, seguendo le fasi di recessione o di sviluppo, tutti i redditi si modificano in proporzioni non molto diverse. Per esempio, è capitato proprio all'Italia che, nella crisi economica successiva al 2007, in presenza di un calo significativo del PIL, la quota di individui a rischio di povertà sia aumentata di poco.

La ragione di questa scarsa sensibilità dell'indice risiede nella dipendenza della soglia del valore del reddito mediano, che segue di anno in anno la dinamica del PIL. In un periodo di crisi, la riduzione del reddito mediano determina il calo della soglia di povertà, con la conseguenza che alcune famiglie possono uscire dall'area della povertà anche se il loro reddito non è cambiato: prima si trovavano sotto la soglia e ora sopra (Baldini, 2016).

Il tasso medio di rischio di povertà (dopo i trasferimenti sociali) nell'UE-27 è passato dal 16,5% del 2010 al 17,5% del 2016. Nel 2017 si è osservato il primo calo considerevole, con il tasso sceso al 16,9 %, seguito nel 2018 da un'ulteriore modesta riduzione di 0,1 punti.

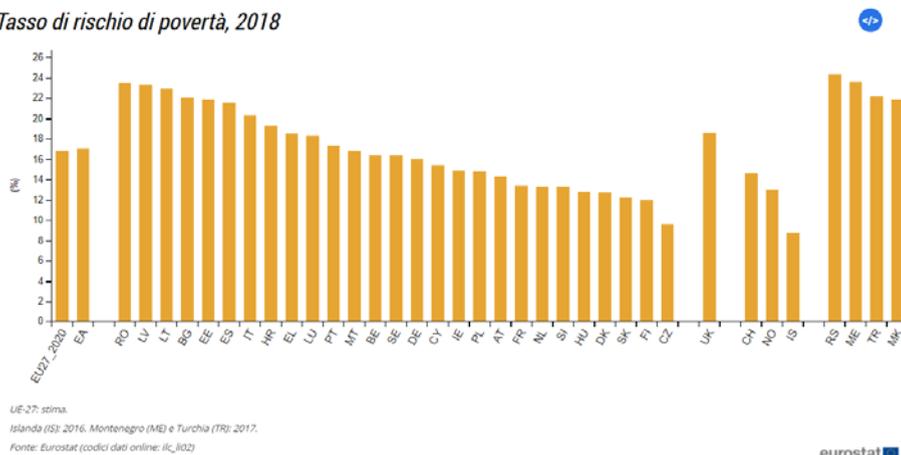
¹ Il valore mediano è l'unità che occupa la posizione centrale nella distribuzione ordinata dei valori.

Il tasso di rischio di povertà dell'Italia è molto elevato attestandosi, nel 2018 al 20,3% dell'intera popolazione. Solo 6 paesi dell'Unione Europea registrano un tasso più elevato (Cfr. Fig. 1).

Questi dati e le relative tendenze sono pertanto in grado di segnalarci che la dimensione della popolazione a rischio di povertà in Italia è molto elevata e lo è anche in proporzione agli altri paesi europei dato che tale quota sopravanza di ben 3,5 punti percentuali la media europea.

Fig. 1 – Il Tasso di rischio di povertà nell'Unione Europea. Anno 2018

Tasso di rischio di povertà, 2018



La povertà assoluta in Italia

Nel 2020, l'anno dell'esplosione della pandemia, la povertà assoluta cresce in modo significativo ma, un po' a sorpresa, diminuisce l'intensità della povertà.

Secondo l'Istat (2021), le famiglie in povertà assoluta sono 2.007.000 pari al 7,7% delle famiglie italiane mentre erano il 6,4% solo l'anno precedente. Le persone in povertà assoluta erano invece 5.602.000 pari al 9,4% della popolazione rispetto al 7,7% dell'anno precedente.

Il valore dell'intensità della povertà assoluta - che misura in termini percentuali quanto la spesa mensile delle famiglie povere è in media al di sotto della linea di povertà (cioè "quanto poveri sono i poveri") - registra, invece, una riduzione dal 20,3% al 18,7%. Tale andamento è il risultato, anche e soprattutto, di tutte le misure messe in campo a sostegno dei cittadini colpiti dalla povertà (reddito di cittadinanza) o costretti a ridurre o interrompere le proprie attività economiche a causa della pandemia (reddito di emer-

genza, estensione della Cassa integrazione guadagni, ecc.) che hanno consentito alle famiglie in difficoltà economica di mantenere una spesa per consumi non molto distante dalla soglia di povertà.

Nel 2020, l'incidenza delle persone in povertà assoluta si conferma più alta nel Sud (11,7%, da 10,5%), ma la crescita più ampia si registra nel Nord-ovest dove la povertà sale al 10,1% rispetto al 6,8% del 2019. Il centro Italia continua ad essere il meno colpito con il 6,6% della popolazione seppur n crescita rispetto al 2019 (5,5%) (Cfr. Tab. 2).

Tab. 2 – Incidenza % della povertà assoluta per ripartizione geografica (Stime dei valori assoluti in migliaia di unità)

	Nord ovest		Nord est		Centro			Sud		Isole		ITALIA	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	
Famiglie povere (Valori assoluti)	420	577	306	366	242	290	470	545	236	230	1.674	2.007	
Persone povere (Valori assoluti)	1.092	1607	768	947	663	788	1.452	1.616	619	643	4.593	5.602	
Incidenza della povertà familiare (%)	5,8	7,9	6,0	7,1	4,5	5,4	8,5	9,9	8,7	8,4	6,4	7,7	
Incidenza della povertà individuale (%)	6,8	10,1	6,6	8,2	5,6	6,6	10,5	11,7	9,4	9,8	7,7	9,4	
Intensità della povertà	20,2	18,6	19,9	17,3	18,1	16,1	21,6	21,3	20,4	17,9	20,3	18,7	

Fonte: Istat, 2021

Chi è colpito di più dalla povertà assoluta

Nel 2020, l'incidenza di povertà assoluta è più elevata tra le famiglie con un maggior numero di componenti: è al 20,5% tra quelle con cinque e più componenti, si attesta invece attorno all'8,5% se si è in tre in famiglia. La situazione si fa più critica se i figli conviventi, soprattutto se minori, sono più di uno - l'incidenza passa infatti dal 9,3% delle famiglie con un solo figlio minore al 22,7% di quelle che ne hanno da tre in su - e tra le famiglie monogenitore.

L'incidenza di povertà è invece più bassa, al 5,6%, nelle famiglie con almeno un anziano e scende al 3,7% tra le coppie di anziani.

Per classe di età, l'incidenza di povertà assoluta raggiunge l'11,3% (1.127.000 persone) dei giovani fra i 18 e i 34 anni; rimane su un livello elevato, al 9,2% anche per la classe di età 35-64 anni (2.394.000 persone),

mentre si mantiene su valori inferiori alla media nazionale per gli over 65 (5,4%, 742.000 persone).

Particolarmente colpiti i minori di età. Si tratta di 1.337.000 minorenni pari al 13,5% del totale dei minori, rispetto al 9,4% degli individui a livello nazionale. In questo caso cresce anche l'intensità di povertà delle loro famiglie con un valore pari al 21,0% contro il 18,7% del dato generale.

Elevata la povertà assoluta tra gli stranieri. Gli individui stranieri in povertà assoluta sono oltre 1.500.000, con una incidenza pari al 29,3% (pur rappresentando solo l'8,6% del totale delle famiglie), contro il 7,5% dei cittadini italiani.

La diffusione della povertà fra le famiglie diminuisce al crescere del titolo di studio. Se la persona di riferimento della famiglia ha conseguito almeno il diploma di scuola secondaria superiore l'incidenza è pari al 4,4% mentre si attesta al 10,9% se ha al massimo la licenza di scuola media.

L'incidenza di povertà assoluta varia anche a seconda del titolo di godimento dell'abitazione in cui si vive, e la situazione è particolarmente critica per chi vive in affitto. Le oltre 866.000 famiglie povere in affitto rappresentano il 43,1% di tutte le famiglie povere, a fronte di una quota di famiglie in affitto pari al 18,3% sul totale delle famiglie residenti. Paga invece un mutuo il 19,8% delle famiglie in povertà assoluta che vivono in casa di proprietà (19,5% delle famiglie non povere). Dal punto di vista economico, questa voce di bilancio è un investimento, e non rientra quindi nella spesa per consumi. Tuttavia, per le famiglie che la sostengono rappresenta un'uscita gravosa, in particolare per quelle che scendono sotto la soglia di povertà anche a causa di questo esborso che sottrae risorse alle spese per consumi. La rata media effettiva per le famiglie che pagano un mutuo è di 459 euro mensili per le famiglie povere e di 549 euro per quelle non povere.

Tendenze della povertà relativa

Le famiglie in condizioni di povertà relativa sono stimate pari a poco più di 2.600.000 (il 10,1%) per un totale di circa 8 milioni di individui (13,5%). Rispetto al 2019 (11,4% delle famiglie), l'incidenza di povertà relativa familiare segna un calo generalizzato, con quote significativamente differenti tra le ripartizioni. Anche a livello individuale si registra una riduzione dell'incidenza di povertà relativa in media nazionale (dal 14,7% del 2019 al 13,5%). Così come scende anche l'intensità della povertà relativa (dal 23,8 del 2019 al 21,4% del 2020).

La diminuzione dell'incidenza di povertà relativa, nel contesto di forte crisi economica generata dalle misure di contrasto alla pandemia, si deve princi-

palmente a due fattori: la marcata riduzione della soglia (1.001,86 euro da 1.094,95 del 2019) imputabile al consistente calo della spesa media mensile familiare per consumi registrata nel 2020 (-9,0%) e il diverso andamento della spesa delle famiglie appartenenti alla parte alta della distribuzione dei consumi rispetto a quello della spesa delle famiglie che si collocano nella parte bassa. Nel 2020, con l'abbassamento della linea di povertà relativa, alcune delle famiglie che nel 2019 si trovavano in povertà si sono ritrovate a uscire da questa condizione, sebbene la loro situazione non sia sostanzialmente cambiata (nel 2020, per una famiglia di due componenti, la soglia di povertà relativa è risultata pari a 1.001,86 euro, cioè oltre 93 euro meno della linea del 2019). In sostanza, la riduzione della povertà relativa non è imputabile a un miglioramento della condizione economica delle famiglie ma al meccanismo, in verità paradossale, di calcolo delle famiglie in povertà relativa.

Nel 2020 l'incidenza di povertà relativa si riduce per le famiglie mono-componente (dal 6,7% nel 2019 al 4,5% nel 2020) mentre tra le famiglie con figli minori scende dal 18,5% del 2019 al 17,5% del 2020. Le famiglie con tre o più figli minori mostrano una incidenza di povertà relativa tre volte superiore a quella media nazionale (31,1% contro 10,1%), più elevata anche di quella registrata per le coppie con tre o più figli (non necessariamente minori), per le quali l'incidenza è pari al 27,4%. Più basso, infine, il valore per le famiglie in cui è presente almeno un anziano (8,0%).

In base alla cittadinanza dei componenti della famiglia, l'incidenza di povertà relativa è pari all'8,6% per le famiglie di soli italiani, ma triplica per le famiglie con almeno uno straniero (26,5% contro 25,7% per quelle di soli stranieri).

11.2. La povertà nelle Marche

La grave deprivazione materiale

L'Istat non rende disponibili i dati sulla povertà assoluta distinti per regione, ma sono invece disponibili quelli relativi alla grave deprivazione materiale. Come è stato spiegato all'inizio del capitolo, le persone collocate in questo segmento di popolazione registrano, all'interno delle loro famiglie, almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove elencati (non poter riscaldare sufficientemente la casa, non poter comprare un televisore, ecc.). Si tratta pertanto di un indicatore ancora più restrittivo della povertà assoluta al cui interno comunque ricadono che individua un sottogruppo le cui condizioni economiche sono ancora più gravi.

Nella regione Marche, del 2019, il 4,0% della popolazione vive in con-

dizione di grave deprivazione materiale rispetto al dato nazionale che è del 7,4% e al dato del centro Italia che è del 5,5%. Rispetto al panorama nazionale si tratta di un buon risultato dato che solo 5 regioni hanno realizzato delle performance migliori (Cfr. Tab. 3). Questo significa che la povertà più grave e disperata è presente ma è significativamente minore rispetto al resto d'Italia e allo stesso centro Italia ed inoltre, ed è la cosa che più colpisce, il suo trend è in significativa riduzione se si considera che solo nel 2017 era all'11%.

Tab. 3 – Percentuale di persone in grave deprivazione materiale per regione di residenza. Anno 2019

Regione	% persone in grave deprivazione materiale	Regione	% persone in grave deprivazione materiale
Piemonte	3,1	Lazio	7,8
Valle d'Aosta	Nd	Centro	5,5
Liguria	3,0	Abruzzo	6,2
Lombardia	4,7	Molise	12,0
P.A. Bolzano	Nd	Campania	16,6
P.A. Trento	5,0	Puglia	11,9
Veneto	1,7	Basilicata	8,8
Friuli-Venezia Giulia	4,1	Calabria	8,6
Emilia-Romagna	4,0	Sicilia	17,8
Toscana	3,4	Sardegna	8,0
Umbria	1,8		
Marche	4,0	ITALIA	7,4

Fonte: Istat 2021b.

La povertà relativa

I dati della povertà relativa che riguardano le Marche stupiscono perché sono in controtendenza rispetto a quelli sulla grave deprivazione materiale. Nel 2020, le famiglie in povertà relativa costituiscono il 9,3% rispetto al 10,1% nazionale ma il dato che più colpisce riguarda le singole persone che si trovano in condizione di povertà relativa e che costituiscono il 14,6% rispetto alla media nazionale del 13,5%. Mentre in Italia la povertà relativa è in costante diminuzione da diversi anni, nelle Marche è in crescita rispetto all'anno precedente e realizza la performance peggiore di tutto il centro nord d'Italia (Cfr. Tab. 4). Si tratta di circa 219.000 marchigiani (+48.000 rispetto al 2016). Spicca, in particolare, la differenza negativa con il Centro Italia che è di quasi 6 punti percentuali.

Tab. 4 – La povertà relativa nelle regioni italiane. Anni 2017-2020

Tipo dato	incidenza di povertà relativa familiare (% di famiglie in povertà relativa)				incidenza di povertà relativa individuale (% di persone in povertà relativa sui residenti)			
	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Territorio/periodo	2017	2018	2019	2020	2017	2018	2019	2020
Piemonte	6,8	6,6	7,5	6,1	8,9	9,3	10,5	8,9
Valle d'Aosta	4,4	4,1	4,2	5,4	6,7	5,6	4,9	6,9
Liguria	8,5	7,3	9,2	6,9	14,0	9,9	12,6	10,5
Lombardia	5,5	6,6	6	6,7	8,0	8,6	8,0	9,3
Provincia Autonoma Bolzano	..	..	..	..	..	2,7	3,4	3,5
Provincia Autonoma Trento	7,8	8	6,8	6,0	12,8	9,6	7,2	7,7
Veneto	6,1	7,9	10,3	6,7	8,2	10,2	11,5	8,2
Friuli-Venezia Giulia	6,9	7,3	5,3	6,8	10,9	10,4	7,0	8,7
Emilia-Romagna	4,6	5,4	4,2	5,3	5,6	6,8	5,5	7,9
Toscana	5,9	5,8	5,8	5,9	7,7	8,3	7,7	8,5
Umbria	12,6	14,3	8,9	8,0	17,6	16,3	11,6	10,2
Marche	8,8	10,7	9,5	9,3	12,4	13,5	13,2	14,6
Lazio	8,2	7,3	7,5	5,7	10,8	10,2	9,8	7,5
Centro Italia					10,5	10,5	9,7	8,9
Abruzzo	15,6	9,6	15,5	12,0	17,6	12,0	17,8	15,0
Molise	21	17,5	15,7	17,9	17,9	18,0	19,6	21,4
Campania	24,4	24,9	21,8	20,8	27,5	29,5	26,7	25,8
Puglia	21,6	20	22	18,1	24,9	22,8	27,4	22,3
Basilicata	21,8	17,9	15,8	23,4	22,7	19,0	16,0	26,5
Calabria	35,3	30,6	23,4	20,8	38,8	34,6	29,2	23,4
Sicilia	29	22,5	24,3	17,7	33,9	26,0	29,0	22,1
Sardegna	17,3	19,3	12,8	13,9	21,4	25,0	15,7	17,5
Italia	12,3	11,8	11,4	10,1	15,6	15,0	14,7	13,5

Dati estratti il 22 ago 2021 07:43 UTC (GMT) da Istat

0:il dato non raggiunge la metà della cifra minima considerata

Difficile comprendere le cause del risultato del 2020 che ha collocato le Marche, dopo molti anni, sopra la media nazionale. Si tratta di un anno particolare, influenzato pesantemente dalla pandemia ma si tratta di una situazione che hanno vissuto anche le altre regioni. Evidentemente, nelle Marche, la chiusura temporanea e la riduzione delle attività a causa della pandemia ha colpito molto più che nelle altre regioni. Potrebbe essere cambiato in modo significativo il Reddito disponibile lordo pro capite il cui dato del 2020 non è ancora disponibile. Quello del 2018 che è pari a 19.206 euro colloca le Marche in piena media nazionale il che farebbe supporre l'esistenza di squilibri nella redistribuzione del reddito, da verificare con i dati del 2020.

Colpisce inoltre la significativa differenza fra le percentuali delle famiglie e degli individui marchigiani in povertà relativa che è di 5,3 punti per-

centuali, la più elevata registrata in Italia. Questo significa che le Marche, un po' a sorpresa, sono la regione dove le famiglie numerose finiscono in povertà relativa in una misura che è più elevata di tutte le altre regioni.

Il rischio di povertà

L'indicatore relativo al rischio di povertà è diverso dagli altri perché tiene conto sia delle persone in condizione di povertà sia di quelle che corrono il rischio di diventarlo. Le percentuali in questo caso sono ben più alte delle altre perché il metodo di calcolo prevede il conteggio delle persone appartenenti a nuclei con reddito disponibile equivalente inferiore al 60% di quello mediano.

Purtroppo i dati del 2020 non sono ancora disponibili per una comparazione efficace dei dati ma quelli del 2019 evidenziano una situazione molto diversa da quella registrata con l'indicatore della povertà relativa. Nel 2019, nelle Marche, le persone a rischio di povertà erano il 13,6% rispetto ad una media italiana molto più alta, del 20,1% (Cfr. Tab. 5). Al di là della significativa differenza con le medie nazionali, il dato marchigiano colloca la regione a metà del ranking regionale anche se le distanze dalle medie nazionali sono molto rilevanti. Comunque, se comparato con le altre regioni, si tratta di un risultato non negativo tenuto conto che la quota di popolazione coinvolta è più bassa di quasi due punti della media del Centro Italia.

Tab. 5 – Il rischio di povertà nelle regioni italiane. Anno 2019

Regione	Rischio di povertà % popolazione	Regione	Rischio di povertà % popolazione
Piemonte	13,4	Marche	13,6
Valle d'Aosta	6,1	Lazio	17,2
Liguria	13,4	Centro	15,3
Lombardia	12,0	Abruzzo	19,5
P.A. Bolzano	9,5	Molise	26,5
P.A. Trento	8,0	Campania	41,2
Veneto	8,7	Puglia	30,4
Friuli-Venezia Giulia	8,4	Basilicata	27,1
Emilia-Romagna	10,9	Calabria	30,9
Toscana	14,3	Sicilia	41,4
Umbria	9,8	Sardegna	22,9
ITALIA			20,1

Fonte: Istat 2021b.

Le difficoltà economiche delle famiglie

I dati sulle difficoltà economiche delle famiglie del 2019 sembrano in qualche modo confermare i dati precedenti relativi allo stesso anno. In genere, le quote percentuali delle famiglie con difficoltà economiche sono in linea con le medie nazionali o sono leggermente al di sotto.

Tab. 6 – Famiglie con difficoltà economiche – Anno 2019

Periodo	Famiglie che arrivano e che non arrivano a fine mese (composizione percentuale)					
	2019		2019			
Territorio/ Tipo dato	Famiglie che non riescono a risparmiare (per 100 famiglie)	Famiglie che non riescono a far fronte a spese impreviste (per 100 famiglie)	con grande difficoltà	con difficoltà	con qualche difficoltà e con una certa facilità	con facilità e con molta facilità
Piemonte	45,4	33,4	5,0	12,7	69,3	13,0
Valle d'Aosta	67,3	27,5	..	7,0	84,0	7,5
Liguria	45,6	27,0	4,6	8,7	75,8	10,9
Lombardia	42,3	28,8	4,8	10,0	72,2	13,0
P.A. Bolzano	46,9	18,8	..	..	82,3	13,4
P.A. Trento	58,1	21,2	9,0	18,9	61,6	10,5
Veneto	42,7	25,3	2,9	7,2	78,7	11,2
Friuli-Venezia Giulia	51,3	30,1	3,4	12,1	71,6	12,9
Emilia-Romagna	54,0	27,5	3,6	9,1	79,6	7,7
Centro	53,2	27,0	6,1	16,2	69,1	8,6
Toscana	44,5	23,8	3,6	8,9	76,3	11,3
Umbria	65,6	28,0	2,5	9,0	80,7	7,8
Marche	52,1	27,8	3,0	14,6	73,2	9,2
Lazio	57,2	28,6	8,9	22,3	62,0	6,9
Abruzzo	61,1	43,3	11,7	12,3	66,8	9,2
Molise	62,8	53,5	12,4	20,8	59,6	7,1
Campania	52,7	50,4	24,9	28,5	42,4	4,2
Puglia	59,4	41,8	10,5	19,0	64,4	6,1
Basilicata	54,4	45,1	8,8	12,7	71,6	7,0
Calabria	48,1	42,7	8,2	13,0	75,9	2,8
Sicilia	52,2	57,6	11,6	18,1	63,6	6,7
Sardegna	65,2	54,3	12,0	26,2	54,9	6,8
Italia	50,4	34,8	7,9	14,6	68,4	9,2

0: il dato non raggiunge la metà della cifra minima considerata

Fonte: Istat

Le famiglie marchigiane che arrivano a fine mese con difficoltà piccole o grandi sono il 17,6% rispetto al 22,5% dell'Italia ma non si può fare a meno di sottolineare che la metà delle famiglie marchigiane (52,1%) non riesce a risparmiare e che un quarto delle famiglie (27,8%) non riesce a far fronte a spese impreviste. Si tratta di percentuali in linea o al di sotto di quelle medie nazionali ma le dimensioni sono comunque enormi (Cfr. Tab. 6).

Conclusioni

Con la pandemia la povertà nel 2020 è tornata a crescere in tutto il Paese e ha portato a un aumento importante della povertà assoluta (9,4% degli individui) mentre la povertà relativa, a causa di un paradossale meccanismo di calcolo, è invece diminuita (13,5% delle persone), ma solo sulla carta e non nelle famiglie.

I livelli di povertà sono, ovviamente, aumentati anche nelle Marche anche se la non completa disponibilità dei dati regionali non permette una completa interpretazione della situazione. Come è noto, infatti, l'Istat non rende disponibili i dati regionali sulla povertà assoluta. Inoltre, per altri indicatori di povertà sono ancora disponibili i dati del 2019 e non quelli del 2020, necessari per una valida comparazione.

Il dato marchigiano più preoccupante è la crescita importante che ha avuto la quota di popolazione in condizione di povertà relativa (14,6% della popolazione) che, dopo molti anni, ha portato il dato a superare la media nazionale. I dati, inoltre, ci segnalano che la povertà relativa colpisce molto le famiglie numerose. Si tratta di un dato già ampiamente conosciuto a livello nazionale ma sembrerebbe che nelle Marche peserebbe di più che in altre regioni.

Oltre alla povertà relativa, colpisce che nella regione Marche la metà delle famiglie (il 52,1%) non riesce a risparmiare e che un quarto (il 27,8%) non riesce a far fronte a spese impreviste; si tratta di percentuali elevatissime che ci consegnano il quadro di una popolazione economicamente fragile con percentuali di povertà relative di poco superiori alla media ma con quote ben più ampie di popolazione molto esposte al rischio di povertà.

In un trend nazionale di aggravamento della povertà, il dato che più conforta è la quota relativamente bassa (4,0%), se confrontata con il resto d'Italia, delle persone in condizione di grave deprivazione materiale.

Nelle Marche si registra pertanto una situazione particolare. Cresce in modo significativo la povertà relativa (che come abbiamo visto ha sue dinamiche particolari di calcolo) ma non sembra crescere la quota di popolazione in condizione di povertà più intensa, che anzi sembra ridursi. È la

quota di famiglie povere ma non poverissime che cresce, quella delle famiglie con redditi bassi che la pandemia con la chiusura o la riduzione delle attività ha aumentato. Nel complesso si tratta di una fetta di popolazione molto importante di 219.000 persone circa al cui interno si collocano almeno 60.520 persone circa che soffrono di grave deprivazione materiale.

Su queste persone occorre intervenire con delle politiche mirate relative rispettivamente alla povertà estrema (senza dimora, ecc.), alla povertà assoluta/grave deprivazione materiale e povertà relativa con particolare attenzione alle famiglie numerose e alla redistribuzione dei redditi. Ognuno di questi segmenti di povertà è portatore di bisogni diversi su cui è necessario intervenire con politiche diversificate e coordinate per migliorare la condizione economica delle fasce più sofferenti.

Riferimenti bibliografici

- Baldini M. (2016), “La definizione di povertà”, in Gori C., Baldini M., Martini A., Motta M., Pellegrino S., Pesaresi F., Pezzana P., Sacchi S., Spano P., Trivellato U., Zanini N., *Il Reddito d’inclusione sociale (Reis)*, Bologna, Il Mulino.
- Consiglio Regionale delle Marche (2020), Deliberazione n. 109 del 12/5/2020: Piano sociale regionale 2020/2022: https://www.regione.marche.it/portals/0/Sociale/ProgrammazioneSociale/PianoSoc/PIANO%20SOCIALE%202020-2022%20d_am70_10.pdf
- Eurostat (2020), Statistiche sulla povertà di reddito, 2020, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Income_distribution_statistics/it&oldid=102553#:~:text=Nel%202018%20il%20tasso%20di,\(16%2C9%20%25\).&text=Nel%202018%20i%20trasferimenti%20sociali,popolazione%20dell’UE%2D27](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Income_distribution_statistics/it&oldid=102553#:~:text=Nel%202018%20il%20tasso%20di,(16%2C9%20%25).&text=Nel%202018%20i%20trasferimenti%20sociali,popolazione%20dell’UE%2D27)
- Istat (2015), Le persone senza dimora - 2014, https://www.istat.it/it/files//2015/12/Persone_senza_dimora.pdf
- Istat (2020), Le statistiche dell’Istat sulla povertà - anno 2020. Torna a crescere la povertà assoluta, 16/6/2021: https://www.istat.it/it/files/2021/06/REPORT_POVERTA_2020.pdf
- Istat (2020), Nel 2019 in calo la povertà assoluta, https://www.istat.it/it/files//2020/06/REPORT_POVERTA_2019.pdf
- Istat (2021), Il benessere equo e sostenibile in Italia 2020, https://www.istat.it/it/files//2021/03/BES_2020.pdf
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2021), Il nuovo ISEE – Rapporto di monitoraggio relativo agli anni 2018 e 2019, <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/studi-e-statistiche/Documents/Quaderno%20della%20Ricerca%20Sociale%2048,%20II%20nuovo%20ISEE/Rapporto-ISEE-2019.pdf>

12. La spesa per la povertà nelle Marche

di Marco Amichetti*, Gianluca Busilacchi**

Introduzione

La ricostruzione della spesa complessiva destinata alle politiche contro la povertà a livello locale è un'operazione piuttosto complessa: agli interventi per questo settore concorrono infatti molteplici fonti di finanziamento, che si sommano tra loro in modo poco strutturato e spesso in maniera differenziata nel corso degli anni.

Alle fonti pubbliche, che sono decisamente prevalenti, si possono infatti sommare altre risorse, di solito legate al Terzo settore (in molte realtà è ad esempio rilevante il contributo di Caritas e dell'associazionismo per i senza fissa dimora), o al settore privato (si pensi alle fondazioni bancarie); questo tipo di interventi sono spesso dedicati a progetti specifici di inclusione sociale, dai servizi di mensa a quelli legati alla povertà abitativa. Pur andando ad incidere in modo significativo sulla vita quotidiana delle persone più indigenti nel contrastare l'esclusione sociale e la povertà estrema, risulta impossibile misurare in modo sistematico queste fonti di intervento, sia per problemi di natura metodologica, sia per la loro variabilità nel tempo.

In questa sede considereremo dunque soltanto le fonti di finanziamento pubbliche, che sono quattro: quella legata ai finanziamenti europei, quella nazionale, regionale e infine quella comunale.

La prima attiene alle risorse ottenibili nella programmazione comunitaria, tramite due forme di intervento: il Programma Operativo Nazionale (PON) Inclusione del FSE, che finanzia misure volte al contrasto alla grave emarginazione adulta e alla condizione di senza fissa dimora e il Programma Operativo per la fornitura di prodotti alimentare e assistenza materiale

* Ricercatore IRES CGIL Marche.

** Professore associato di Sociologia economica all'Università di Macerata.

di base (PO FEAD) del Fondo di Aiuti europei agli indigenti. Per la Regione Marche stiamo parlando di circa 150mila euro complessivi (di cui 63mila a valere sul PON inclusione e 86mila sul FEAD).

Le fonti di finanziamento nazionale sono legate a Fondi dedicati, o alle risorse destinate a politiche istituite con legge statale: nella prima fattispecie va citato in particolare il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, attivato nel 2016, che nel 2021 consta di 615 milioni di euro; nella seconda categoria troviamo molteplici misure, quasi tutte di natura categoriale (Busilacchi 2020), con l'importante eccezione del Reddito di cittadinanza.

Arrivando al livello locale, le fonti di finanziamento possono essere di carattere regionale e comunale: non essendo previste legge regionali specifiche contro la povertà che mettono in campo misure specifiche per i poveri marchigiani¹, in realtà le fonti regionali consistono nel riparto del Fondo sociale regionale destinato agli ambiti territoriali sociali (ATS).

In generale possiamo stimare che gli ATS e i Comuni, per i propri interventi nel settore del sociale impieghino in media per circa il 65-70% di risorse proprie, per il 15% circa possano contare sul riparto del Fondo sociale regionale e per la quota restante su fonti nazionali e comunitarie.

Nello specifico, invece, per quanto attiene alle misure contro la povertà, al netto delle leggi nazionali, l'onere è quasi esclusivamente in capo ai Comuni: esiste infatti dal 2020 solo un limitato fondo regionale dedicato a questo scopo (300 mila euro) e il citato intervento del PON Fead, ma in sostanza la gran parte della fonte di finanziamento locale contro la povertà è di tipo comunale.

In questo contributo ci dedicheremo dunque prevalentemente alla analisi della spesa dei Comuni contro la povertà (par.2), mentre nell'ultima parte (par.3) vedremo come il Rdc finanzia interventi indirizzati a Comuni e ATS, tramite i servizi legati al Patto per l'inclusione dei beneficiari di questa misura.

¹ In effetti, la presenza di misure nazionali come il Rdc rendono poco utili o persino inefficienti interventi strutturali di trasferimento monetario contro la povertà a livello regionale, mentre risulta più utile affiancare misure comunali dedicate a specifici servizi tarati sul territorio. In realtà da questo punto di vista la LR 38/2020 della Regione Marche indirizza prioritariamente le risorse della programmazione comunitaria dedicate alla inclusione, a percorsi di inserimento lavorativo e contrasto alla povertà sul territorio regionale.

12.1. La spesa dei comuni per la povertà: uno sguardo ai dati

12.1.1. Il quadro complessivo

Nelle Marche, secondo gli ultimi dati Istat (2018), gli interventi nell'area della "povertà, disagio adulti e senza dimora"² hanno espresso una spesa complessiva pari a 8.487.455 euro. Di questo importo la spesa sostenuta dai Comuni, singoli o associati, ammonta a 8.251.619 euro, l'1,1% in meno rispetto al 2017 e il 17,4% in più rispetto al 2008.

Nonostante le crescenti difficoltà finanziarie che nel corso degli ultimi anni hanno condizionato il contrasto alla povertà dei sistemi di welfare locali, il decennio di crisi economica ha dunque prodotto un incremento del rischio di impoverimento e delle fragilità e un conseguente aumento significativo della spesa comunale per la povertà.

È inoltre ipotizzabile che la crisi economica legata alla pandemia possa ulteriormente aggravare tale quadro (Busilacchi, Luppi 2021).

Le quote di compartecipazione di utenti e Servizio Sanitario Nazionale alla spesa complessiva sono rispettivamente di 218.300 euro e di 17.536 euro, pari rispettivamente al 2,6% e 0,2% del totale (Tab. 1). In particolare, nel 2018, la compartecipazione del SSN si concentra esclusivamente nella spesa per le strutture a ciclo diurno o semi-residenziale (12.681 euro) e negli interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio (4.855 euro).

Quest'area di utenza assorbe nelle Marche il 5% delle risorse comunali destinate alla spesa sociale nel suo complesso, quota decisamente inferiore sia alla media nazionale (7,5%) che a quella del centro Italia (8,3%).

Tab. 1 – Composizione della spesa per povertà e disagio adulti (in €)

Composizione spesa	2008	2018	Var. % 2018/2008
Quota di compartecipazione utenti	210.330	218.300	3,8%
Quota di compartecipazione SSN	30.581	17.536	-42,7%
Spesa dei Comuni	7.030.720	8.251.619	17,4%
Totale spesa	7.271.631	8.487.455	16,7%

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

Osservando la distribuzione in base alla forma di erogazione (Tab. 2), emerge che, nel 2018, il 52% della spesa dei Comuni ha riguardato "interven-

² In base al comparto Istat, l'area di utenza di riferimento per la spesa sulla povertà, a cui sono riferiti i dati qui analizzati, sarà quella relativa a "povertà, disagio adulti e senza dimora". Per semplicità esplicativa si userà il termine "povertà e disagio adulti". L'annualità indicata (2018) è l'ultima disponibile al momento dell'indagine.

ti e servizi”³, ossia tutte quelle misure che concernono l’attività di Servizio sociale professionale, l’inserimento sociale e lavorativo, l’assistenza domiciliare, i servizi di supporto e il pronto intervento sociale. Questi occupano dunque la quota maggioritaria della spesa per quest’area di utenza. Un contributo rimasto pressoché inalterato nel corso del tempo come quota percentuale, sebbene la spesa per questo tipo di prestazioni abbia subito un aumento del 6,6% rispetto all’anno precedente e del 14,3% in relazione al 2008.

I trasferimenti in denaro⁴ comprendono il 31,9% dell’intera somma destinata alla povertà e disagio adulti: un importo che, sebbene in dieci anni sia aumentato del 5,6%, ha visto al contempo diminuire il suo peso in relazione alle altre tipologie di prestazione. Diversa è invece la situazione per ciò che concerne le strutture (semi-residenziali e residenziali), per le quali tra il 2008 e il 2018 l’apporto alla spesa totale è passato dall’11% al 16,1%, con un aumento in termini percentuali del 69,6% (Tab. 2).

Nel complesso gli utenti che nel 2018 hanno usufruito di tali erogazioni sono stati 18.667, vale a dire 585 in più rispetto al 2008.

Tab. 2 - Spesa dei comuni per povertà e disagio adulti (in €) e numero utenti per forma di erogazione

Forma di erogazione	Spesa assoluta			Numero utenti	
	2008	2018	Var % 2018/2008	2008	2018
Interventi e servizi	3.757.277	4.292.883	14,3%	12.189	13.488
Trasferimenti in denaro	2.490.191	2.630.008	5,6%	4.830	4.000
Strutture	783.252	1.328.728	69,6%	1.063	1.179
Totale spesa dei Comuni	7.030.720	8.251.619	17,4%	18.082	18.667

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

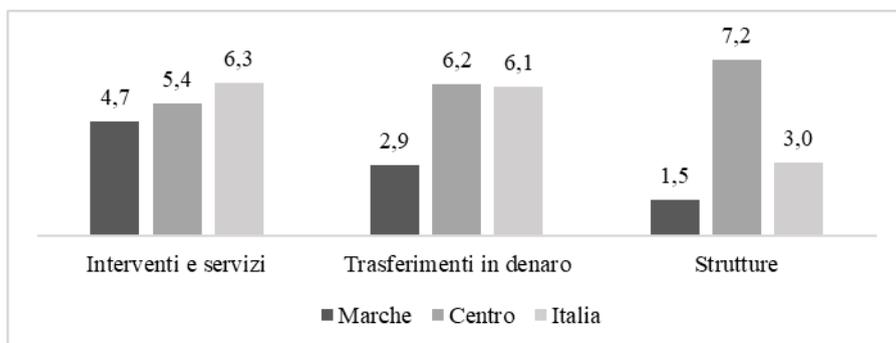
Infine, facendo riferimento alla spesa pro capite dei Comuni, nonostante la povertà abbia sempre avuto in tutto il Paese un peso residuale rispetto alle altre aree di intervento sociale, risalta ancora una volta il divario territoriale.

Tanto per gli interventi e servizi, come per i contributi economici e per le strutture esiste infatti un evidente gap che distanzia le Marche dalle altre Regioni limitrofe e dall’Italia nel suo complesso (Fig. 1).

³ Nei prossimi paragrafi analizzeremo nel dettaglio quali specifiche misure rientrano in questa e nelle altre categorie.

⁴ Si fa riferimento sia ai contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia ai contributi erogati ad altri soggetti perché forniscano servizi a particolari categorie di utenti. Rientrano in questa sezione anche l’integrazione delle rette per prestazioni residenziali o semiresidenziali in strutture in cui l’ente compilatore non sia titolare. Le spese per le strutture gestite direttamente dall’ente compilatore vanno sotto la sezione “strutture”.

Fig. 1 - Spesa pro capite dei comuni per povertà e disagio adulti per forma di erogazione (in euro pro capite). Anno di riferimento: 2018.



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

12.1.2. La spesa per interventi e servizi

Per ciò che concerne gli interventi e servizi, la spesa dei Comuni è concentrata soprattutto in “attività di Servizio sociale professionale”, che nel 2018 ammontano complessivamente a 1.859.102 euro. Tra queste, il solo “Servizio sociale professionale” ha espresso un valore di 1.413.913 euro, ossia il 17,1% del totale della spesa comunale impiegata per la povertà e disagio adulti, con 7.995 utenti presi in carico, ovvero quasi duemila in più rispetto al 2008, quando l’importo impiegato per tali prestazioni era di 882.550 euro.

A seguire, tra gli impegni di spesa più rilevanti dei Comuni in questo comparto, figurano gli “interventi e servizi educativo-assistenziali e per l’inserimento lavorativo” con 1.394.430 euro, suddivisi pressoché equamente tra “interventi specifici per persone con disagio mentale” e interventi per altri tipi di difficoltà, i quali complessivamente nel 2018 hanno coinvolto 821 beneficiari: come si può vedere anche in tabella 3, dunque si tratta di una spesa molto significativa sia in termini assoluti, sia come impegno pro-capite per utente. Inoltre tali dati non tengono in considerazione il forte aumento di spesa in questo specifico settore di intervento connesso all’implementazione del Reddito di cittadinanza (vedi par.3).

Risultano minoritarie le voci di spesa relative ad interventi di “integrazione sociale”, “assistenza domiciliare”, “servizi di supporto” e “pronto intervento sociale”. Per quest’ultimo tra il 2008 e il 2018 gli utenti presi in carico sono diminuiti dell’86,9%, passando da 972 a 127.

Facendo riferimento alla spesa media per utente, questa va da un minimo di 114 euro per utente nel caso dei “servizi di supporto”, ad un massimo di 1.715 euro per beneficiario nel caso di “assistenza domiciliare” (Tab. 3):

per quest'ultima categoria va chiarito però che il forte aumento della spesa per utente è dovuto alla significativa flessione del numero dei beneficiari, nonostante la diminuzione della spesa complessiva.

Tab. 3 - Spesa dei Comuni per povertà e disagio adulti (in €) e numero utenti - interventi e servizi

<i>Tipo di intervento o servizio</i>	<i>Spesa assoluta</i>		<i>Numero utenti</i>	
	<i>2018</i>	<i>2008</i>	<i>2018</i>	<i>2008</i>
Attività di servizio sociale professionale	1.859.102	1.031.818	9.156	6.436
Integrazione sociale	465.949	291.575	1.249	855
Interventi per l'inserimento lavorativo	1.394.430	1.319.835	821	799
Assistenza domiciliare	270.910	703.564	158	420
Servizi di supporto	224.999	112.184	1.977	2.707
Pronto intervento sociale	77.493	298.301	127	972
Totale interventi e servizi	4.292.883	3.757.277	13.488	12.189

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

12.1.3. La spesa per i trasferimenti in denaro

La spesa per i trasferimenti in denaro si concretizza principalmente in “contributi economici ad integrazione del reddito familiare”, i quali nel 2018 hanno un valore di 1.208.255 euro e assorbono il 14,6% dell'intera spesa comunale per l'area della povertà, con un importo medio per beneficiario di 523 euro.

Il fatto che la gran parte della spesa complessiva sia per questa categoria di intervento è spiegato anche dallo storico ritardo italiano di una misura nazionale universalistica contro la povertà, che di fatto ha lasciato ai Comuni l'onere di svolgere un ruolo di supplenza (Kazepov 1996); è facilmente ipotizzabile che nel futuro quando il Reddito di cittadinanza sarà ormai completamente a regime, tale quota potrebbe anche decrescere.

Seguono i contributi per la “retta per prestazioni residenziali” e i “contributi economici per l'alloggio”, che ammontano rispettivamente a 431.341 euro (7.567 euro per utente) e 393.333 euro (863 euro per utente). Ci sono poi i “contributi per le associazioni sociali” e i “buoni spesa”: per i primi i Comuni impiegano complessivamente 171.605 euro, mentre per i secondi la spesa scende a 100.516 euro.

Osservando i dati attraverso un'ottica di lungo periodo e facendo riferimento alle voci sopra esposte, emerge per esempio che tra il 2008 e il 2018 la spesa relativa ai contributi economici per l'alloggio è cresciuta del 56,1%, a

fronte di una riduzione del 33,9% dei beneficiari (da 690 a 456), comportando di fatto un aumento significativo della spesa media per utente. Dall'altro lato, tuttavia, benché per i buoni pasto si assiste ad un incremento della spesa in termini assoluti (+61,7%), vi è altresì un considerevole allargamento della platea degli utenti (+98,5%), con il risultato di una perdita nella spesa media per beneficiario (Tab. 4).

Tab. 4 - Spesa dei Comuni per povertà e disagio adulti (in €) e numero utenti - trasferimenti in denaro

<i>Tipologia di trasferimento</i>	<i>Spesa assoluta</i>		<i>Numero utenti</i>	
	<i>2018</i>	<i>2008</i>	<i>2018</i>	<i>2008</i>
Contributi ad integrazione del reddito familiare	1.208.255	838.004	2.309	2.084
Retta per prestazioni residenziali	431.341	598.903	57	72
Contributi per l'alloggio	393.333	252.003	456	690
Contributi ad associazioni sociali	171.605	283.803	-	749
Buoni spesa o buoni pasto	100.516	62.124	897	452
Altro	324.958	455.314	281	783
Totale trasferimenti in denaro	2.630.008	2.490.191	4.000	4.830

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

12.1.4. La spesa per le strutture

In questo ambito le principali voci di spesa sono riconducibili alle “strutture residenziali per categorie del disagio adulti” e ai “dormitori per persone senza fissa dimora”, con una spesa da parte dei Comuni di 774.297 euro per le prime e 259.335 euro per i secondi. Nel complesso questi tipi di strutture hanno accolto 758 persone nel 2018, ossia il 64% del totale degli utenti ospitati dalle strutture residenziali e semi-residenziali marchigiane.

Tra il 2008 e il 2018 in generale si evidenzia un aumento sia dell'utenza che della spesa media per beneficiario, la quale passa da 737 euro a 1.127 euro. Tuttavia, entrando nel dettaglio, spiccano delle criticità soprattutto in merito ai “centri diurni per persone con disagio mentale”, per i quali in dieci anni la spesa comunale è diminuita del 32,9%, nonostante ci sia stato un cospicuo incremento delle persone accolte (Tab. 5).

Tab. 5 - Spesa dei Comuni per povertà e disagio adulti (in €) e numero utenti - strutture

Tipologia di struttura	Spesa assoluta		Numero utenti	
	2018	2008	2018	2008
Strutture residenziali per categorie disagio adulti	774.297	226.975	260	66
Dormitori per senza fissa dimora	259.335	221.312	498	593
Centri diurni per persone con disagio mentale	109.686	163.537	187	68
Altro	185.410	171.428	234	336
Totale strutture	1.328.728	783.252	1.179	1.063

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

12.1.5. Analisi territoriale

Volendo analizzare la distribuzione territoriale della spesa dei Comuni per l'area della povertà e disagio adulti, al netto delle compartecipazioni, all'interno della Regione, possiamo dire in via generale che essa si concentra maggiormente nel centro-nord delle Marche, con le province di Pesaro Urbino e Ancona che assorbono rispettivamente il 31,5% e il 31,3% dell'intero importo (Tab. 6). Segue pressoché le stesse orme la ripartizione degli utenti, dove la provincia di Ancona registra l'incidenza più alta (31%), sebbene in questo caso sia affiancata da Macerata (30,9%).

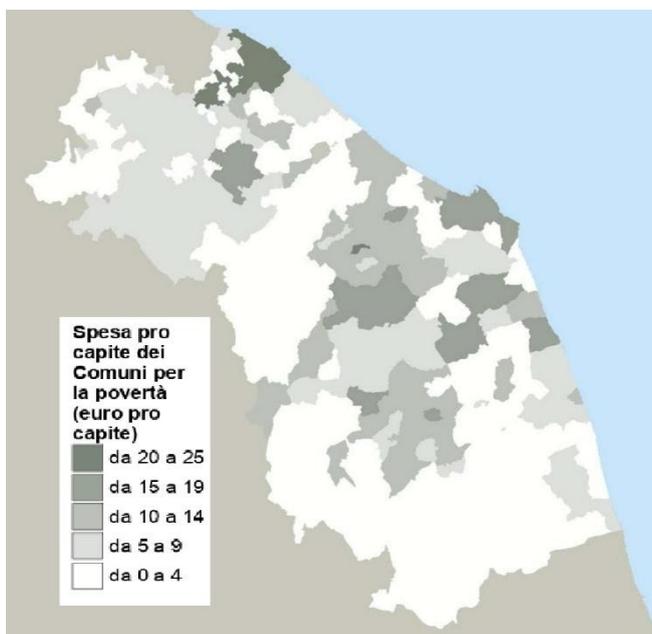
In relazione alla spesa pro capite, il valore regionale medio, pari a 9 euro, viene superato dalle province di Pesaro Urbino (12 euro), Macerata (10,7 euro) e Ancona (9,2 euro), in ogni modo inferiori al dato del centro Italia (18,8 euro) e dell'Italia nel complesso (15,4 euro). Se si osserva infatti il dettaglio comunale, emerge chiaramente la presenza di vaste aree contrassegnate da valori di spesa pro capite molto bassi, in particolar modo nelle aree interne della regione (Fig. 2).

Tab. 6 - Spesa dei Comuni per povertà e disagio adulti - distribuzione per provincia

Provincia	Spesa assoluta	Incidenza %	Valore pro capite
Pesaro Urbino	€ 2.595.219	31,5%	12,0
Ancona	€ 2.579.437	31,3%	9,2
Macerata	€ 2.015.086	24,4%	10,7
Ascoli Piceno	€ 444.541	5,4%	3,5
Fermo	€ 617.336	7,5%	5,9
Marche	€ 8.251.619	100,0%	9,0

Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

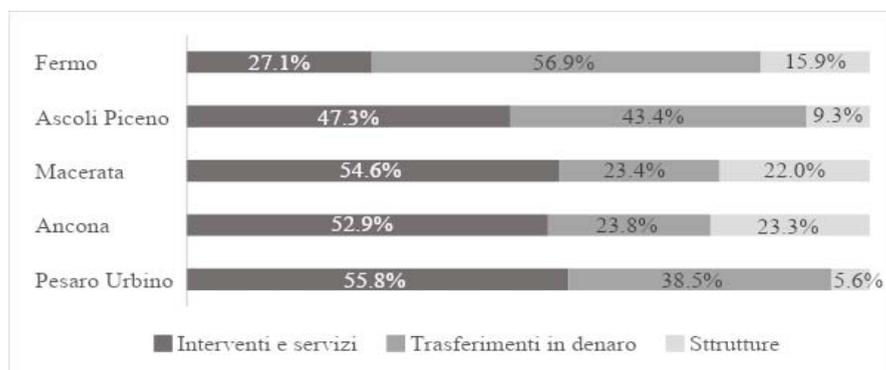
Fig. 2 - Spesa pro capite dei Comuni per povertà e disagio adulti (in euro, pro capite)



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

Scendendo nello specifico delle singole forme di erogazione, la composizione della spesa dei Comuni mostra caratteri differenti tra le varie province. Nel merito, prevale l'offerta nella parte degli interventi e servizi in tutti i territori eccetto in quello fermano, nel quale risalta la componente dei trasferimenti in denaro; le province di Ancona e Macerata – rispetto alle altre – sono contraddistinte da una maggiore incidenza della spesa comunale verso le strutture; Pesaro-Urbino, infine, presenta la più alta percentuale di spesa destinata agli interventi e servizi e al contempo la più bassa nei confronti delle strutture (Fig. 3).

Fig. 3 - Composizione della spesa dei comuni per povertà e disagio adulti per provincia



Fonte: elaborazione degli autori su dati Istat, 2018.

12.2. Il Reddito di Cittadinanza nelle Marche

L'introduzione del Reddito di Cittadinanza (Rdc) ha modificato fortemente il quadro delle politiche contro la povertà in Italia, colmando un vuoto storico del nostro paese (Baldini, Gori 2019; Vittoria 2020; Busilacchi, Gallo, Luppi 2021). La presenza di una politica nazionale di universalismo selettivo fa anche cessare la necessità di una funzione di supplenza svolta a livello locale: al contempo però il DL 4/2019 lascia spazio e finanziamento ai livelli territoriali. Unitamente al trasferimento monetario, gestito a livello nazionale tramite l'INPS, infatti, i Patti per il lavoro sono gestiti dai Centri per l'impiego e quelli per l'inclusione dagli ATS e Comuni, che sono dunque finanziati per implementare i servizi ad essi connessi. In questa ultima sezione analizziamo sinteticamente alcuni indicatori relativi al primo anno di implementazione del Rdc nelle Marche.

12.2.1. Platea dei beneficiari

Nelle Marche i nuclei familiari che nel 2020 hanno beneficiato del Reddito di Cittadinanza sono stati 19.045, per un totale di 45.791 individui. Rispetto all'anno precedente si osserva una significativa crescita delle famiglie beneficiarie (+35,8%), determinata principalmente dagli effetti economici e sociali innescati dalla pandemia da Covid-19 (Tab.8). La distribuzione mensile dei nuclei percettori ne mostra chiaramente il nesso: a di-

cembre 2020 beneficiavano del RdC 14.078 famiglie, ovvero 32.421 persone; a marzo dello stesso anno le famiglie beneficiarie erano poco meno di 13 mila, per poi toccare quota 15 mila a settembre (Amichetti 2021).

Tab. 8 - Nuclei percettori di Reddito di Cittadinanza⁵

<i>Territorio</i>	<i>Nuclei percettori</i>	<i>Individui coinvolti</i>	<i>Importo medio mensile</i>
Ancona	6.149	14.896	€ 477
Ascoli Piceno	2.881	6.798	€ 483
Fermo	2.397	5.895	€ 510
Macerata	3.809	9.454	€ 491
Pesaro Urbino	3.809	8.748	€ 473
Marche	19.045	45.791	€ 484
Centro	218.908	499.794	€ 526
Italia	1.425.323	3.541.114	€ 567

Fonte: elaborazione su dati INPS, Osservatorio sul reddito e pensione di cittadinanza, 2020.

La maggioranza dei nuclei percettori è rappresentata da famiglie con un solo componente, le quali costituiscono il 40% del totale e percepiscono mediamente 461 euro mensili. L'incidenza scende man mano che aumenta il numero dei componenti, fino ad arrivare ai nuclei con 6 e più membri ai quali viene elargito un importo medio mensile di 499 euro (Tab. 9). Si nota, dunque, che le famiglie numerose – e in particolar modo quelle con minori – sono relativamente più svantaggiate sia in termini di accesso alla misura che di importo della prestazione ricevuta, sebbene la povertà sia estremamente pronunciata proprio all'interno di quei nuclei: un limite che risiede soprattutto nel disegno della scala di equivalenza⁶, che non permette di raggiungere in maniera efficace le persone che ne avrebbero maggiormente bisogno (Gallo, Raitano 2019).

⁵ Per nuclei percettori viene inteso le famiglie che nell'anno di riferimento hanno percepito almeno una mensilità di RdC.

⁶ A differenza del Reddito di Inclusione, in cui veniva adottata una tradizionale scala Isee, la scala utilizzata dal RdC attribuisce un peso molto limitato ai componenti aggiuntivi del nucleo familiare (0,4 per adulto e 0,2 per minore). Questa cessa poi di crescere quando il parametro utilizzato arriva a 2,1.

Tabella 9 - Distribuzione nuclei percettori di Reddito di Cittadinanza nelle Marche

<i>Componenti nucleo</i>	<i>Nuclei</i>	<i>Individui coinvolti</i>	<i>Importo medio mensile</i>
1	7.615	7.615	€ 461
2	3.911	7.822	€ 476
3	3.018	9.054	€ 517
4	2.384	9.536	€ 512
5	1.322	6.610	€ 513
6 e più	795	5.154	€ 499
Totale	19.045	45.791	€ 484

Fonte: elaborazione su dati INPS, Osservatorio sul reddito e pensione di cittadinanza, 2020.

La distribuzione per tipologia di indirizzo mostra nelle Marche una prevalenza di individui indirizzati ai Centri per l’Impiego (43,1% del totale) tramite i Patti per il lavoro e una forte componente di beneficiari non tenuta a obblighi (42,1%), mentre la parte restante è orientata verso i servizi sociali comunali con i Patti per l’inclusione. Tuttavia, esistono delle specificità territoriali che presentano caratteristiche diverse dal trend generale⁷.

12.2.2. Gli effetti nel mercato del lavoro

Accanto alla misura di sostegno economico, come detto il disegno del RdC prevede un processo di attivazione da parte dei beneficiari, i quali, se vi sono le condizioni per sottoscrivere il “Patto per il lavoro”, sono tenuti ad accettare una delle tre proposte offerte dai Centri per l’Impiego.

Al contrario di quanto appare nell’opinione pubblica, i dati mostrano una realtà assai diversa. Al 31 ottobre 2020, infatti, nelle Marche i beneficiari che hanno avuto un rapporto di lavoro successivo alla domanda di RdC sono stati 7.498, pari cioè al 35,1% dei percettori tenuti alla sottoscrizione del “Patto per il lavoro”. Percentuale che risulta essere la prima tra le regioni del centro Italia e che sarebbe ancora più alta se si eliminassero gli esclusi e gli esonerati⁸. Da questi numeri emerge chiaramente la volontà dei beneficiari Rdc di cercare lavoro, soprattutto considerando che la maggior

⁷ Questo quadro fa riferimento al 2019. È tuttavia ipotizzabile che gli effetti della pandemia abbiano esteso ancora di più la platea destinata ai Centri per l’Impiego. Per un approfondimento si veda <https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/Monitoraggio/Documents/Marche.pdf>

⁸ Anpal, Beneficiari del RdC rientrati nel mercato del lavoro, nota statistica interna, novembre 2020. <https://www.anpalservizi.it/documents/20181/197360/Apppendice+statistica+beneficiari+rdc/7de3a903-5ce3-4278-bfc4-7e7c96f5b65f>

parte di essi, benché formalmente indirizzati ai Centri per l'impiego, hanno una età avanzata e sono disoccupati di lungo periodo, dunque difficilmente occupabili.

Sul fronte dei Patti per il lavoro, alla data del 3 febbraio 2021, quelli effettivamente sottoscritti sono stati 5.100, ovvero il 30% del totale dei soggetti che si sono presentati alla prima convocazione (Ires Marche 2021).

Come si può osservare, benché si faccia riferimento a periodi lievemente diversi, i beneficiari che hanno trovato effettivamente lavoro sono di più rispetto ai Patti per il lavoro sottoscritti. Un dato dal quale dunque non viene messa alla luce la vera efficacia del ruolo dei navigator nell'inserimento lavorativo dei percettori, molti dei quali plausibilmente potrebbero aver scelto altri canali.

Conclusioni

Come chiarito in apertura, la ricostruzione della complessiva spesa contro la povertà, per interventi volti a migliorare le condizioni di vita dei cittadini più indigenti, è una operazione complessa, per il sommarsi di molteplici fonti di finanziamento.

In questo contributo ci siamo concentrati prevalentemente sulla spesa per “povertà e disagio adulti”, così come classificata dall'Istat, da parte dei Comuni marchigiani.

Dalla analisi emerge un consolidato ritardo delle Marche rispetto alla media del paese, ma anche un significativo aumento della spesa nell'ultimo decennio, per far fronte all'aumento delle fragilità emerse con la crisi economica, soprattutto per interventi di servizio sociale professionale; è inoltre ipotizzabile che a seguito degli effetti della pandemia la situazione possa ulteriormente aggravarsi e richiedere nuove risorse.

Questo aspetto può senza dubbio costituire un problema in termini di finanza pubblica, specie per le magre casse dei Comuni, che rimangono i principali finanziatori di interventi contro la povertà, al netto dell'importante introduzione a livello nazionale del Reddito di cittadinanza (Rdc).

Inoltre, come visto, i territori più penalizzati sono quelli più deboli sul piano economico, in particolare i Comuni dell'entroterra, dove invece sarebbe maggiormente utile un intervento volto a contrastare povertà ed esclusione sociale.

L'aumento di spesa contro la povertà registrato nei bilanci comunali non tiene conto inoltre delle risorse messe a disposizione dal DL 4/2019, istitutivo del Rdc, con cui vengono finanziati i servizi necessari per implementare i Patti per l'inclusione da parte dei Comuni e ATS. Queste risorse saran-

no molto preziose nei prossimi anni, per rafforzare la articolata e preziosa macchina del welfare locale.

Riferimenti bibliografici

- Amichetti M. (2021), *Reddito di Cittadinanza nelle Marche*, rapporto di ricerca, Ires Cgil Marche, Ancona.
- Baldini M., Gori C. (2019), *Il reddito di cittadinanza*, in “il Mulino”, 68, 2, pp. 269-277.
- Busilacchi G. (2020), *Contrastare le nuove povertà*, in “il Mulino”, n.3, pp. 465-473.
- Busilacchi G., Luppi M., Gallo G. (2021), *Qualcosa è cambiato? I limiti nella implementazione del Reddito di cittadinanza e il vincolo della path-dependency*, “Politiche sociali”, n.3, pp. 553-578.
- Busilacchi G., Luppi M. (2022), *When it rains, it pours. The effects of Covid-19 outbreak on the risk of poverty in Italy*, in “Rassegna italiana di sociologia”, n.1.
- Gallo G., Raitano M. (2019), *Reddito di cittadinanza: caratteristiche, beneficiari e prime valutazioni*, XXI Rapporto mercato del lavoro e contrattazione collettiva, pp. 277-298.
- Istat (2018), *Interventi e servizi sociali dei Comuni*, <https://dati.istat.it/>
- Inps (2020), *Osservatorio sul reddito e pensione di cittadinanza*, <https://www.inps.it/osservatoristatistici/73>
- Kazepov Y. (1996) *Le politiche locali contro l'esclusione sociale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Povertà, Istituto Poligrafico di Stato, Roma.

13. Il Reddito di Cittadinanza. Dati e sviluppo dei servizi

di *Alessandra Cantori**

13.1. Dal Reddito d’Inclusione al Reddito di Cittadinanza

L’impianto del Reddito di Cittadinanza segue i principi fondanti il Reddito di Inclusione essendo, entrambi, misure non meramente assistenzialistiche ma improntate all’attivazione del nucleo familiare coinvolto. A differenza del Rei, tuttavia, il RdC presenta una forte vocazione lavoristica, rimarcata sia a livello mediatico che nel Decreto Legge che lo ha istituito: Decreto Legge n. 4/2019, convertito nella Legge n. 26 del 28/03/2019 e introdotto a partire dal 01/04/2019. Proprio il suddetto Decreto, infatti, lo definisce come «misura fondamentale di politica attiva del lavoro a garanzia del diritto al lavoro, di contrasto alla povertà, alla disegualianza e all’esclusione sociale, [...]»; si evince, quindi, una forte propensione ad intendere la povertà come conseguenza della mancanza di occupazione, sebbene il provvedimento preveda due percorsi ben distinti da assegnare ai beneficiari: il Patto per l’Inclusione Sociale e il Patto per il Lavoro.

13.2. Caratteristiche fondamentali

13.2.1. Requisiti d’accesso

Per accedere al Reddito di Cittadinanza è necessario che il richiedente sia in possesso della cittadinanza italiana, di Paesi facenti parte dell’Unione Europea, oppure sia cittadino di Paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo o cittadino di Paesi terzi

* Coordinatrice Ambito Territoriale Sociale XIII – Osimo.

familiare di cittadino italiano o comunitario - come individuato dall'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30 - titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, oppure sia titolare di protezione internazionale.

Rispetto al Rei i criteri di residenza sono stati modificati ed hanno assunto un carattere assai più stringente. In particolare, per accedere al RdC, il richiedente deve essere residente in Italia da almeno 10 anni, di cui gli ultimi due, considerati al momento della presentazione della domanda e per tutta la durata dell'erogazione del beneficio, in modo continuativo, mentre per accedere al Rei era sufficiente che il richiedente fosse residente in Italia, in via continuativa, da almeno due anni al momento della presentazione della domanda.

Con riferimento ai requisiti economici diviene essenziale notare come il RdC abbia notevolmente ampliato la platea dei beneficiari. L'innalzamento delle soglie reddituali e patrimoniali rappresenta il vero punto di forza di uno strumento che mira a ridurre sia l'incidenza che l'intensità della povertà.

Per poter accedere alla prestazione, il nucleo familiare del potenziale beneficiario deve avere:

- un valore dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) inferiore a 9.360 euro (in presenza di minorenni, si considera l'ISEE per prestazioni rivolte ai minorenni);

- un valore del patrimonio immobiliare (esclusa la residenza principale) in Italia e all'estero, non superiore a 30.000 euro;

- un valore del patrimonio mobiliare non superiore a 6.000 euro per il single, incrementato in base al numero dei componenti della famiglia (fino a 10.000 euro), alla presenza di più figli (1.000 euro in più per ogni figlio oltre il secondo) o di componenti con disabilità (5.000 euro in più per ogni componente con disabilità ed euro 7.500 per ogni componente in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza);

- un valore del reddito familiare inferiore a 6.000 euro annui moltiplicato per il corrispondente parametro della scala di equivalenza; se il nucleo familiare risiede in un'abitazione in affitto, la soglia è elevata a 9.360 euro.

In aggiunta ai sopracitati criteri, nessun membro del nucleo familiare deve possedere auto immatricolate nei sei mesi antecedenti la richiesta, né auto o moto di cilindrata elevata immatricolate negli ultimi due anni, né navi o imbarcazioni.

Il richiedente, poi, non deve essere sottoposto a misura cautelare personale, né essere stato condannato in via definitiva, nei dieci anni precedenti la richiesta, per i delitti previsti dagli articoli 270-bis, 280, 289-bis, 416-bis, 416-ter, 422 e 640-bis del Codice penale, per i delitti commessi avvalendosi delle condizioni previste dal predetto articolo 416-bis ovve-

ro al fine di agevolare l'attività delle associazioni previste dallo stesso articolo.

Tutti questi requisiti si applicano ugualmente ai beneficiari della Pensione di cittadinanza (la soglia del reddito familiare è però aumentata a 7.560 euro ai fini dell'accesso alla Pensione di cittadinanza), uno strumento di contrasto alla povertà specificatamente previsto per quei nuclei composti da una o più persone che abbiano un'età pari o superiore a 67 anni. A questi non vengono applicati neanche i vincoli di condizionalità relativi all'adesione del percorso personalizzato di inserimento lavorativo e inclusione sociale.

Il Reddito di cittadinanza è compatibile con il godimento della NASpI (Nuova Assicurazione Sociale per l'Impiego), DIS-COLL (indennità di disoccupazione per i lavoratori con rapporto di collaborazione coordinata) e di altro strumento di sostegno al reddito per la disoccupazione involontaria.

13.2.2. Beneficio economico

Facendo un confronto con il Rei, il consistente aumento di risorse messe in campo per il RdC, oltre che aver allargato la platea dei destinatari della misura, ha comportato altresì un significativo incremento dell'importo erogato. Per esempio, un nucleo formato da un solo componente in affitto percepirebbe un importo massimo di 780 euro mensili, cifra nettamente superiore se paragonata ai 187,50 euro offerti ai tempi del Rei allo stesso tipo di nucleo.

All'interno dell'impianto del RdC, una volta soddisfatti i criteri di accesso, il trasferimento è caratterizzato da due componenti: una parte, integra il reddito del nucleo beneficiario fino alla soglia massima di 6.000 euro annui, moltiplicata per il corrispondente parametro della scala di equivalenza di riferimento; una parte, spettante ai nuclei che risiedono in affitto, incrementa il beneficio di un ammontare annuo pari al canone di locazione fino ad un massimo di 3.360 euro annui (1.800 euro per la Pensione di cittadinanza); è prevista anche un'integrazione per le famiglie proprietarie della casa di abitazione, laddove sia stato acceso un mutuo: in questo caso l'integrazione, pari al massimo alla rata del mutuo, non può superare 1.800 euro annui. L'importo complessivo, sommate le due componenti, non può comunque superare i 9.360 euro annui (780 euro mensili), moltiplicati per la scala di equivalenza e ridotti per il valore del reddito familiare.

Il versamento del beneficio decorre dal mese successivo alla richiesta. La durata del beneficio è fissata in diciotto mesi, trascorsi i quali l'eroga-

zione viene sospesa per un mese. Dopodiché, se i requisiti di eleggibilità saranno nuovamente soddisfatti, il RdC potrà essere rinnovato.

La domanda per il Reddito di cittadinanza può essere presentata telematicamente attraverso l'apposito sito internet, presso i Centri di Assistenza Fiscale (CAF) o, dopo il quinto giorno di ciascun mese, presso gli uffici postali. Le informazioni contenute nella domanda del Reddito di cittadinanza sono comunicate all'INPS entro dieci giorni lavorativi dalla richiesta. L'INPS, entro i successivi 5 giorni, verifica il possesso dei requisiti sulla base delle informazioni disponibili nei propri archivi e in quelli delle amministrazioni collegate e, in caso di esito positivo, riconosce il beneficio che sarà erogato attraverso un'apposita Carta di pagamento elettronica (Carta Reddito di cittadinanza) che, attualmente, viene emessa da Poste Italiane. La somma può essere utilizzata per:

- effettuare prelievi di contante entro un limite mensile di 100 euro per i nuclei familiari composti da un singolo individuo (incrementato in base al numero di componenti il nucleo);

- effettuare un bonifico mensile SEPA/Postagiro in Ufficio Postale per pagare la rata dell'affitto, in favore del locatore indicato nel contratto di locazione, o la rata del mutuo all'intermediario che ha concesso il mutuo;

- pagare tutte le utenze domestiche e altri servizi quali, a titolo esemplificativo, le mense scolastiche, presso gli Uffici Postali (con bollettini o MAV postali) e presso tutti gli esercizi commerciali abilitati (tabaccai, i supermercati, bar, ecc.).

La carta consente inoltre l'acquisto di ogni genere di beni di consumo e servizi ad eccezione di alcune specifiche categorie: giochi e scommesse che prevedono vincite in denaro, acquisto/ noleggio/leasing di navi e imbarcazioni da diporto, armi, materiale pornografico e beni e servizi per adulti, servizi finanziari e creditizi, servizi assicurativi, articoli di gioielleria, articoli di pellicceria, acquisti presso gallerie d'arte e affini, acquisti in club privati.

È inoltre vietato l'utilizzo della Carta Rdc all'estero e per gli acquisti on-line o mediante servizi di direct marketing.

I beneficiari, inoltre, sono obbligati a spendere l'intera somma erogata, pena la decurtazione della quota risparmiata.

Rientrano, infine, seppur indirettamente, nella categoria dei benefici anche gli incentivi per le imprese che assumono destinatari del RdC con un contratto a tempo indeterminato (previsto l'esonero dal pagamento dei contributi previdenziali e assistenziali).

13.2.3. Platea dei beneficiari

Nelle Marche i nuclei che nel 2020 hanno beneficiato del RdC sono stati 19.045, per un totale di 45.791 persone coinvolte. Rispetto all'anno precedente c'è stato un significativo aumento della platea delle famiglie beneficiarie (+35,8%), in larga parte derivato dalle conseguenze economiche e sociali della pandemia.

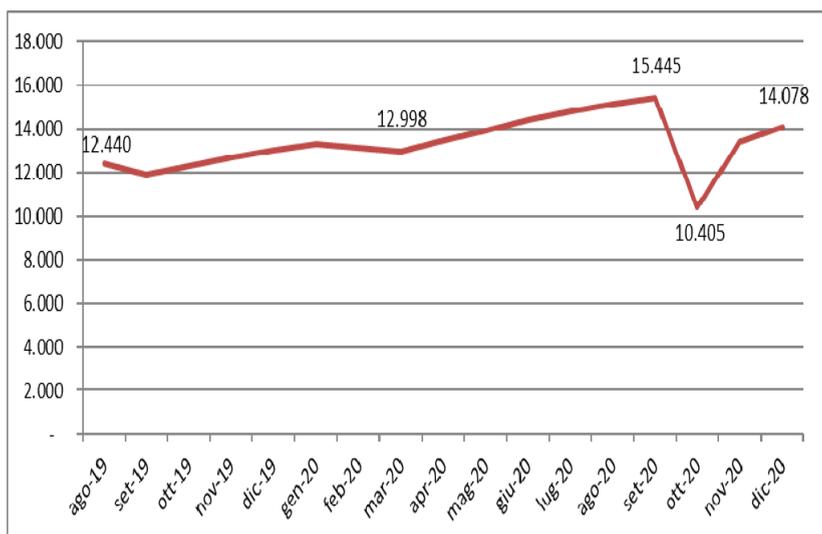
Tab. 1 - Nuclei percettori RdC

	2019			2020			diff. nuclei 20-19	diff. % nuclei 20-19
	N° nuclei	N° persone	Importo medio mensile	N° nuclei	N° persone	Importo medio mensile		
Marche	14.024	35.352	446	19.045	45.791	484	5.021	35,8%
Centro	142.676	343.646	492	218.908	499.794	526	76.232	53,4%
Italia	965.088	2.528.530	527	1.425.323	3.541.114	567	460.235	47,7%

Fonte: elaborazione IRES CGIL Marche su dati INPS)

Ciò è particolarmente visibile osservando la distribuzione mensile dei nuclei beneficiari. Come si evince dal Grafico 1, dal momento dello scoppio della pandemia il bacino dei nuclei percettori si è allargato costantemente e rapidamente, fino ad arrivare a quota 15 mila a settembre 2020.

Graf. 1 - Distribuzione mensile nuclei beneficiari nelle Marche



Fonte: elaborazione IRES CGIL Marche su dati INPS

La maggioranza dei nuclei percettori è costituita da famiglie con un solo componente, che rappresentano il 40% del totale dei nuclei. L'incidenza, poi, scende man mano che aumenta il numero dei membri.

In merito a questo punto è importante evidenziare che le famiglie numerose – di cui la maggior parte con presenza di minori – sono relativamente più penalizzate sia in termini di accesso che di importo economico. Un limite che nasce dal disegno della misura e in particolare dalla scala di equivalenza, il quale non permette allo strumento di raggiungere in maniera efficace proprio quei nuclei che avrebbero più bisogno.

Tab. 2 - Distribuzione nuclei per numero componenti

N° componenti nucleo	N°nuclei	N°persone	Importo medio mensile
1	7.615	7.615	461
2	3.911	7.822	476
3	3.018	9.054	517
4	2.384	9.536	512
5	1.322	6.610	513
6 e più	795	5.154	499
Totale	19.045	45.791	484

Fonte: elaborazione IRES CGIL Marche su dati INPS

Rilevante è inoltre la ripartizione delle persone beneficiarie per tipologia di indirizzo. Complessivamente, nelle Marche si nota una forte componente di individui indirizzati ai Centri per l'Impiego e un altrettanto cospicuo gruppo non tenuto ad obblighi, mentre risulta minoritaria la platea indirizzata ai Servizi Sociali comunali.

Tale composizione rappresenta la situazione “pre-pandemia”, anche se è ipotizzabile che gli effetti che questa ha prodotto nel mercato del lavoro abbiano ulteriormente ampliato il bacino delle persone dirette ai CPI.

13.2.4. Condizionalità

All'interno della struttura del RdC un ruolo decisivo è attribuito alle controprestazioni che i beneficiari sono tenuti a rispettare.

Il decreto istitutivo prevede di fatto la stipula di due percorsi alternativi, ovvero il “Patto per il lavoro” e il “Patto per l'Inclusione Sociale,” gestiti rispettivamente dai servizi per l'impiego e dai servizi sociali. È opportuno stabilire, quindi, in quali circostanze il nucleo beneficiario debba intraprendere l'uno o l'altro percorso.

In via preliminare la legge prescrive che, entro trenta giorni dal riconoscimento del diritto del RdC, tutti i componenti maggiorenni non esonerati all'interno dei nuclei beneficiari debbano presentare la Dichiarazione di Immediata Disponibilità al Lavoro (DID). Successivamente, una volta sottoscritta la DID, i soggetti saranno convocati dai Centri per l'impiego qualora in possesso di almeno uno tra i seguenti requisiti:

- assenza di occupazione da meno di due anni;
- beneficiario della NASpI ovvero di altro ammortizzatore sociale per la disoccupazione involontaria o che ne abbia terminato la fruizione da non più di un anno;
- aver sottoscritto un Patto di servizio in corso di validità negli ultimi due anni presso i Centri per l'Impiego;
- non aver sottoscritto un Progetto personalizzato per il Rei.

Tali attributi rendono il beneficiario RdC "arruolabile" e quindi capace di intraprendere il "Patto per il lavoro".

Una volta avvenuta la convocazione, il beneficiario dovrà collaborare con l'operatore addetto alla redazione del bilancio delle competenze e rispettare gli impegni previsti nel Patto per il lavoro, tra i quali rientra quello di accettare almeno una di tre offerte di lavoro congrue (una in caso di rinnovo). La congruità è data sulla base di tre principi: coerenza tra l'offerta di lavoro e le esperienze e competenze possedute; distanza del luogo di lavoro dal domicilio e tempi di trasferimento mediante mezzi di trasporto pubblico; durata dello stato di disoccupazione. Specificatamente, la prima offerta di lavoro è considerata congrua quando il posto di lavoro è a non più di 100 km di distanza dalla residenza del beneficiario, la quale viene aumentata a 250 km per la seconda offerta e all'interno del territorio italiano per la terza offerta.

Il percorso descritto sopra, dunque, individua la fragilità del nucleo nella mancanza di occupazione.

Qualora, invece, tra i membri del nucleo beneficiario, nessuno fosse in possesso dei requisiti sopra menzionati, la problematica risulta più complessa e non prettamente legata alla mancanza di lavoro. In tale circostanza saranno i Servizi Sociali Comunali a prendersi carico dei beneficiari, procedendo a una valutazione multidimensionale del nucleo familiare e definendo con quest'ultimo un percorso di attivazione sociale e lavorativo più adeguato, che prende il nome di "Patto per l'inclusione sociale," dentro il quale potranno essere coinvolti anche altri enti territoriali competenti. La valutazione multidimensionale è composta da un'analisi preliminare e da un quadro di analisi approfondito che mettono in luce bisogni e punti di forza della famiglia al fine di condividere con la famiglia gli interventi e gli impegni necessari a garantire il percorso di fuoriuscita dalla povertà

(che verranno appunto sottoscritti con il Patto per l'inclusione sociale).

Oltre ai due percorsi di presa in carico, i beneficiari del Reddito di Cittadinanza hanno l'obbligo di partecipare, in forma gratuita, a progetti "utili alla collettività," in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo e di tutela dei beni comuni per un monte ore complessivamente "compatibile con altre attività del beneficiario e comunque non inferiore al numero di otto ore settimanali, aumentabili fino ad un numero di sedici ore complessive.

13.2.5. Interventi

I nuclei beneficiari del Reddito di Cittadinanza non immediatamente attivabili in un percorso lavorativo vengono contattati dai Servizi Sociali dei Comuni per iniziare un percorso di inclusione sociale. Al percorso si accede previa valutazione multidimensionale, finalizzata a identificare i bisogni del nucleo e a definire il Patto per l'Inclusione Sociale e i sostegni in esso previsto, che costituiscono livelli essenziali delle prestazioni.

Per facilitare lo svolgimento di tali attività il 27 giugno 2019 sono state approvate, in Conferenza unificata, le *Linee Guida per la definizione dei Patti per l'Inclusione Sociale*.

Il Patto per l'inclusione prevede specifici impegni da parte della famiglia e supporti da parte dei servizi territoriali, con l'obiettivo di costruire interventi su misura, insieme alle famiglie stesse, per rimuovere le cause della povertà e per accompagnare quest'ultime all'autonomia. L'adesione al Patto per l'inclusione sociale, per i nuclei non esentati, è una condizione necessaria per il mantenimento del beneficio economico.

I servizi per l'accesso e la valutazione e i sostegni da individuare nel patto per l'inclusione sociale afferenti al sistema integrato di interventi e servizi sociali, includono:

- a) segretariato sociale;
- b) servizio sociale professionale per la presa in carico;
- c) tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione, di cui alle regolamentazioni regionali in attuazione dell'accordo del 22 gennaio 2015 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;
- d) sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale, incluso il supporto nella gestione delle spese e del bilancio familiare;
- e) assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità;
- f) sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
- g) servizio di mediazione culturale;
- h) servizio di pronto intervento sociale.

13.2.6. Governance

La complessità normativa che caratterizza il Reddito di Cittadinanza fornisce un quadro abbastanza confuso in merito al suo disegno di *governance*.

Adottando una visione a 360° è possibile osservare come la misura coinvolga tutti i livelli di governo, nonché numerosi attori istituzionali. In quest'ottica, dunque, risulta necessario capire quali sono i ruoli, le competenze e le responsabilità di questi soggetti e le loro interconnessioni.

In materia di Reddito di Cittadinanza lo Stato interviene mediante il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con due appositi organi: la Rete della Protezione e dell'Inclusione sociale (costituita con il Rei) e la Rete Nazionale dei Servizi per le politiche del Lavoro. Sua facoltà è anche quella di stipulare delle convenzioni con le Regioni per la gestione dei servizi per l'Impiego. Inoltre, sempre per ciò che concerne il livello centrale, è l'INPS che rappresenta il soggetto erogante il contributo economico, al quale è demandata anche la funzione di controllo assieme all'Agenzia delle Entrate e alla Guardia di Finanza.

Spostando l'attenzione sulle Regioni, il loro ruolo nei confronti delle politiche di contrasto alla povertà è stato fortemente ridimensionato già a partire dal Decreto legge 147/2017, che ha istituito il Rei. Nonostante ciò hanno conservato le funzioni previste dal Decreto legge 150/2015, ossia: programmazione riguardo alle politiche attive per il lavoro, costituzione dei Centri per l'Impiego, previsione del regime di accreditamento per le Agenzie per il lavoro, promozione di accordi locali tra i vari servizi territoriali di inclusione sociale, promozione e potenziamento della gestione associata dei Servizi Sociali.

Scendendo a livello locale, è fondamentale concentrare l'interesse sui due attori principali, i quali detengono i comandi della gestione operativa della misura, ovvero gli Ambiti Territoriali (e Servizi Sociali Comunali) e i Centri per l'Impiego/Agenzie per il lavoro.

Ai primi è demandata, in particolar modo, l'analisi dei bisogni e la valutazione multidimensionale in merito alla definizione del Patto per l'inclusione sociale, nonché il coinvolgimento del Terzo settore e la collaborazione con i Centri per l'impiego; a tali enti, inoltre, è delegata anche la verifica dei dati anagrafici del nucleo familiare.

I Centri per l'Impiego, a differenza di quanto avveniva con il Rei, divengono il fulcro del processo di attivazione dei beneficiari. Oltre ad assumere il ruolo di intermediari tra domanda e offerta di lavoro, sono di fatto i primi interlocutori per le persone richiedenti il RdC (spetta a loro, quindi, la valutazione preliminare delle capacità dei soggetti). Pertanto, dal loro com-

plessivo funzionamento dipenderà una buona parte dell'efficacia della misura stessa.

Il peso di questi due attori non è dato tanto dalle loro singole funzioni, quanto dalla loro capacità di interagire e operare in modo sinergico con tutti i servizi del territorio coinvolti nel contrasto alla povertà.

L'efficacia, infatti, dei Patti per l'inclusione sociale e lavorativa è determinata in buona parte dal lavoro di rete con i vari enti del territorio. Questi comprendono ad esempio le ASL, gli enti privati, le imprese sociali, le cooperative sociali, nonché le associazioni di volontariato e gli enti del Terzo settore (che svolgono un ruolo primario rispetto ai progetti di integrazione sociale).

Per questo motivo può essere di grande aiuto l'esperienza del Rei, soprattutto per quei territori che negli ultimi anni hanno costruito reti di collaborazione significative a livello locale, basandosi sul cosiddetto approccio della "comunità inclusiva."

13.2.7. Beneficiari e mercato del lavoro

Per quanto concerne l'impatto in termini occupazionali, al 31 ottobre 2020 i beneficiari che hanno sottoscritto almeno un contratto di lavoro successivo alla domanda sono 7.498, ossia il 35,1% del totale dei percettori tenuti alla stipula del Patto per il Lavoro¹. Se da una parte questo dato non indica il reale contributo dei navigator, dall'altra evidenza – al contrario di quanto viene spesso raccontato – che esiste comunque una buona propensione all'attivazione da parte dei beneficiari.

Confrontando il dato marchigiano con quello delle altre regioni, appaiono chiare le forti differenze a livello territoriale. Diversità che vanno poi ad incidere sul lavoro dei navigator, che in determinati contesti si trovano a dover far fronte ad una scarsità (se non assenza) di domanda di lavoro. Ciò nonostante, sotto questo aspetto, la situazione nelle Marche sembra essere relativamente migliore sia rispetto a quella italiana che a quella delle altre regioni del Centro Italia.

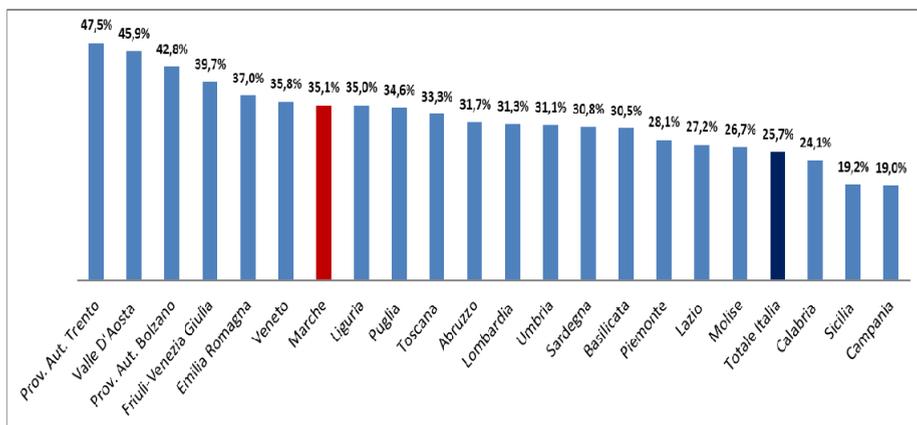
¹ Percentuale che potrebbe essere ancora più elevata togliendo gli esclusi, gli esonerati e i trasformati, dei quali tuttavia Anpal non fa riferimento nella sua nota statistica.

Tab. 3 – Panorama nella Regione Marche – Beneficiari RdC inseriti/reinseriti nel mercato del lavoro

	Beneficiari tenuti alla stipula del PpL	Beneficiari che hanno sottoscritto almeno un contratto di lavoro	Beneficiari con contratto attivo al 31/10/2020	% Beneficiari che hanno sottoscritto almeno un contratto di lavoro	% Beneficiari con contratto attivo al 31/10/2020
Ancona	7.295	2.575	1.459	35,3%	20,0%
Ascoli Piceno	3.220	1.187	638	36,9%	19,8%
Fermo	2.524	836	430	33,1%	17,0%
Macerata	4.220	1.435	808	34,0%	19,1%
Pesaro e Urbino	4.102	1.465	748	35,7%	18,2%
MARCHE	21.361	7.498	4.083	35,1%	19,1%

Fonte: Anpal

Graf. n.2 - Panorama in Italia - Inc.% beneficiari RdC soggetti al PpL che hanno sottoscritto almeno un contratto di lavoro



Fonte: Anpal

13.2.8. I Progetti Utili alla Collettività (PUC)

Nell’ambito dei Patti per il lavoro e/o per l’inclusione sociale, i beneficiari Rdc sono tenuti a svolgere Progetti Utili alla collettività (PUC) nel comune di residenza per almeno 8 ore settimanali, aumentabili fino a 16. I Comuni sono responsabili dei PUC e li possono attuare in collaborazione con altri soggetti.

Oltre a un obbligo, i PUC rappresentano un’occasione di inclusione e di

crescita per i beneficiari e per la collettività: per i beneficiari, perché i progetti saranno strutturati in coerenza con le competenze professionali del beneficiario, con quelle acquisite anche in altri contesti e in base agli interessi e alle propensioni emersi nel corso dei colloqui sostenuti presso il Centro per l'impiego o presso il Servizio sociale del Comune; per la collettività, perché i PUC dovranno essere individuati a partire dai bisogni e dalle esigenze della comunità locale e dovranno intendersi come complementari, a supporto e integrazione rispetto alle attività ordinariamente svolte dai Comuni e dagli enti pubblici coinvolti.

Le attività messe in campo nell'ambito dei PUC dovranno rispondere ad uno specifico obiettivo da raggiungere in un intervallo di tempo definito, attraverso la messa in campo di risorse umane e finanziarie. Il progetto potrà riguardare sia una nuova attività, sia il potenziamento di un'attività esistente, ma in nessun caso le attività in esso svolte potranno essere sostitutive di quelle ordinarie, né saranno in alcun modo assimilabili ad attività di lavoro subordinato o parasubordinato o autonomo.

I progetti sono a titolarità dei Comuni, ferma restando la possibilità di svolgerli in gestione associata. In ogni caso i beneficiari sono tenuti a partecipare ai progetti attuati nel loro comune di residenza. I Comuni, singoli o associati e raccordandosi a livello di Ambito Territoriale, sono responsabili dell'approvazione, attuazione, coordinamento e monitoraggio dei progetti posti in essere, anche con l'apporto di altri Soggetti Pubblici e del Privato Sociale.

I Comuni predispongono le procedure amministrative utili per l'istituzione dei Progetti e inseriscono le informazioni sugli stessi in un'apposita Piattaforma denominata "Gepi" dedicata al programma RdC del Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali: l'esecuzione delle attività e l'avvenuto assolvimento di tali obblighi viene attestato dai Comuni, tramite l'aggiornamento della stessa.

La struttura dei Progetti Utili alla Collettività (PUC) deve contenere:

- identificativo/titolo progetto;
- servizio/Soggetto promotore/attuatore;
- luogo e data di inizio e fine progetto;
- descrizione e finalità delle attività;
- numero dei beneficiari RdC necessari per lo svolgimento;
- abilità e competenze delle persone coinvolte;
- modalità e tempistiche per il coinvolgimento dei partecipanti;
- materiali e strumenti di uso personale e di uso collettivo;
- costi da sostenere compresi quelli relativi alle coperture assicurative e al coordinamento;
- responsabile e supervisore del progetto.

I PUC possono essere attuati in ambito culturale, sociale, artistico, ambientale, formativo, tutela dei beni comuni.

13.2.8.1. Le diverse esperienze nel territorio marchigiano

Nelle Marche i Progetti Utili alla Collettività (PUC) presentano un quadro piuttosto lacunoso. Al 27 gennaio 2021 (a più di un anno dall'approvazione del DI 22/2019) solo il 10,1% dei Comuni marchigiani ha predisposto tali progetti.

Enormi sono le differenze territoriali riscontrate: la provincia di Ancona appare decisamente in una condizione migliore rispetto alle altre (24% dei Comuni coperti), all'opposto, nella provincia di Fermo nessun Municipio ha allestito programmi; in molti dei progetti che sono stati organizzati, inoltre, manca l'auspicata partecipazione del Terzo settore (un aspetto, questo, che è stato riscontrato sull'intero territorio nazionale).

Tab. 4 – Progetti Utili alla Collettività nella Regione Marche

	Comuni titolari Puc	% Comuni coperti	Puc predisposti²	Beneficiari coinvolti
Ancona	11	23,4%	32	174
Ascoli Piceno	1	3,0%	1	-
Fermo	-	0,0%	-	-
Macerata	6	10,9%	13	35
Pesaro Urbino	5	9,6%	14	9
Marche	23	10,1%	60	218

Nel confronto avuto con alcuni Ambiti Territoriali e, nello specifico, con l'Ambito Territoriale Sociale 1 – Comune Capofila Pesaro e l'Ambito Territoriale Sociale 14 – Comune Capofila Civitanova Marche, è emerso quanto segue: ogni Comune dell'Ambito Territoriale gestisce i PUC autonomamente e ha un proprio Responsabile PUC, il quale si occupa dell'organizzazione dei Progetti, di inserire quest'ultimi all'interno della piattaforma ministeriale GePI e di procedere alla strutturazione e all'organizzazione del Progetto stesso (inserimento beneficiari, orari, rendicontazione presenze, ecc.); ciascun Comune, poi, provvede a trasmettere all'Ambito Territoriale di appartenenza la documentazione necessaria per la rendicontazione al Ministero, delle spese sostenute per lo svolgimento dei PUC.

² Per semplicità esplicativa si è utilizzato il termine "Puc predisposti", nei quali sono compresi sia i progetti disponibili che quelli attivi al momento della ricerca.

Di seguito si riportano alcuni dati raccolti relativi ai Progetti Utili alla Collettività attivi nei Comuni sopra citati ATS 14 (Civitanova Marche Comune Capofila) e ATS 1 (Pesaro Comune Capofila) al 31.12.2021.

Tab. 5 – Tipologie di PUC nella Regione Marche

	PUC ATTIVI AL 31.12.2021	AMBITO DI PROGETTO
ATS 14 - Civitanova Marche	N° 7 Puc Attivi	1 Sociale 1 Culturale 2 Ambientale 3 Tutela dei beni comuni
ATS 1- Pesaro	N° 5 Puc Attivi	3 Sociale 1 Tutela dei beni comuni 1 Ambientale

Dalle informazioni raccolte è emerso come la difficoltà principale incontrata dai Case manager nell’attivazione dei Progetti Utili alla Collettività sia stata quella di identificare con i beneficiari le loro vere attitudini e, di conseguenza, la scelta della tipologia di Progetto da avviare. Al contempo, si è potuto osservare nei diversi contesti territoriali come la collaborazione con il Centro per l’Impiego sia stata proficua e abbia agevolato un confronto tra i diversi enti al fine di definire le attitudini e le capacità dei vari beneficiari RdC.

I Case manager, dai vari colloqui svolti con i beneficiari del RdC che hanno iniziato a svolgere i Progetti Utili alla Collettività, hanno potuto notare come tali Progetti permettano ai singoli beneficiari di arricchire il loro bagaglio di esperienze e di acquisire nuove competenze professionali, a beneficio anche della comunità locale. I PUC rappresentano un’occasione di inclusione e di crescita sia per i beneficiari del RdC che per l’intera collettività, dato che sono strutturati in coerenza con le competenze e le capacità professionali di ciascuno e sono calibrati alle esigenze dei vari Comuni interessati.

A riguardo l’ATS XIII – Osimo ha formalmente approvato le “Linee Guida di Ambito per l’attivazione uniforme dei Progetti Utili alla Collettività”, con il quale documento sono state definite le linee ed indicazioni uniformi per l’avvio dei PUC nei Comuni dell’Ambito.

Successivamente l’ATS XIII – Osimo ha proceduto alla pubblicazione di una manifestazione di interesse con la finalità di individuare enti Pubblici ed enti Privati del Terzo settore, interessati a stipulare specifico accordo con i singoli Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale XIII per “Progetti Utili alla Collettività”.

Al 31/12/2021 sono n. 9 le manifestazioni di interesse pervenute da parte di enti Pubblici e del Terzo settore (per un totale di 17 schede progetto)

interessati a stipulare accordi con i singoli Comuni dell’Ambito Territoriale Sociale XIII per lo svolgimento di “Progetti Utili alla Collettività”.

Al 31/12/2021, poi, in tutto l’ATS XIII – Osimo sono stati attivati n.28 Progetti Utili alla Collettività (PUC) di cui 16 proposti dai Comuni (es. attività di segreteria e di accoglienza) e 12 proposti da enti del Terzo settore/Pubblici (es. manutenzione del verde, ecc.).

Tra le finalità dei PUC, oltre a quelle di far acquisire ai beneficiari del RdC nuove conoscenze e di promuovere lo sviluppo di competenze mediante le diverse esperienze formative, c’è sicuramente quella di promuovere le relazioni nel tessuto sociale di appartenenza; la partecipazione ad un PUC, infatti, favorisce la creazione di nuove relazioni sociali tra tutti gli attori coinvolti (beneficiari RdC, ente Pubblico, Terzo settore, cittadini, ecc.) e il territorio di riferimento.

13.2.9. Limiti e aspetti controversi

Come già menzionato in precedenza, il RdC rappresenta il più ampio trasferimento di risorse pubbliche a favore di poveri mai attuato in Italia. Rispetto al Rei, di fatto, aumenta sia il numero delle famiglie protette che l’importo medio del trasferimento. Ciò nonostante, sotto diversi punti di vista, la misura presenta molteplici elementi di criticità e incoerenze, i quali rischiano di limitarne l’efficacia e l’equità.

Estremamente problematico è l’aspetto riguardante le condizioni di accesso per gli immigrati, poiché il requisito della residenza decennale (di cui gli ultimi due anni continuativi) costituisce per questi – e soprattutto per gli extracomunitari – una barriera difficilmente superabile. I dati raccolti mostrano che solo il 5,7% dei nuclei beneficiari di RdC è composto da cittadini extracomunitari, sebbene secondo l’Istat il 31,1% dei poveri assoluti sia formato da nuclei familiari con stranieri.

Un altro elemento di forte criticità interessa la scala di equivalenza scelta per il calcolo dell’importo. A differenza del Rei, la scala utilizzata dal RdC attribuisce un peso doppio a un adulto rispetto a un minore (0,4 contro 0,2). Questa cessa poi di crescere quando il parametro utilizzato arriva a 2,1. L’effetto è quello di avere una scala molto “piatta,” che riduce il beneficio economico delle famiglie numerose e/o con figli, per di più in un contesto come quello italiano in cui la povertà, sia assoluta che relativa, è fortemente in crescita proprio all’interno dei nuclei numerosi, in particolar modo in quelli con minori. Il RdC rischia sostanzialmente di aiutare meno chi ha più bisogno. Per esempio, un nucleo di cinque componenti (di cui due adulti e tre minori) residente in affitto, percepirà un beneficio monetario che al massimo potrà

arrivare a 1.280 euro mensili, una cifra molto minore rispetto a quella che percepirebbe se venisse applicata la scala di equivalenza Isee.

Il RdC, inoltre, potrebbe generare fenomeni di trappole della povertà, disincentivando i beneficiari dalla ricerca attiva di un lavoro. Questo sintomo vale in special modo per i nuclei composti da soggetti single, i quali sono destinatari di un importo (incluso il contributo per l'affitto) in linea con i guadagni di molti lavoratori. La generosità del trasferimento, legata alla durata potenzialmente illimitata dello stesso, da un lato spinge l'individuo fuori dalla povertà ma dall'altro, tuttavia, disincentiva la ricerca attiva di un'occupazione.

Infine, osservando il testo di legge, emergono alcuni aspetti problematici che concernono le regole di condizionalità e le misure di politiche attive a esse associate. In primo luogo, destano una certa perplessità i possibili effetti sul mercato del lavoro da parte degli sgravi a favore delle imprese che assumono percettori di RdC. Questi potrebbero indurre le imprese a preferire, fra i disoccupati, i beneficiari del RdC a danno dei lavoratori più svantaggiati esterni al sistema, generando dunque ulteriore concorrenza all'interno di mercati già altamente competitivi.

Da tali considerazioni è possibile notare come il RdC, perlomeno a livello teorico, sia saldamente legato alla convinzione che la povertà discenda principalmente dalla mancanza di occupazione, sebbene in base ai primi dati forniti riguardo alla stipula del Patto per il lavoro, risulta "attivabile" – ovvero è nelle condizioni di poter ricevere aiuto per cercare un impiego – circa il 30% degli individui beneficiari, a dimostrazione che nella maggior parte dei casi la povertà non dipende unicamente dall'assenza di lavoro bensì da altre cause ben più complesse, per le quali è necessario un intervento "multidimensionale."

Riferimenti bibliografici

- Fondazione Astrid, Circolo Fratelli Rosselli (2018), *Nuove (e vecchie) povertà: quale risposta? Reddito d'inclusione, Reddito di Cittadinanza, e oltre*, Bologna, Il Mulino.
- Gallo G., Raitano M. (2019), *Reddito di Cittadinanza: caratteristiche, beneficiari e prime valutazioni*, CNEL XXI Rapporto Mercato del Lavoro e Contrattazione collettiva 2019, Roma.
- Leone L., Rinaldi F. Tomei G. (2017), *Misure di contrasto della povertà e condizionalità. Una sintesi realista delle evidenze*, Milano, FrancoAngeli.
- Ranci Ortigosa E., Baldini M., Saraceno C., Lucifora C., Treu T., Tosi A. (2019), *Reddito di Cittadinanza e oltre. Per contrastare la povertà combinare più politiche*, Il punto di Welforum.

Vincieri M. (2020), *Spunti critici sul Reddito di Cittadinanza, Diritto delle relazioni industriali*.

Sitografia

<https://francopesaresi.blogspot.com/2021/03/il-reddito-di-cittadinanza-nelle-marche.html>

Anpal, Beneficiari del RdC rientrati nel mercato del lavoro, nota statistica interna, novembre 2020, <https://www.anpalservizi.it/documents/20181/197360/Appendice+statistica+beneficiari+rdc/7de3a903-5ce3-4278-bfc4-7e7c96f5b65f>

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Monitoraggio RDC primo semestre di attuazione 2019, <https://www.lavoro.gov.it/redditodicittadinanza/Monitoraggio/Documents/Marche.pdf>

<https://www.anpal.gov.it/Pal> - Primo-rapporto annuale-

https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/iter_degli_ati/pdl/pdf/pdl152_10.pdf

<https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2019/Decreto-Interministeriale-del-24122019.pdf>

<https://welforum.it/dal-rei-al-reddito-di-cittadinanza-questioni-di-metodo-e-di-merito/>

<https://pattosocialerdc.lavoro.gov.it/PucCPI>

14. Persone senza fissa dimora, dimensione e servizi

di *Andrea Mancini**

L'immagine di una persona senza fissa dimora evoca da sempre nella totalità dell'opinione pubblica un forte richiamo alla questione della grave marginalità sociale e quindi della povertà estrema.

In questi ultimi anni, con l'avvento della pandemia globale, l'attenzione alle situazioni di disagio è sicuramente aumentata e la percezione generalizzata di fragilità ha sicuramente giocato un ruolo importante nelle persone che, magari anche solo per un attimo, si sono sentite più povere e più precarie; condizioni reali che purtroppo riguardano spesso persone che versano quotidianamente in uno stato di fragilità estrema.

Il fenomeno delle persone senza fissa dimora arriva per la prima volta alla ribalta dell'opinione pubblica nei primi anni Ottanta, soprattutto negli Stati Uniti, quando quello che oggi possiamo definire "Terzo settore", denuncia pubblicamente la numerosa presenza di persone ridotte in condizioni di estrema fragilità e costrette a vivere lungo le strade. Negli anni Novanta il fenomeno non trova certo un periodo di contenimento fino ad arrivare ai giorni d'oggi in cui, soprattutto durante i primi mesi del 2020, quando il livello delle misure di confinamento presso le proprie dimore era massimo, risuonava l'invito delle Istituzioni e non solo a "restare a casa" e stigmatizzava coloro che, in un momento così drammatico, erano totalmente sprovvisti di un luogo fisico in cui stare.

Soffermandosi meglio sul fenomeno delle persone senza fissa dimora emerge chiara la percezione di essere davanti ad una questione molto complessa, multifattoriale e definita da confini decisamente incerti. Tutto questo deriva chiaramente dal fatto che nel 2021 è ormai chiaro come il tema della povertà nella società attuale è attraversato contemporaneamente da svariate dimensioni che si intrecciano tra loro. Solo per fare alcuni esempi

* Coordinatore Caritas Diocesana di Pesaro.

possiamo immaginare la relazione tra crisi economica, livello di istruzione delle persone e competenze tecniche, competenze relazionali individuali, fragilità psichiche e problematiche legate al campo delle dipendenze.

Una delle principali conseguenze di questa considerazione è che ad oggi non esiste una definizione esaustiva per descrivere la questione delle persone senza fissa dimora e di conseguenza non esistono a livello globale, dati precisi per descrivere il fenomeno.

Le principali ricerche si soffermano principalmente sulla dimensione del disagio sociale, su quello abitativo e sul grado di interazione che questi due fattori hanno tra di loro.

Solo a titolo esemplificativo si può brevemente analizzare la tipologia di senza fissa dimora conosciuta come “ethos” (European Typology of Homelessness and Housing Exclusion) proposta dalla FEANTSA (European Federation of National Organisations Working with the Homeless) nel 2005 in cui vengono identificati tre ambiti che concorrono a definire il concetto di casa.

Il primo ambito è relativo alla disponibilità fisica di avere un alloggio per poter soddisfare i propri bisogni, il secondo ambito riguarda la possibilità di avere un ambiente sociale in cui poter vivere la propria privacy e godere di relazioni sociali, mentre l'ultimo riguarda la sfera legale e la tutela giuridica di poter usufruire dell'abitazione in modo esclusivo e con un titolo legale di godimento. L'assenza di uno di questi tre ambiti determina che l'individuo sia considerato come una persona senza fissa dimora. Infatti, grazie a questa classificazione si ottiene un approccio più orientato alle dinamiche sociali e ai cambiamenti della società e si abbandona una visione più estrema della persona senza fissa dimora in cui sono totalmente assenti tutti e tre gli ambiti appena descritti.

In definitiva possiamo dire che nel nostro Paese, come altrove, i senza fissa dimora non costituiscono una unità sociale o una categoria omogenea, bensì un insieme eterogeneo nel quale si riscontrano situazioni molto differenziate, la cui incidenza muta in relazione a fenomeni più generali che investono la società, quali processi di flessibilizzazione del lavoro e precarizzazione sociale di erosione e crisi delle politiche di welfare, le migrazioni, l'incremento delle diseguaglianze sociali. In più i senza fissa dimora non esprimono una domanda unitaria e non sono soggetto politico. Sono portatori di bisogni specifici e di domande abitative e di sostegno a cui non è possibile rispondere con modalità standardizzate. Questo costituisce un ulteriore fattore di complessità e difficoltà anche sul piano dell'elaborazione di politiche e strategie di intervento. (Meo 2020).

Alla luce di queste considerazioni e nonostante le difficoltà sopra citate, per descrivere la dimensione delle persone senza fissa dimora, avere un'i-

dea dei servizi presenti e potenzialmente migliorabili e creare una struttura utile all'innovazione progettuale dobbiamo cercare di descrivere il fenomeno anche dal punto di vista quantitativo.

Una prima descrizione l'ha fornita nel 2014 Istat, secondo cui sono 50.724 le persone che non hanno fissa dimora in Italia con una presenza del 56% nel Nord Italia, 23,7% al Centro e 20,3% al Sud.

Nel 2015 sempre Istat, ha stimato che i giovani (18-34 anni) sono 13.012, ovvero 25,7% del totale delle persone senza fissa dimora nel Paese mentre le donne sono 6.239 (14%).

Il numero di persone senza fissa dimora con problemi mentali, abuso di alcool o droga ha avuto un incremento da 4.429 del 2011 a 7.130 nel 2014.

Altri dati interessanti provengono da Caritas Italiana e sono relativi al 2018, in cui i numeri relativi alle persone senza fissa dimora sono tutt'altro che trascurabili: si tratta di 27.500 persone rilevate solo ed esclusivamente dagli uffici Caritas, per lo più uomini (74,8%), stranieri (65,6%), celibi (48,4%), in prevalenza under 44 (52,9%), incontrati soprattutto nei centri di ascolto del nord (64,3%) e con storie multiproblematiche alle spalle, per le quali il problema casa si somma a molte altre fragilità (48,5%).

Un ultimo dato estremamente significativo lo possiamo estrapolare dalla Fondazione Abbé Pierre e FEANTSA nel rapporto *Fifth overview of Housing Exclusion in Europe* rilasciato lo scorso 27 luglio secondo il quale circa 700mila persone sono senza dimora nell'Unione Europea, con un aumento del 70% negli ultimi dieci anni.

La ricerca tuttavia aggiunge che il dato è diminuito drasticamente durante la recente crisi sanitaria, grazie all'applicazione delle misure di emergenza attuate per fornire rifugio ai più vulnerabili, ma rimane comunque su livelli preoccupanti. Tuttavia quest'ultima osservazione può aprire degli scenari di discussione e progettazione molto interessanti che saranno oggetto di una breve argomentazione in questa monografia.

14.1. I senza fissa dimora e la Regione Marche. Dimensione e servizi

Come abbiamo visto in precedenza la presenza di persone senza fissa dimora è ormai oggetto di studio mondiale, non esiste infatti un territorio che sia completamente escluso da questa dimensione o che non sia in nessun modo collegato ad essa.

Per questo motivo restringere il campo di analisi del fenomeno alla Regione Marche è per definizione un aspetto critico ed estremamente parziale.

A questa considerazione va aggiunta l'osservazione che trattandosi di un argomento in cui, come già detto in precedenza, le persone sono difficilmente inquadrabili dal punto di vista legale e documentale; le azioni e i progetti messi in campo per studiare, contrastare e prevenire tale fenomeno appartengono spesso ad un territorio ibrido in cui si muovono istituzioni, associazioni e liberi cittadini; motivo per cui ad oggi, un'analisi qualitativa e quantitativa risulta estremamente problematica e parziale. Tuttavia grazie ai dati del "Rapporto sui Centri di Ascolto delle Caritas Diocesane delle Marche anno 2017" e dai dati che sono stati resi noti successivamente, sempre da parte di Caritas marchigiane, possiamo intuire quello che si può definire come una sorta di trend regionale e sulla base di questo individuare alcuni campi di azione per sviluppare meglio delle progettualità più adeguate, finalizzate non solo alla riduzione del danno ma indirizzate anche verso il tentativo di rimuovere le cause di alcuni fenomeni problematici che stanno alla base del fenomeno delle persone senza fissa dimora.

Il Rapporto di Caritas Marche del 2017 mostra come il numero di persone senza dimora che si sono rivolti ai centri di ascolto era uguale a 1.596 unità. Il numero risulta praticamente raddoppiato dal 2010, in cui i senza dimora erano 820. Molto probabilmente il dato non è da imputare solamente ad un peggioramento generale della condizione socioeconomica delle persone incontrate, ma anche all'aumento di forze e di servizi che le Caritas hanno deciso di mettere in campo in questi ultimi anni in contrasto a questo fenomeno. Proprio per la natura della problematica dell'assenza di alloggio, la creazione di servizi dedicati, diventa una motivazione importante per le persone che non alloggiano stabilmente in nessuna città.

Nelle varie Caritas delle Marche il peso delle persone senza dimora varia notevolmente, passando dal 29,2% di Pesaro, dal 22,6% di Ancona fino ad arrivare a realtà come Urbino in cui il fenomeno risulta praticamente assente.

I senza dimora presenti nel campione sono per la grande maggioranza uomini (78%), anche se il fenomeno incomincia ad allargarsi anche all'universo femminile con un importante incremento percentuale rispetto al 2010 dove solo il 5% dei senza dimora era donna. Si tratta per lo più di individui adulti, con un'età compresa tra i 30 e 60 anni (età media 44,9 anni), ma non mancano i giovanissimi; sono infatti 269 le persone senza dimora incontrate dai centri di ascolto delle Marche con meno di 30 anni. Le nazioni maggiormente rappresentate sono l'Italia con il 37,4% di tutti i senza dimora incontrati, seguita dalla Romania con il 14% e dal Marocco con il 10,9%.

A questo dettagliato dossier negli anni a venire sono seguiti altri "flash report" che hanno confermato la presenza significativa del fenomeno, identificando la questione abitativa e del disagio sociale come argomenti centrali e urgenti per la progettazione sociale nelle Regione Marche.

Dai dati di Caritas Marche infatti il numero di persone senza fissa dimora sta aumentando esponenzialmente, anche se, come detto in precedenza, tale aumento non è solo un segno quantitativo dell'allagarsi del fenomeno ma anche indicativo di un aumento di sensibilità del territorio su questa tematica e quindi una conseguenziale nascita di nuovi servizi dedicati a questa fascia di popolazione e quindi una maggior possibilità di rendicontarne il fenomeno.

I “flash report” di Caritas Marche stimano che nel 2018, presso i centri Caritas della Regione, siano passate almeno 2.560 persone senza fissa dimora, mentre per il 2019 ne sono state stimate 2.250.

Una riflessione a parte è dedicata al 2020, infatti come descritto dal *Fifth overview of Housing Exclusion in Europe* anche nel nostro territorio il numero di persone senza fissa dimora incontrate si è abbassato notevolmente grazie all'applicazione delle misure di emergenza attuate ed è stimato intorno alle 1.425 persone.

Per completare questa prima fase descrittiva sullo stato attuale della dimensione dei senza fissa dimora nella Regione Marche alcune Caritas, nel 2021, hanno partecipato a un sondaggio esplorativo che aveva l'obiettivo di fotografare maggiormente i servizi specifici attualmente presenti sul territorio. Per raccogliere queste informazioni sono state contattate le Caritas Diocesane della Regione Marche alle quali è stato chiesto di rispondere ai vari quesiti, dopo aver svolto una ricognizione sul proprio territorio di appartenenza. Una variabile molto importante da tenere in considerazione, utile a leggere meglio le informazioni raccolte e il loro valore, è quella legata al fatto che i mesi della pandemia oltre ad aver messo a dura prova il tessuto sociale mondiale hanno anche stressato notevolmente tutte le realtà che si sono adoperate per ridurre il danno sociale ed economico che questo difficile periodo sta tuttora portando, tutto ciò ha comportato che alcuni territori marchigiani non siano riusciti a svolgere una ricognizione dettagliata del proprio territorio.

Da quella che comunque possiamo definire una raccolta di dati e informazioni significativa possiamo ricavare numerosi argomenti di riflessione.

I risultati del sondaggio esplorativo, svolto tra le Caritas marchigiane, raccontano di un territorio che, anche nel campo dei servizi offerti alle persone senza fissa dimora, ha subito un duro colpo d'arresto per via della recente ondata pandemica. La ragione di questa prima osservazione sta nel numero di posti letto per una primissima accoglienza, disponibili ogni sera all'interno del territorio regionale.

In questa sede utilizziamo l'espressione “primissima accoglienza” per indicare tutti quei posti letto ad accesso diretto per persone in stato di bisogno estremo, quindi totalmente slegati da un percorso di progettualità o

presa in carico dell'ente che ha la titolarità della struttura; si tratta di posti letto di natura emergenziale che spesso trovano il loro criterio di accesso in riferimento alla capienza totale della struttura; sono luoghi in cui l'accoglienza è immediata ma anche a breve termine dai 5 a massimo 20 giorni.

Presso la Regione Marche, prima di febbraio 2020, ovvero il mese in cui è esplosa la pandemia anche sul suolo italiano, esistevano almeno 10 strutture di primissima accoglienza per una capienza totale di almeno 101 posti letto per ogni notte; purtroppo dopo tale data, le strutture che sono riuscite a continuare il loro prezioso servizio, riuscendo parallelamente anche a garantire l'adeguato rispetto di tutte le necessarie misure di sicurezza, sono rimaste solamente 6 per una capienza totale giornaliera di 41 posti letto. Questo dato, sebbene vada di pari passo con l'abbassamento del numero delle persone senza fissa dimora presenti nel nostro territorio mostra chiaramente il grande squilibrio tra il bisogno realmente presente e l'offerta attualmente disponibile. Per il 2020 Caritas Marche rendiconta che le notti garantite a persone in disagio abitativo sono state 70.000, divise tra le 18.000 fornite per la primissima accoglienza e 52.000 per un'accoglienza di più prolungata nel tempo, che potremmo definire di secondo livello.

In tutto il territorio regionale sono presenti, in modo capillare, altri servizi che potrebbero essere definiti come "servizi a bassa soglia" poiché apparentemente orientati semplicemente alla riduzione del danno, tuttavia sarebbe sbagliato considerare questi spazi solo in questi termini perché, soprattutto per il fenomeno che stiamo trattando, i "servizi a bassa soglia" risultano essere i punti di accesso principali per provare a proporre alla persona un nuovo percorso di empowerment e inclusione. L'erogazione di un servizio verso una persona senza fissa dimora è sempre, per l'operatore sociale, un'occasione fondamentale per la creazione di un nuovo spazio di confort per garantire la possibilità di un incontro nel rispetto dei tempi, dell'identità e della volontà della persona.

All'interno dei "servizi a bassa soglia", quello legato alla cura e distribuzione del vestiario è sicuramente molto presente su tutto il territorio regionale. Sono numerose le realtà che, in questi ultimi anni, si sono attrezzate oltre che dello storico servizio di raccolta di abiti usati e successiva distribuzione anche del lavaggio e mantenimento in buono stato dei capi donati. Per il 2020 i dati di Caritas Marche parlano di 6.500 interventi legati alla fornitura di vestiario.

Un altro servizio a bassa soglia messo a disposizione in maniera capillare in tutto il territorio regionale è il servizio legato all'igiene personale delle persone senza fissa dimora, infatti nonostante il lockdown, nel 2020 è stata messa a disposizione 3.400 volte la possibilità di farsi una doccia in un centro idoneo a tale servizio.

Infine, l'ultimo servizio annoverabile tra quelli a bassa soglia, è il servizio di distribuzione pasti che per esigenze legate alla pandemia non vede solo i pasti somministrati e consumati presso le mense per persone in stato di fragilità ma anche i pasti che vengono forniti da asporto. La problematica alimentare nella nostra Regione ha fatto sì che solo considerando le mense Caritas nel 2020 siano stati erogati 160.000 pasti. La questione alimentare non racconta solo una situazione di persone in condizioni di privazione economiche tale da non potersi permettere del cibo quotidianamente, ma racconta anche di persone che sebbene potrebbero avere un sufficiente margine economico per poter acquistare le materie prime necessarie non si trovano nella condizione di avere un'abitazione tale da poterle cucinare.

Un altro aspetto che si deve considerare è che spesso l'emergenza alimentare della nostra Regione non si traduce come la totale indisponibilità di accedere al cibo per un numero significativo di individui ma più realisticamente si traduce come la grande difficoltà per molte persone di poter consumare almeno un pasto completo una volta al giorno.

Come visto in precedenza, l'attenzione verso le persone senza fissa dimora è notevolmente aumentata negli ultimi anni e con essa anche la strutturazione di servizi pensati specificatamente per incontrare questo fenomeno. Negli ultimi anni, in tutta la Regione, sono nati per questa ragione 6 ambulatori Caritas che solo nel 2020 hanno fornito 17.000 visite mediche, seguite molto spesso dalla fornitura di un contributo economico da spendere in prestazioni sanitarie, esami specialistici e medicine.

Il tema dalla tutela sanitaria delle persone senza fissa dimora è tutt'oggi al centro del dibattito tra istituzioni e Terzo settore; gli ambulatori Caritas nascono infatti in funzione di una chiara situazione di bisogno poiché nel territorio nazionale non tutti hanno gli stessi diritti per accedere al sistema sanitario nazionale. Infatti sono molte le situazioni legate alle persone senza fissa dimora che per motivi legali, amministrativi e di mancata residenza impediscono l'accesso all'anagrafe sanitaria e di conseguenza alle prestazioni sanitarie nazionali. Solo a titolo esemplificativo si può notare che, per esempio, la possibilità di vedersi assegnare un medico di base non è una strada percorribile per chiunque soggiorni sul territorio nazionale, a volte, anche se di nazionalità italiana.

Tuttavia gli ambulatori sociali, come quelli promossi da Caritas, non nascono solo con l'obiettivo di erogare prestazioni sanitarie in favore delle persone più svantaggiate ma trovano la loro origine anche nel difficile campo della prevenzione che a sua volta si può distinguere in prevenzione clinica e culturale.

Le azioni di prevenzione clinica comprendono tutte quelle prestazioni sanitarie e screening preventivi, spesso consigliati dai principali organi na-

zionali che si occupano di salute pubblica, ma che altrettanto spesso risultano inaccessibili alle persone che vivono in stato di marginalità sociale.

Le azioni di prevenzione a livello culturale racchiudono tutte le iniziative proposte dagli ambulatori Caritas per informare e formare le persone ad una cultura più attenta alla cura del sé. Questo tipo di azioni possono riguardare determinati gruppi sociali presenti nella nostra società o essere orientati verso tutta la popolazione, come per esempio, le numerose iniziative organizzate per promuovere una sensibilità critica alla vaccinazione anti Covid-19 nelle persone senza fissa dimora.

Un'altra importante azione dei medici e infermieri volontari che prestano servizio in queste strutture e di tipo orientativo; sono infatti numerosi i casi di persone che si rivolgono agli ambulatori sociali non sapendo di avere dei diritti nei confronti dei servizi pubblici e spesso per facilitare una presa in carico della persona da parte del sistema sanitario nazionale è determinata un'attività di orientamento e facilitazione dei processi amministrativi.

14.2. Pandemia e prospettive di lavoro futuro

I servizi appena descritti possono essere considerati come le azioni principali messe in campo in tutta la Regione Marche per conoscere e contrastare il fenomeno delle persone senza fissa dimora e sebbene i servizi erogati non coincidano concettualmente e realmente con i potenziali bisogni rilevabili e attualmente presenti, possono comunque essere considerati come una importante piattaforma di partenza per costruire nuovi spazi di progettazione, in particolare partendo dalle criticità che emergono nella loro attuazione e in relazione all'incontro individuale con persone beneficiarie dei vari interventi.

Oltre a questo importante punto di partenza, il nostro territorio, come il resto del mondo, risente tuttora delle conseguenze della pandemia da Covid-19 e oltre all'ampia letteratura che ne sta raccontando i danni e le difficoltà che, anche in campo sociale, stanno affrontando operatori e beneficiari dei vari progetti, il drammatico evento pandemico è stato per molti aspetti uno strumento di lettura sociale molto efficace, poiché ha evidenziato in modo estremamente potente tutte le criticità e tutte le risorse che il "sistema sociale" in cui viviamo aveva e che in parte non riusciva a esplicitare.

Sono numerosi gli aspetti sui quali operatori sociali, istituzioni e volontari si sono trovati a riflettere in questo particolare periodo storico; situazioni in cui a volte è stato necessario porre un rimedio di tipo emergenziale, altre volte progettare e co-progettare nuove strategie e linee di indirizzo

mentre purtroppo in alcuni casi non esistono tuttora delle prospettive di cambiamento.

Un primo fattore messo in evidenza dalla pandemia è sicuramente il grave e a volte contraddittorio vuoto legislativo nel quale vivono molte persone che passano stabilmente il loro tempo in Italia. Anche nella Regione Marche, le persone incontrate nei diversi sportelli sociali sono individui con situazioni documentali complesse e spesso difficilmente sanabili.

Una delle problematiche principali che si incontra nei punti di accesso e relativi servizi è quella di persone che non riescono ad accedere all'iscrizione presso l'anagrafe comunale della città in cui sono stanziali. Il mancato riconoscimento di una residenza legale complica decisamente, per l'individuo in questione, la possibilità di fruire dei servizi pubblici di base a partire, come dicevamo in precedenza, dall'iscrizione all'anagrafe sanitaria, fino ad arrivare all'impossibilità di ricevere una presa in carico da parte dei servizi sociali e dei servizi sanitari locali come potrebbe essere il servizio di dipendenze patologiche. Oltre a queste considerazioni va aggiunto che persone senza residenza sono escluse dalla platea dei potenziali beneficiari del reddito di cittadinanza, misura prevista dal Governo italiano come uno dei principali strumenti utili a contrastare il fenomeno della povertà estrema in Italia.

Un'altra grave problematica connessa alla situazione documentale e legale delle persone incontrate dagli operatori sociali è legata al numero significativo di persone extracomunitarie, spesso soggiornanti da lungo periodo in Italia, che per vari motivi si sono visti scadere e non rinnovare il loro diritto di permanenza sul suolo italiano, rendendo a dir poco impossibile ogni forma e tentativo di inclusione sociale. Un individuo extracomunitario che permane in Italia senza un regolare permesso di soggiorno non solo non può essere beneficiario di forme di aiuto e presa in carico pubblica, ma si trova nelle condizioni di non poter ricevere nessun contratto di lavoro e di non poter firmare nessun regolare contratto d'affitto.

Durante questi ultimi due anni la problematica appena descritta è uscita ancora di più allo scoperto; infatti, per fronteggiare la grave crisi pandemica il Governo italiano e a scendere tutte le altre Istituzioni locali, hanno istituito numerose misure per cercare di tutelare tutte le persone e nuclei familiari in condizioni di difficoltà economica. Uno dei problemi principali di queste misure è stato nella definizione dei criteri di accesso, che spesso e volentieri, inseriva la residenza come un punto fondamentale per accedere al beneficio, tagliando fuori di netto la parte di popolazione sopra descritta.

Solo a titolo esemplificativo possiamo ritrovare questo genere di criterio nella misura nazionale denominata "reddito di emergenza" pensata per sostenere tutti i nuclei familiari e singoli individui che non avrebbero avuto

accesso ad altre misure precedentemente stanziato dal Governo e misura alla quale avrebbero potuto accedere anche persone che in quel periodo erano costrette a svolgere un lavoro non regolarmente contrattualizzato.

Un'altra iniziativa simile al "reddito di emergenza" è stata la distribuzione dei voucher spesa, misura economica finanziata dal Governo e spesso implementata dagli enti Locali, che ha consentito ai vari Comuni italiani di distribuire tra la popolazione meno abbiente dei voucher prepagati per poter acquistare dei beni di prima necessità subito dopo il periodo di lockdown generale. In quasi tutti i Comuni italiani i voucher sono stati distribuiti tra la popolazione residente, escludendo quindi tutte le persone che nonostante la loro permanenza in un territorio specifico non avevano in quel momento un'iscrizione presso un'anagrafe.

Tutte queste misure e progetti di aiuto, oltre a essere stati fondamentali per una parte di popolazione, hanno purtroppo un'altra cosa in comune, ovvero quella di aver evidenziato la presenza di una categoria sociale che come abbiamo visto era già conosciuta, ma forse non così nota per l'intera popolazione, ovvero la categoria degli "ultimi degli ultimissimi"; paradossalmente ci stiamo trovando nella situazione in cui le persone che vivono il momento di difficoltà più profondo non hanno la possibilità di ritrovare un appiglio istituzionale per provare a risollevare la propria situazione perché privi di requisiti di accesso e le misure messe in campo dalle Istituzioni non fanno altro che distanziare la forbice sociale.

Una prima sfida per i prossimi anni sarà dunque necessario giocarla nel campo del riconoscimento dei diritti delle persone senza fissa dimora, avvicinandosi alla questione, anche dal punto di vista legale e amministrativo con delle prospettive innovative che sappiano intravedere delle strade di accesso alla presa in carico istituzionale anche per le categorie di persone appena descritte.

Fino ad oggi, molte realtà del Terzo settore hanno giocato un ruolo di rilievo estremamente significativo nell'accogliere il fenomeno delle persone senza fissa dimora e nell'elaborazione di progetti e servizi per contrastare tale fenomeno. Tuttavia spesso la complicata situazione documentale delle persone incontrate ha reso impossibile un'integrazione pubblico – privato nei progetti di sostegno.

Un punto di partenza molto interessante, che tanti Ambiti Sociali Territoriali stanno iniziando a percorrere, è la strada della co-programmazione e co-progettazione, ovvero la strada che parte dal presupposto che chi opera in alcuni settori specifici, oggetto della futura progettualità, ha una riconosciuta esperienza e conoscenza del fenomeno e tale esperienza può essere messa al centro di una fruttuosa collaborazione tra pubblico e privato ed essere la base per la costruzione di strade nuove da percorrere. La possibilità

di creare le fondamenta per una sana collaborazione tra due mondi che spesso si occupano delle stesse cose, ma a volte lo fanno parallelamente, è alla base della possibilità di costruire progetti di innovazione sociale, quando per innovazione intendiamo soprattutto la capacità di creare valore combinando in modo nuovo gli elementi che spesso sono già presenti nel nostro territorio.

Ritornando a studiare il fenomeno pandemico come una grande lente di ingrandimento sulle tematiche sociali attualmente presenti nella Regione Marche è emerso il fatto che spesso il sistema regionale, visto come l'insieme della realtà che lavorano nel campo delle persone senza fissa dimora, opera in modalità poco coordinata e non troppo dialogante mentre non si può fare a meno di notare come questo periodo di emergenza abbia creato occasioni di relazione più stretta per i vari stakeholder; sia per fare advocacy nei confronti delle istituzioni sia perché la pandemia ha talmente scombinate le progettualità da mettere in crisi chiunque portava avanti le proprie attività in modo più distaccato dalla rete.

L'immagine che ne possiamo ricavare, dopo più di un anno di crisi pandemica-sociale, è quella di una serie di realtà estremamente meritorie che tuttavia hanno fatto da sempre fatica a dialogare fra loro, scambiarsi prassi, idee, rilevazioni statistiche, condivisione di significati e analisi dei bisogni. Nel periodo pre-pandemia, ad esempio, le regole di accesso alle varie strutture di primissima accoglienza, anche se in minima parte, erano una diversa dall'altra nella definizione della modalità di accesso, requisiti di accesso, gestione della quotidianità e tempi di possibile permanenza. Il periodo di emergenza nazionale ha messo in luce come spesso ciascuna realtà si sia trovata isolata nel dover gestire le nuove problematiche, a dover prendere decisioni urgenti e a proporre nuovi servizi per affrontare nuovi bisogni percepiti. Spesso i gruppi che si occupano di persone senza fissa dimora sono composti maggiormente da personale volontario che tendenzialmente ama spendere il suo tempo nell'erogazione diretta di un servizio alla persona e con più difficoltà si dedica alla sistematizzazione delle informazioni, all'integrazione dei processi e allo studio dei nuovi bisogni.

La constatazione della situazione attuale non può che aprire scenari molto interessanti per il futuro. Alla luce di quanto descritto, una delle sfide principali del territorio regionale non potrà che essere quella di promuovere un'integrazione permanente tra le realtà che operano con la fragilità estrema basata principalmente su almeno tre punti chiave.

Il primo punto potrebbe essere quello di costruire un osservatorio permanente e integrato che sappia delineare piste di lavoro progettuale provenienti dall'individuazione dei bisogni estrapolati, da un'attività di analisi sociale permanente, da una costante condivisione dei dati e da una parallela

rilevazione delle numerose risorse già presenti in tutto il territorio regionale. Sono state molte le realtà che in conseguenza alla rivoluzione generata dalla crisi improvvisa, si sono trovate ad affrontare le nuove e vecchie forme di disagio sociale senza avere degli strumenti di lettura del fenomeno e elementi per poter intercettare i bisogni prima che gli stessi diventino troppo grandi. Una regia condivisa, seppur nel rispetto delle singole realtà territoriali, aiuterebbe non solo a migliorare l'efficienza degli interventi sociali ma soprattutto l'efficacia di quest'ultimi.

Un secondo punto chiave trova le sue fondamenta nella possibile costituzione di un tavolo permanente che ponga la sua attenzione non solo sulle progettualità per lavorare sul fenomeno ma soprattutto sui significati. Solo un confronto permanente sulle finalità delle attività promosse, sulle idee che si possono attribuire ai concetti cardine presenti nel campo della marginalità come ad esempio per i termini accoglienza, autonomia, casa e altri ancora, faciliterebbe la possibilità di creare una prospettiva comune e condivisa per una coprogettazione regionale e territoriale nel medio e lungo periodo.

Infine, sarebbe necessaria una maggior attenzione nei confronti di una messa in rete strumentale di tutti i servizi e progetti che sono attualmente presenti nella Regione Marche. Una condivisione in tempo reale renderebbe più leggibile il fenomeno, garantirebbe una maggior possibilità di orientare le persone senza fissa dimora e creerebbe un'occasione di dialogo costante tra tutte le realtà territoriali.

Un'altra significativa osservazione che si può estrapolare alla luce dello studio del fenomeno pandemico è stata fornita dall'analisi dei dati quantitativi del 2020, in particolare quelli che hanno cercato di quantificare il numero delle persone senza fissa dimora. Come si è precedentemente notato tale numero si è significativamente ridotto ovunque.

In tutto il territorio nazionale a partire dal marzo 2020 sono nati diversi progetti di sistemazione abitativa emergenziale per molte delle persone che in quel momento si trovavano senza la possibilità di alloggiare in un luogo adeguato. Le strutture di primissima accoglienza, durante quel periodo, hanno modificato radicalmente la loro attività, chiudendo l'accesso a nuovi ingressi e vincolando la possibilità di rimanere presso la struttura solo per le persone che in quel momento ne erano ospitate. Le strutture infatti non erano attrezzate né strutturalmente per affrontare necessari periodi di quarantena né a livello diagnostico, senza quindi la possibilità di accedere facilmente a test rapidi per individuare un eventuale presenza di Covid-19. In questo modo si è riusciti ad offrire una soluzione preziosa a molte persone che non avrebbero saputo dove ripararsi ma parallelamente a questo, tutti quelli che in quel momento non avevano un alloggio sono rimasti spaesati e

senza soluzioni. Fortunatamente molte realtà territoriali hanno stipulato convenzioni specifiche con strutture alberghiere riuscendo così a ridurre al minimo tale fenomeno.

In molte strutture, in cui la gestione era quasi totalmente in mano al volontariato, sono emersi anche problemi di gestione ordinaria delle attività, poiché l'imperversare della pandemia ha fatto sì che parte del personale volontario venisse meno al proprio servizio, causando preoccupanti deficit nella gestione della struttura. Case di primissima accoglienza che fino a quel momento si basavano sulla supervisione quotidiana e spesso anche notturna da parte di volontari, strutture in cui spesso l'accesso alla cucina era appannaggio del personale che ne garantiva la produzione dei pasti principali, si sono ritrovate da un giorno all'altro costrette a privilegiare soluzioni innovative per la gestione ordinaria, richiedendo un maggior livello di autogestione da parte delle persone beneficiarie del servizio.

A partire da queste osservazioni si evince il fatto di essere all'interno di un'opportunità mai avuta prima per poter intraprendere nuovi percorsi abitativi con le persone che attualmente versano in grave stato di marginalità, poiché per la prima volta dopo tantissimi anni, anche se per via di un evento decisamente drammatico, la mobilità delle persone è cambiata e forse, siamo proprio nel periodo giusto per sostenere sul territorio marchigiano un maggior numero di progetti basati sul concetto di Housing First, abbandonando quello stile di accoglienza emergenziale finalizzato solo a un contenimento del problema individuale e non alla sua potenziale soluzione.

Per capire che cosa sia l'Housing First si può partire dalle considerazioni presenti nelle "linee di indirizzo per il contrasto alla grave emarginazione adulta in Italia" predisposte dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel 2015 in cui è evidente il tentativo di superare un approccio di tipo emergenziale in favore di strategie più strutturate. I concetti chiave sui quali si basa l'Housing First sono sostanzialmente legati alla possibilità di fornire alla persona un accesso stabile, sicuro e confortevole presso un'abitazione e strutturare un servizio di presa incarico individualizzata e continuativa nel tempo. In Italia, grazie anche alla sperimentazione promossa dalla fio.PSD tra il 2014 e il 2016 si stanno diffondendo progetti di questo genere e i dati rilevati attraverso uno studio dell'Osservatorio fio.PSD (Cortese 2020) mostrano che al 31 luglio 2019, su un campione di 21 progetti attuati sono state accolte più di 350 persone e che esperienze di Housing First si stanno diffondendo in tutta la penisola.

Il principale elemento di rottura con i servizi emergenziali e residuali è la pratica della "presa in carico" della persona in stato di bisogno da parte di un operatore adeguatamente preparato è in grado di instaurare una relazione personale di aiuto continuativa, finalizzata a far raggiungere a chi è in

stato di bisogno il maggior grado di autonomia possibile, così da poter riprendere un controllo attivo della propria vita. Partendo dal presupposto che la condizione di persone senza fissa dimora non si esaurisce nell'assenza di dimora, tali approcci riconoscono che la persona in stato di bisogno sia priva di specifici punti di riferimenti esterni e/o non abbia le risorse necessarie per far fronte ai suoi bisogni. (Celardi, Rinaldi 2021).

Nel panorama internazionale sono ormai molti gli studi che argomentano sulla reale efficacia del modello housing first in termini di costi e benefici, riportando come il numero di persone senza fissa dimora incluso in questo tipo di progetti sia superiore a quello di persone inserite in programmi che adottano approcci tradizionali, ma soprattutto si è visto come l'80% delle persone senza dimora croniche che hanno un'elevata necessità di assistenza, dopo essere state inserite in progetti di housing first riescono a rimanere in un'abitazione in maniera stabile riducendo anche di conseguenza i costi relativi ai servizi di emergenza a cui erano soliti rivolgersi in precedenza.

È altrettanto vero che il grande livello di efficacia raggiunto dai progetti Housing First non può essere in nessun modo svincolato da una sensibilità costante del territorio poiché anche i progetti innovativi e promettenti necessitano di essere inseriti in un contesto più ampio e articolato di servizi per la prevenzione e il contrasto al fenomeno delle persone senza fissa dimora e in un ambiente culturalmente pronto ad approcciarsi al fenomeno in modo nuovo.

Tutte le sfide che in futuro potremmo intraprendere su questo tema come istituzioni, operatori sociali o liberi cittadini dovrebbero portarci ad includere al loro interno la fatica di vedere le cose in modo nuovo ma soprattutto di vederle in modo più ampio e articolato riuscendo quindi a considerare sempre tutte le possibili risorse; che siano le potenzialità di un'associazione o le abilità di un singolo individuo beneficiario di un progetto, per strutturare, integrare e interconnettere al fine di lavorare per garantire la tutela della dignità e dei diritti dei più fragili.

Riferimenti bibliografici

- Avonto C., Consoli T., Cortese C. (2018) "La grave emarginazione adulta" in Caritas, *Povertà in attesa*. Rapporto Caritas Italiana 2018 su povertà e politiche di contrasto, pp. 76-81
- Barnao C. (2004), *Sopravvivere in strada. Elementi di sociologia della persona senza dimora*, FrancoAngeli, Milano.
- Bauman Z. (2007), *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*, Laterza, Bari.

- Bendixen A. (2008), *Chicago housing for health cost analyses*, Paper presented at the Third National Housing and HIV/AIDS Research Summit, Baltimore, MD.
- Caritas (2018), *La Povertà in attesa*, Rapporto Caritas Italiana 2018 su povertà e politiche di contrasto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Commissione di Indagine sui temi della povertà (1985), *La povertà in Italia*, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.
- Commissione Europa (2010), *European Platform against Poverty and Social Exclusion Communication*, COM (2019) 758 final. European Commission, Brussels.
- Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia. Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli Milano.
- Cortese C. (a cura di) (2016), *Scenari e pratiche dell'Housing First. Una nuova via dell'accoglienza per la grave emarginazione adulta in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Cortese C. (2020), *La Casa, il primo passaggio per lasciare la strada. 350 persone lo testimoniano grazie all'Housing First*, Welforum.it. Osservatorio nazionale sulle politiche sociali, 20 febbraio.
- Cortese C., Zanerolla A. (2016), *Housing First: una sfida per il contrasto alla grave marginalità e l'accesso alla casa anche in Italia*, "Autonomie locali e servizi sociali", 39 (1), pp. 179-193.
- Daly M. (1992), *European Homelessness: The Rising Tide*, First Report of the European Observatory on Homelessness, European Federation of National Organizations Working with the Homelessness (FEANTSA), Brussels.
- FEANTSA (2005), *ETHOS European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*, Bruxelles, www.feantsa.org.
- FEANTSA (2007), *ETHOS – Classificazione Europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persone senza dimora*, www.feantsa.org/download/it.
- FEANTSA, Foundation Abbè Pierre (2019), *Fourth Overview of Housing Exclusion in Europe 2019*, Bruxelles, www.feantsa.org/fr/report/2019/04/01/the-fourth-overview-of-housing-in-europe-2019.
- FEANTSA, Foundation Abbè Pierre (2020), *Fifth Overview of Housing Exclusion in Europe 2020*, Bruxelles, www.feantsa.org/en/report/2020/07/23/fifth-overview-of-housing-exclusion-in-europe-2020.
- fio.PSD (2020), *I servizi ai tempi del Covid-19*, www.fiopsd.org
- fio.PSD (2019), *L'incontro con i territori: Ripensare il sistema per la grave marginalità adulta*, intervento presentato in occasione dell'Evento annuale PON Inclusione FSE 2014-2020, Torino 26 novembre, www.fisio.org/evento-pon-2019/.
- fio.PSD, UniBO (2020), *Monitoraggio Avviso 4/2016. Il contrasto alla grave emarginazione adulta e alla condizione di senza fissa dimora*, intervento presentato in occasione della riunione annuale di riesame del FEAD, Roma 18 febbraio.
- Hastings C. (2020), *Homelessness and critical realism: a search for richer explanation*, "Housing Studies", pp.1-21.
- Hirsch E., Glasser I. (2008), *Rhode Island Housing First's Program Evaluation*, <http://shnny.org/research/supportive-housing-in-rhode-island/>.
- HUD (2007), *Defining Chronic Homelessness: A Technical Guide for HUD Programs*, US Department of Housing and Urban Development, Washington, DC.

- ISTAT (2011), *Le persone senza dimora*, www.istat.it - www.fio.prd.org
- ISTAT (2012), *Le persone senza dimora. Anno 2011*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, www.istat.it/files/2012/10/Senza_dimora_9_10_2012-1.pdf
- ISTAT (2014), *Le persone senza dimora*, www.istat.it - www.fio.prd.org
- ISTAT (2015), *Le persone senza dimora. Anno 2014*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma, www.istat.it/files/2015/12/ Persone senza dimora.pdf?title=Le+persone%2ne+senza+dimora+-+10%2Fdic%2F2015+-+Testo+Integrale.pdf.
- Kertesz S.G., Crouch K., Milby J.B., Cusimano R.E., Schumacher J.E. (2009). *Housing First for Homeless Persons with Active Addiction: Are We Overreacting?*, "The Milbank Quarterly", 87 (2). pp 495-534.
- Marpsat M. (2005), *The problem of definitions: points of similarity and difference*, Paper to the CUHP Thematic Network Conference, Brussels.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2015), *Le linee di Indirizzo per il Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta in Italia*, www.lavoro.gov.it/teme-priorita/poverta-ed-esclusione-sociali/focus-on/Poverta-estreme/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2016), *Avviso Pubblico n. 4/2016*, www.lavoro.gov.it/Amministrazione-Trasparente/Bandi-gara-e-contratti/Documents/Avviso-n-4-2016-FEAD-PON.pdf.
- Padgett D.K. (2007), *There's no place like (a) home: ontological security among persons with serious mental illness in the United States*, "Social Science and Medicine", 64, pp. 1925-1936.
- Pellegrino M., Verzieri N. (a cura di) (1991), *Né tetto né legge. L'emarginazione grave, le nuove povertà. I "senza fissa dimora"*, Edizione Gruppo Abele, Torino.
- Pleace N (2011), *The Ambiguities, Limities and Risks of Housing First from a European Perspective*, "European Journal of Homelessness" 5 (2) pp. 113-127.
- Pleace N. (2016), *Reaserching Homelessness in Europe: Theoretical Perspectives*, "European Journal of Homelessness", pp19-44.
- Saraceno C. (2015), *Il lavoro non basta: la povertà in Europa negli anni della crisi*, Feltrinelli, Milano.
- Sgritta G.B. (a cura di) (2010), *Dentro la crisi. Povertà e processi di impoverimento in tre aree metropolitane*, FrancoAngeli, Milano.
- Stefanic A., Tsemberis S. (2007), *Housing First for long-term shelter dwellers with psychiatric disabilities in a suburban county: a four year study of housing access and retention*, "Journal of Primary Prevention", 28, pp. 265-279.
- Tosi A. (1994), *Abitanti. Le nuove strategie dell'azione abitativa*, Il Mulino, Bologna.
- Tosi A. (1999), "Homelessness and the Housing Factor: Learning from the Debate on Homelessness and Poverty", in Avramov D., *Coping with Homelessness*, Ashgate, Aldershot, pp.103-126.
- Tosi A. (2017), *Le case dei poveri: è ancora possibile pensare un welfare abitativo?*, Mimesis, Milano-Udine.
- Tsemberis S., Gulcur L., Nakae M. (2004), *Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis*, "American Journal of Public Health", 94, pp. 651-656.

Allegato 1

Durante la situazione pandemica qualsiasi tipo di dato legato a strutture di accoglienza non può essere preso come certo. È ormai noto che le numerose variabili contestuali hanno modificato in modo significativo le potenzialità di accoglienza di tutte le strutture. La tabella mostra dunque il numero di posti per i quali le case di accoglienza presenti nella Regione Marche sono accreditate, non indicando al contrario i posti potenziali che possono essere messi a disposizione in questo periodo, in futuro e quelli che sono stati messi a disposizione durante la relativa fase pandemica. Nonostante questo si è ritenuto utile un suo riferimento, in quanto, anche se con i limiti sopra descritti, può fornire una base di partenza per la costruzione di un punto di vista, anche in funzione della programmazione delle progettazioni sociali future.

STRUTTURE RESIDENZIALI ATTUALMENTE ACCREDITATE PRESSO LA REGIONE MARCHE COPN LA DENOMINAZIONE DI CPPAA - Centro di Pronto Accoglienza per Adulti			
Denominazione	Ospitalità posti letto	Indirizzo sede	Comune
CENTRO DI SOLIDARIE-TA' "B.L. PALAZZOLO"	20	PIAZZALE DELLA VITTORIA, 24	SENIGALLIA
CASA DELLE GENTI	16	VIA CASCAMIFICIO, 1	JESI
SOCIETA' SAN VINCEN-ZO DE PAOLI - CASA DI ACCOGLIENZA	10	VIA MAMIANI, 40	FABRIANO
MENSA DEL POVERO	7	VIA PADRE GUIDO, 5	ANCONA
UN TETTO PER TUTTI - ISTITUTO EX BENINCA-SA	20	VIA FLAMINIA, 52	ANCONA
CASA DI ACCOGLIENZA "LA TENDA DI ABRAMO" ONLUS	13	VIA FLAMINIA, 589	FALCONARA MARITTIMA
CASA DI ZACCHEO	11	VIA ASTAGNO 74	ANCONA
CASA DI ACCOGLIENZA DILVA BARONI ONLUS	16	VIA COLLE AMENO 3	ANCONA
CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA PEER ADULTI PAPA GIOVANNI XXIII	7	VIA VANDACCIO S.N.C.	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA "MONSIGNOR GERVASIO GESTORI"	19	VIA MADONNA DELLA PIETA', N.111	SAN BENEDETTO DEL TRONTO
CENTRO PRONTA ACCOGLIENZA ADULTI CARITAS	10	VIA DEL GIORDANO, 46	ASCOLI PICENO

CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA IL SAMARITANO	15	VIA DEL PALO 10	PORTO SANT'ELPIDIO
CENTRO DI PRONTA ACCOGLIENZA PER ADULTI "GIAMPIERO CACCHIARELLI"	10	VIA RAMPÀ ZARA, 13/15	MACERATA
CENTRO DI ACCOGLIENZA "G. BELLI"	6	VIA BENEDETTO SILVIO	TOLENTINO
CENTRO DI ACCOGLIENZA "G. BELLI"	8	VIA BENEDETTO SILVIO	TOLENTINO
CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA PER ADULTI	7	VIA PICCIOLA,10	PESARO
CASA MARIOLINA	7	VIA DELL'ACQUEDOTTO, 23	PESARO
CASA TABANELLI	19	VIA LARGO TORINO S.N.C.	PESARO
OPERA PADRE PIO - CENTRO DI ACCOGLIENZA PADRE VALERIO	11	VIA MALVEZZI 8	FANO

15. *La distribuzione di pasti e alimenti*

di *Andrea Mancini**

L'immagine più ricorrente in assoluto, all'interno dello scenario delle politiche di aiuto e inclusione, è senza dubbio legata alla distribuzione e rigenerazione dei beni alimentari. Probabilmente in essa si racchiude gran parte dello spirito comunitario verso la complessa lotta contro la povertà estrema e verso il critico compito di rimuovere alla base le cause dei fattori che producono disuguaglianza sociale.

Tuttavia, trattare un argomento così ampio impone obbligatoriamente la scelta di porre l'attenzione solo su alcuni aspetti, tralasciandone purtroppo altri di pari importanza. In questo spazio di riflessione proveremo ad affrontare la questione alimentare illustrando le principali azioni messe in campo dalla Comunità Europea con una ricaduta sull'intero territorio nazionale, per poi analizzare l'operato regionale di una delle organizzazioni capofila per i progetti di distribuzione alimentare, la Fondazione Banco Alimentare. Solo dopo aver definito il panorama nazionale si cercherà di fornire alcune informazioni di carattere regionali con relative argomentazioni utili allo sviluppo di progettazioni future.

15.1. Comunità Europea e territorio nazionale

Il tutti questi anni la Comunità Europea si è dimostrata l'Istituzione più sensibile ai temi di contrasto alla povertà e per questo motivo, ai giorni d'oggi, possiamo contare principalmente su due fondi strutturati provenienti dalla Comunità Europea: il Fondo Sociale Europeo, che tramite l'Obiettivo n. 9 (Promuovere l'inclusione sociale e lottare contro la povertà e qualsiasi discriminazione) ha uno specifico obiettivo dedicato all'inclusione so-

* Coordinatore Caritas di Pesaro.

ciale, e il Fondo di Aiuti Europei agli Indigenti (FEAD), ovvero un fondo destinato a fornire aiuti materiali alle persone in condizione di povertà estrema. Il FEAD per il periodo 2014-2020 ha previsto un budget di 3,8 miliardi di euro e si colloca in continuità con i progetti nell'ambito della Politica Agricola Comune e con il Programma per la distribuzione di derrate alimentari agli indigenti (PEAD) entrambi risalenti agli anni Ottanta.

Il FEAD nasce non solo con l'obiettivo di ottenere un efficientamento nella gestione dei beni alimentari e una più corretta ed equa distribuzione ma soprattutto con la forte aspirazione di promuovere la coesione sociale, rafforzare l'inclusione e contribuire a ridurre la povertà estrema alleviando le forme più gravi di deprivazione.

All'interno del FEAD esistono due distinte tipologie di Programmi Operativi (PO): il "Programma Operativo per la fornitura dei prodotti alimentari e/o assistenza di base" (PO I) che sostiene la distribuzione di aiuti alimentari e/o la fornitura di assistenza materiale di base alle persone indigenti; questo programma ha previsto una dotazione complessiva per il 2014 - 2020 di 788 milioni di euro; mentre il secondo programma finanziato dal FEAD ha l'obiettivo di sostenere misure di inclusione sociale per le persone in condizioni di grave deprivazione non in grado di usufruire delle misure di inclusione attiva tradizionalmente ed è denominato "Programma Operativo per l'inclusione sociale delle persone indigenti" (PO II).

Il Programma Operativo italiano prevede due misure di intervento: la misura "Povertà alimentare" e la misura "Deprivazione materiale dei senza dimora e altre persone fragili". La prima misura ha previsto uno stanziamento di 699 milioni di euro e riguarda l'acquisto e la distribuzione di aiuti alimentari, mentre la seconda ha una dotazione di 50 milioni di euro ed è dedicata alla realizzazione di interventi a bassa soglia per rispondere ai bisogni delle persone senza dimora e di coloro che vivono in grave condizione di deprivazioni e marginalità.

Gli aiuti alimentari sono gestiti da OP (organizzazioni partner) e si dividono tra organizzazioni del Terzo settore, enti ecclesiastici e organizzazioni pubbliche accreditate presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ovvero il luogo in cui ha sede l'Autorità di Gestione del Programma, inserita all'interno della Direzione Generale Lotta alla povertà e programmazione sociale.

Il modello organizzativo delle OP prevede tre diversi livelli di intervento; il primo livello è nazionale e riguarda le Organizzazioni partner Nazionali (OPN) che coordinano gli interventi dell'intera rete territoriale; il livello intermedio prevede la presenza di OPC ovvero Organizzazioni partner Capofila che coordinano le attività di distribuzione attivate nei territori, mentre l'ultimo livello riguarda la gestione locale, ovvero la distribuzione

degli aiuti alimentari e delle azioni di accompagnamento sociale previste dal progetto, ed è a carico delle Organizzazioni partner Territoriali, altrimenti dette OPT.

Le OPN che attualmente partecipano alla distribuzione dei prodotti finanziati a valere sui fondi Fed sono 6: Associazione Banco Alimentare Roma, Banco delle Opere di Carità, Caritas italiana, Comunità di Sant'Egidio, Croce Rossa Italiana, Fondazione Banco Alimentare, mentre le Organizzazioni partner Capofila (OpC) sono 197 e le Organizzazioni partner Territoriali (OpT) arrivano a 10.194.

Nell'ambito del Piano Operativo per il monitoraggio della misura "Povertà Alimentare" è stato adottato un sistema informativo denominato SIFEAD dal quale si riescono ad estrapolare alcuni dati aggiornati al 31 dicembre 2019. Sifead mostra come le Organizzazioni partner attive a livello locale siano complessivamente 10.391 (OpC + OpT) e che il 58% di queste realtà siano registrate come enti ecclesiastici civilmente riconosciuti e che nella loro mission hanno specificatamente l'obiettivo di indirizzare i loro principali interventi alla fine di ridurre la povertà e il disagio sociale.

I dati Sifead dicono inoltre che il 38% delle Organizzazioni partner sono enti del Terzo settore divisi fra organizzazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale, associazioni non riconosciute, cooperative sociali e fondazioni mentre solo il 4% delle realtà totali sono organismi pubblici che si dividono fra Comuni e comitati della protezione civile.

Un altro dato molto interessante mostra come la distribuzione delle Organizzazioni partner privilegi il maggior numero di presenza nella zona meridionale dell'Italia e nelle isole, per un complessivo 47% rispetto al totale, mentre le restanti si dividono fra centro e nord Italia. Questo dato è in linea con le informazioni fornite dall'Istat relativamente ai dati del 2019 in cui vengono conteggiati 2 milioni e 350mila individui in condizione di povertà assoluta presenti nelle medesime zone, ovvero il 46,7% della totalità della popolazione che in Italia vive in condizioni estremamente precarie.

Continuando a prendere come riferimento i dati disponibili per l'anno 2019, riusciamo a ricavare la prima immagine quantitativa della platea totale dei beneficiari di aiuti umanitari europei e ministeriali attraverso l'operato delle Organizzazioni partner Territoriali: gli aiuti alimentari FEAD hanno raggiunto 2.078.457 persone, delle quali 430.7822 sono minori con una età inferiore ai 15 anni, mentre le persone senza dimora rientrate all'interno dei servizi offerti dal FEAD risultano essere complessivamente 68.165.

Si può dunque affermare che le realtà che gestiscono la distribuzione FEAD hanno costantemente occasione di incontro con la multidimensionalità della povertà e con persone afferenti a più tipi di bisogni; questa pluralità di situazioni incontrate trova un supporto nelle diversificate forme di

possibilità di distribuzione alimentare che il FEAD propone. Infatti il programma di distribuzione degli aiuti FEAD prevede cinque specifici canali di distribuzione, che erogano gli aiuti alle persone e alle famiglie in difficoltà; nel dettaglio, stiamo parlando di distribuzione tramite pacchi alimentari, gestione di empori sociali, distribuzione di pacchi spesa a domicilio, servizio mensa e unità di strada. Sarà cura di questo contributo provare a descrivere brevemente queste modalità di approccio alla questione alimentare concentrandosi in particolare sulla modalità di accesso a questi servizi, sulla tipologia di distribuzione, sulla fotografia quantitativa del fenomeno e relativa riflessione sulla principale utenza di riferimento e potenzialità delle misure di accompagnamento affini al servizio.

Tuttavia, prima di procedere con le riflessioni principali a proposito delle attività a carico delle OpC presenti nella Regione Marche, si ritiene opportuno approfittare della preziosa collaborazione della dottoressa Angela Tringali, direttrice della Fondazione Banco Alimentare Marche, grazie alla quale riusciamo a inserire un importante focus su una delle principali organizzazioni partner della regione Marche.

15.2. Banco Alimentare Marche¹

La distribuzione di pasti e alimenti

L'aiuto alimentare caritatevole affonda le proprie radici in profondità nella storia e nel tessuto della solidarietà sociale in Italia. Offrire cibo è la forma di aiuto più concreta ed immediata per rispondere ad un bisogno, quello di nutrirsi, che spesso non può attendere di essere soddisfatto. L'aiuto alimentare è inoltre il primo gradino della presa in carico della complessità dei bisogni della persona.

È in questo contesto che opera la Fondazione Banco Alimentare Marche Onlus, ente non profit nato nel 1993 per rispondere alla domanda di cibo da parte di persone bisognose, trasformando lo spreco alimentare in risorsa. La Fondazione Banco Alimentare Marche Onlus aderisce alla rete nazionale Banco Alimentare, composta da 21 realtà dislocate in ogni regione d'Italia che nel 2020 ha distribuito su tutto il territorio nazionale 100.983 tonnellate di alimenti a 7.755 enti caritatevoli assistiti.

Le parole *Condivisione* e *Dono* sintetizzano i valori che da sempre la muovono: recuperare le eccedenze per condividerle con chi dona la propria esistenza per i più poveri, restituire al cibo il valore di dono per la vita del-

¹ Di Angela Tringali, coordinatrice della Fondazione Banco Alimentare Marche Onlus.

l'uomo, un dono che non può essere sprecato ma va condiviso con chi è in difficoltà.

La storia di questi ultimi anni dimostra che il “sistema aiuto alimentare italiano” ha saputo fornire risposte efficaci rispetto all'urgenza dei bisogni espressi e alle risorse disponibili e nell'ultimo periodo pandemico se ne è data certamente prova.

Canali di approvvigionamento/recupero

L'operatività della Fondazione Banco Alimentare Marche Onlus si sostanzia delle seguenti attività:

– raccolta giornaliera di prodotti alimentari perfettamente commestibili (ma non più commercializzabili) segnalati e messi a disposizione dai vari operatori del settore agro-alimentare (Industrie, Grande Distribuzione Organizzata, Piattaforme Logistiche, Mercati Generali...) e relativo stoccaggio;

– presa in carico e gestione, grazie al convenzionamento con AGEA (Agenzia per le erogazioni in agricoltura), ovvero l'ente statale italiano che ha compiti di svolgimento delle funzioni di Organismo di Coordinamento e di Organismo pagatore nell'ambito dell'erogazione dei fondi dell'Unione europea ai produttori agricoli di aiuti alimentari, facenti riferimento a

- FEAD (Fondo di Aiuti Europei agli indigenti, Reg. UE 223/2014);
- Fondo Nazionale per la distribuzione di derrate alimentari agli indigenti, istituito con Decreto legge n.83 del 22 giugno 2012, art. 58;

– recupero quotidiano di prodotti in eccedenza dalla Ristorazione Collettiva (mense aziendali, bar, forni, e altre attività commerciali) e la redistribuzione immediata agli enti Convenzionati che possano servire i prodotti nelle loro mense;

– organizzazione della “Giornata della Colletta Alimentare” che da 25 anni in tutta Italia coinvolge nell'ultimo sabato di novembre un numero sempre crescente di supermercati e di donatori privati di prodotti alimentari;

– recupero e distribuzione delle eccedenze di ortofrutta in base al Regolamento Comunitario Gestione Crisi (reg. Ue m.543/2011), che disciplina il ritiro dai mercati con destinazione di distribuzione gratuita. Questo intervento dell'Unione Europea ha lo scopo di aiutare i produttori agricoli associati e al contempo distribuire agli indigenti frutta e verdura idonea al consumo.

Tutti i prodotti, una volta presi in carico, vengono controllati e selezionati nell'assoluto rispetto delle norme di conservazione e stoccaggio (sistema HACCP) e sono poi distribuiti agli enti caritativi convenzionati che,

ad intervalli regolari e prestabiliti di consegna, si presentano nei 2 magazzini di distribuzione - siti a Pesaro per servire l'area Marche Nord e a San Benedetto del Tronto per l'area Marche Sud - per prelevarli.

Progetto SITICIBO

SITICIBO è un programma nazionale della Rete Banco Alimentare, nato nella città di Milano nel 2003, grazie alla collaborazione con Cecilia Canepa. Siticibo è la prima applicazione italiana della Legge 155/2003 (cosiddetta del Buon Samaritano) e ha lo scopo di recuperare il cibo cotto e fresco in eccedenza nella Ristorazione Organizzata (hotel, mense aziendali e ospedaliere, refettori scolastici, esercizi al dettaglio, etc.) per essere distribuito a scopo sociale.

I prodotti raccolti sono ottimi e perfettamente integri, eppure di norma smaltiti al pari dei rifiuti per il solo fatto di essere invenduti a fine servizio, con gravi costi economici e sociali per la collettività intera.

Nella Regione Marche l'esperienza del SITICIBO ha avuto inizio nell'anno 2014 grazie a un gruppo di volontari che nella città di Pesaro hanno cominciato l'esperienza che, successivamente, si è rafforzata nel 2017 grazie all'acquisto di un mezzo refrigerato donato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Pesaro. Oggi a Pesaro collaborano più di 20 volontari che quotidianamente si recano in alcuni panifici, bar, pasticcerie e mense aziendali per recuperare il cibo non consumato e il cibo rimasto invenduto che nel giro di poche ore consegnano direttamente agli enti assistenziali convenzionati.

Nel primo semestre del 2021 attraverso Siticibo Mense sono stati recuperati 1.090 kg di prodotti da forno e 4.931 piatti (tra primi e secondi).

Grazie al sostegno della Fondazione Cariverona per il territorio di Ancona e della Fondazione Cassa di Risparmio di Fano per il Comune di Fano sono in atto progetti pilota per lo sviluppo del SITICIBO anche in questi Comuni. Inoltre sia nel sud che nel Nord delle Marche sono in atto attività di fundraising per sostenere l'acquisto di nuovi mezzi refrigerati.

L'esperienza del SITICIBO è inoltre avviata anche nel recupero dei prodotti freschi nei supermercati (Grande Distribuzione Organizzata) in cui la Fondazione Banco Alimentare Marche Onlus abbina una Struttura Caritativa per ogni punto vendita per lo svolgimento del recupero dei prodotti.

Con il metodo del km Zero oggi Banco Alimentare riesce a offrire il servizio di recupero delle eccedenze alimentari in circa 50 comuni del territorio regionale. Questa modalità garantisce il consumo veloce ed evita ulteriori sprechi. Per coordinare tutto questo crescente lavoro, dal 2018 è stato

nominato un volontario dedicato a questo progetto GDO-KM Zero ed è attiva una segreteria dedicata.

Nel primo semestre del 2021 sono stati recuperati con Siticibo GDO 171.800 KG di prodotti.

Canali di distribuzione

Le strutture beneficiarie stipulano con il Banco Alimentare delle Marche una convenzione tramite la quale si impegnano ad utilizzare gli alimenti ricevuti esclusivamente a favore dei bisognosi e con modalità ben definite per quanto riguarda il trasporto e la conservazione, a seconda della tipologia del prodotto.

Il rispetto delle procedure viene periodicamente accertato dai collaboratori facenti capo al Banco Alimentare, che verificano di persona la sede della struttura caritativa e le modalità di conservazione e utilizzo dei prodotti, insieme al registro di carico e scarico delle merci ritirate e consegnate.

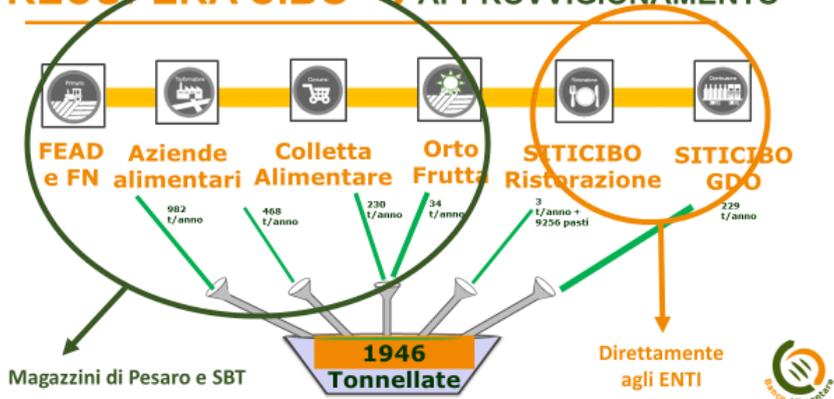
Il Manuale, validato dal Ministero della Salute in conformità al Regolamento (CE) 852/2004 ha lo scopo di predisporre delle corrette “prassi igieniche” che consentano il recupero, la raccolta, la conservazione e la distribuzione di derrate alimentari da parte delle Organizzazioni Caritative del Terzo settore.

Nel 2021 sono 260 nella regione Marche gli enti assistenziali e caritativi che hanno ricevuto gratuitamente, dietro stipula di una convenzione, i prodotti alimentari dal Banco Alimentare. Si tratta di associazioni quali Caritas, San Vincenzo, Banchi di Solidarietà, ma anche centri di accoglienza, case di riposo, cooperative sociali, comunità e mense per i poveri.

Al 31/12/2020 dal nostro annuale censimento delle strutture caritative convenzionate è emerso un aumento dello stato del bisogno del 27% su tutta la regione Marche che porta il conteggio delle persone indirettamente assistite per l'anno 2021 dall'opera del Banco Alimentare a quota 42.116. In particolare l'aumento più consistente si è registrato nell'area delle province di Pesaro-Urbino e Ancona.

Il totale degli alimenti distribuiti, 1.946.032 kg, può essere convertito - in base al criterio adottato dalla European Food Banks Federation (1 pasto = mix di 500gr di alimenti) - in oltre 3,89 milioni di pasti alle strutture Caritas convenzionate (DATI 2020).

RECUPERA CIBO APPROVVIGIONAMENTO



PROVINCIA	KG. DISTRIBUITI ALLE STRUTTURE CARITATIVE	N. STRUTTURE CARITATIVE BENEFICIARIE	N. PERSONE BISOGNOSE ASSISTITE DALLE STRUTTURE
Ancona	163.030	35	7307
Pesaro	677.392	126	13.285
Ascoli	543283	56	6867
Macerata	242.853	38	4.714
Fermo	98.462	17	3.839
TOTALE REGIONE MARCHE	1.636.019	260	34326

15.3. Canali di distribuzione

Provare a descrivere la realtà dei canali di distribuzione legati al FEAD significa accettare di entrare nell'interessante e propositiva realtà degli aiuti alimentari. I canali di distribuzione ufficialmente riconosciuti dal FEAD,

anche se non possono essere identificati come gli unici esistenti nella realtà Nazionale, possono essere in ogni caso considerati come gli strumenti principali e quindi meritevoli di un approfondimento. Tuttavia la questione alimentare trova spesso spazio in moltissimi ambienti informali della nostra realtà: aiuti tra amici, gruppi informali di persone che si costituiscono in casi eccezionali, donazioni saltuarie di liberi cittadini in concomitanza di incontri fortuiti e tante altre situazioni. Per questo motivo è necessario affrontare l'analisi in questione con la consapevolezza di riuscire ad ottenere solo una parziale visione del fenomeno di gestione e distribuzione dei beni alimentari, tuttavia gli strumenti che abbiamo a disposizione possono comunque restituirci feedback estremamente interessanti su diversi punti di analisi e osservazione del fenomeno.

Un'importante considerazione valida per tutti i canali di distribuzione presenti, anche quelli più informali, è che ogni tipo di distribuzione porta in sé altri due fattori molto importanti: un privilegiato punto di vista per una specifica lettura dei bisogni e un aggancio pratico per entrare nelle singole progettazioni di recupero e per favorire l'inclusione dei beneficiari, infatti tutte le forme di distribuzione di beni prevedono, quasi per natura, forme di accompagnamento più o meno profonde.

Tutti gli operatori e volontari che vivono costantemente la realtà della distribuzione alimentare, presso le numerosissime realtà della regione Marche, sono infatti consapevoli che nella maggior parte degli incontri con le persone beneficiarie del servizio, la necessità alimentare è parte costituente, all'interno della stessa persona o nucleo familiare, di almeno un altro bisogno, che spesso è ancora più grande della necessità alimentare stessa.

Per questo motivo i diversi canali di distribuzione possono essere diversificati sia per i prodotti distribuiti, sia per la diversa profilazione delle persone e famiglie in condizioni di disagio beneficiarie del servizio ma spesso un'ulteriore diversificazione e nella specificità delle misure di accompagnamento che per alcuni servizi si delineano tra le "misure di accompagnamento a bassa soglia" mentre per altri possono prevedere forme di progettazione sociale più evoluta e specifica.

Si può quindi sostenere che il Programma Operativo prevede sempre una presa in carico leggera con un principale obiettivo di proporre interventi sociali finalizzati al sostegno inclusivo dei beneficiari.

L'ultima necessaria premessa che comprende tutte le forme e canali di distribuzione è che sebbene tutte prevedano quantomeno l'intenzione di progettare interventi non solo distributivi ma soprattutto inclusivi e di presa in carico, la funzione di accompagnamento sociale attribuita alle OP non prevede a oggi adeguate risorse finanziarie dedicate, che possano consentire una sua piena e corretta implementazione. Infatti il regolamento UE

N.223/2014 destina a eventuale rimborso delle attività di accompagnamento solo il 5% del valore dei beni complessivamente distribuiti.

Pacchi alimentari e distribuzione di pacchi spesa a domicilio

La distribuzione di pacchi spesa e la consegna di derrate alimentari presso le singole abitazioni prevedono sempre la presenza di una presa in carico del singolo individuo e del nucleo familiare, in quanto questo tipo di distribuzione si articola tramite la consegna periodica di alimenti, gestiti dalle Organizzazioni partner Territoriali.

La forma privilegiata di accesso a questo servizio è legata ad un percorso di conoscenza tramite colloqui approfonditi con l'ente Territoriale che si occuperà della distribuzione; all'interno di tali colloqui vengono affrontate molteplici dinamiche e situazioni, senza tralasciare chiaramente la questione economica, in quanto uno dei criteri necessari per accedere agli aiuti alimentari forniti dalla Comunità Europea è il possesso di un valore ISEE pari o inferiore a euro 9.360.

I prodotti distribuiti in questi due tipi di servizi sono perlopiù alimenti a lunga conservazione che variano a seconda del paniere che le OP mettono a disposizione delle Organizzazioni partner Territoriali; generalmente questo tipo di distribuzione avviene con connotazione periodica e continuativa.

Vista la tipologia del servizio e la qualità dei prodotti messi a disposizione dalle OpT è facilmente possibile risalire alla preponderante profilazione dei principali beneficiari. Infatti chi accede a questo servizio è perlopiù una persona o un nucleo familiare in grado di accedere tutti i giorni alla possibilità di rielaborare e cucinare il cibo ricevuto e quindi, quasi in tutti i casi, possiamo parlare di beneficiari che seppur con grandi fatiche dal punto di vista economico sono in una condizione abitativa sufficientemente adeguata a gestire la propria alimentazione e quella del proprio nucleo familiare. Per questa tipologia di beneficiari il sostegno alimentare è spesso da inquadrare nella opportunità che si può ricavare dal fatto di poter risparmiare alcune risorse economiche e poterle così destinare al soddisfacimento di altre esigenze altrettanto fondamentali.

La questione abitativa sarà anche per i canali di distribuzione che vedremo in seguito uno dei parametri maggiormente di riferimento per raccogliere informazioni sullo stato dei bisogni che, come citato in precedenza, accompagnano la questione alimentare.

Già da queste affermazioni emerge chiaramente l'immagine secondo la quale il ruolo principale del servizio di consegna pacchi alimentari e distribuzione di pacchi spesa a domicilio è equamente distribuito tra il sostegno

alimentare alle famiglie e la potenzialità enorme di essere un aggancio con la rete di Istituzioni e Associazioni che lavorano per l'inclusione sociale dei beneficiari stessi. Spesso l'adesione al servizio e la relativa consegna periodica non è sufficiente a soddisfare il fabbisogno dei beneficiari ma è occasione preziosa per gli operatori di entrare in contatto con i beneficiari e instaurare un lavoro più approfondito su altri tipi di fragilità presenti. Questi tipi di servizi, infatti, sono spesso collegati a interventi specialistici e mirati, finalizzati al sostegno socioeducativo del nucleo familiare e al supporto relazionale necessario ad attivare quelle risorse prosociali presenti nei beneficiari senza le quali è ormai noto non è possibile costruire o rafforzare alcun percorso di inclusione sociale e benessere.

In ultima analisi, sebbene abbiamo già ribadito che lavorare sull'emergenza alimentare significa in realtà lavorare su molteplici situazioni di fragilità contemporaneamente presenti, non possiamo non guardare al profondo cambiamento che in questi anni sta avvenendo all'interno del territorio marchigiano, un dato molto significativo fornito da Caritas Marche illustra come nel nostro territorio siamo passati dalla consegna di 27.378 pacchi viveri nell'anno 2017 a 40.105 pacchi per l'anno 2020.

Di fronte a questa analisi oggettiva dei fatti potrebbero nascere numerosi spunti di riflessioni e occasioni di confronto, una delle principali considerazioni è senz'altro quella che questo dato ci racconta che in questi ultimi anni, in particolare durante la pandemia da Covid-19, il peggioramento delle condizioni economiche ha purtroppo caratterizzato un target di popolazione che fino a qualche anno fa viveva nei margini leggermente superiori a quelli definiti dalla povertà assoluta, ma che con il peggioramento delle condizioni economiche territoriali non è riuscito a contare su altre forme di paracadute sociale ed economico.

Tuttavia un'ulteriore considerazione su questo dato allarmante può essere inserita nella ormai sempre più presente sensibilità e professionalità del volontariato regionale che ha permesso una maggior attenzione nella registrazione degli interventi e una maggior consapevolezza generale sul fatto che grazie a questa attenzione si possono ricavare maggiori informazioni per inquadrare meglio il fenomeno e progettare azioni di contrasto alla povertà più efficaci.

Empori sociali

Dall'esperienza dell'incontro con la fragilità, tipica di chi per tanti anni ha vissuto le progettazioni e gli interventi all'interno di strutture sociali e caritatevoli nasce l'interesse di far crescere il livello degli interventi di in-

clusione sociale, anche nel lato della distribuzione di alimenti e di beni materiali di prima necessità.

L'emporio solidale è un progetto che prevede la trasformazione di alcuni locali in un vero e proprio supermercato, in cui gli scaffali vengono riempiti di prodotti di genere alimentare derivanti dalla gestione FEAD, ma anche da raccolte alimentari svolte presso i piccoli esercenti e realtà legate alla grande distribuzione organizzata presenti nel territorio, donazioni, acquisti promossi dall'ente stesso che gestisce il progetto e raccolte del materiale invenduto prossimo alla scadenza.

Il supermercato in questione ha tuttavia una fondamentale particolarità, ovvero che i prodotti presenti sono totalmente gratuiti per le persone o i nuclei familiari che sono abilitati ad accedervi. Infatti a tutti i prodotti presenti in emporio è attribuito un punteggio che ne determina il valore, mentre a tutti i beneficiari viene consegnata una tessera punti per procedere agli "acquisti".

La possibilità di accedere al progetto e il quantitativo di punti da utilizzare in emporio sono i primi due indicatori utili agli operatori sociali per entrare nel migliore dei modi nella relazione di aiuto con i beneficiari del progetto; poiché come è immaginabile, l'accesso all'emporio è precedentemente mediato da colloqui specialistici con gli operatori del progetto che, insieme ai beneficiari stessi elaborano un piano di intervento e sostegno per le situazioni di bisogno specifiche ed evidenziate. All'interno di queste azioni la possibilità di accedere in emporio e il quantitativo dei punti disponibili periodicamente sono uno degli strumenti che vengono attivati. L'emporio solidale è quindi prima di tutto un progetto che investe tantissimo sulla dignità dell'uomo, cercando di ricreare quelle condizioni in cui è il singolo a poter scegliere quali prodotti ritirare e in che quantità, sulla base di considerazioni e abitudini personali.

Come per i pacchi viveri e le consegne domiciliari, anche in questo caso uno degli indicatori principali che ci aiuta a comprendere meglio la platea dei beneficiari è quello di considerarne la loro preponderante condizione abitativa; che come per i progetti illustrati precedentemente ci aiuta a comprendere che i principali beneficiari sono persone o nuclei familiari che attualmente hanno la possibilità di avere una dimora, o quanto meno, la possibilità di accedere alla gestione di una cucina.

Partendo da questi presupposti è facile ipotizzare che le principali misure di accompagnamento correlate al progetto degli empori solidali siano progettate per favorire una presa in carico generalizzata per l'intero nucleo familiare provando a offrire un supporto sia dal punto di vista economico, ma anche della sfera socioeducativa, finalizzata dunque a mettere in campo tutte quelle azioni possibili per prevenire un isolamento sociale del nucleo dal contesto di appartenenza.

L'emporio solidale, per tutti i motivi appena descritti, non può essere un progetto ascrivibile soltanto alle iniziative di distribuzione alimentare poiché, come spesso accade, si presenta anche come luogo di coesione sociale e promozione di relazione generative; sono infatti numerose le attività formative e relazionali, come ad esempio alcuni corsi di economia domestica, promosse dagli empori al fine di promuovere un'animazione del territorio e un supporto socio educativo per i nuclei famigliari dei beneficiari.

Nella Regione Marche stiamo assistendo alla lenta nascita su tutto il territorio di nuovi empori solidali, per questo motivo non riusciamo, come per la consegna dei pacchi viveri a proporre un confronto con il passato perché, la platea dei beneficiari è profondamente cambiata, non per una diversa presenza del bisogno ma per una precedente non esistenza del progetto; tuttavia Caritas Marche ha comunicato che per l'anno 2020 risultano attivi sul territorio regionale 8 empori della solidarietà gestiti dalle Caritas Diocesane del territorio marchigiano e che sono stati distribuiti un totale di beni per un valore economico ascrivibile euro 616.529,00 .

Servizio mensa e unità di strada

Il servizio mensa e le unità di strada sono due canali di distribuzione dal punto di vista pratico molto diversi, ma trovano fra loro significativi fattori in comune, derivanti soprattutto dalla tipologia quasi identica di potenziali beneficiari.

Il servizio mensa è facilmente descrivibile come la possibilità per le persone di accedere ad un luogo in cui poter consumare, almeno una volta al giorno, un pasto completo in condizioni ottimali; visto il particolare periodo storico e le numerose e tragiche novità che la pandemia ha portato in tutto il panorama degli interventi sociali; sono annoverabili al servizio mensa anche la distribuzione di pasti d'asporto e la concessione di ticket per consumare buoni pasto in strutture convenzionate con l'ente che ha in carico il soggetto.

Le unità di strada invece, prevedono la presenza di piccoli gruppi operativi, organizzati per incontrare le persone in alcuni luoghi della città e la relativa distribuzione di pasti pronti al consumo. Spesso gli operatori di strada utilizzano questo strumento per agganciare il bisogno più estremo, avendo la possibilità di frequentare alcuni spazi che spesso sono stigmatizzati ed evitati dal resto della comunità cittadina. La distribuzione del pasto delle unità di strada è considerabile per tanto sia come strumento di aiuto materiale di base sia come aggancio prezioso per poter metter in campo alcuni interventi a "bassa soglia", finalizzati alla temporanea riduzione del danno

e alla possibilità di aprire all'idea di una progettazione più strutturata con il beneficiario stesso.

Come per tutte le altre forme di distribuzione alimentare, anche l'accesso a questi ultimi due canali è sempre mediato da colloqui di approfondimento anche se spesso, per la particolare tipologia dei beneficiari, gli incontri sono distribuiti in modo graduale su tutta la linea temporale e avvengono contemporaneamente alla fruizione del servizio. Anche in questo caso la variabile abitativa è il fattore preponderante che si può utilizzare per individuare la principale profilazione dei beneficiari, in quando in questo caso, stiamo parlando nella maggior parte dei casi di persone che vivono in assolute condizioni di precarietà abitativa che spesso impedisce loro di poter cucinare o di avere un posto letto garantito con continuità.

Molto probabilmente i numeri correlati agli accessi alle mense per persone in difficoltà, oltre a denunciare il fatto che ai giorni d'oggi, nelle nostre città esistono ancora persone che non sono nelle condizioni sociali idonee a garantirsi almeno un pasto completo al giorno, sono uno degli indicatori privilegiati per recepire il livello del disagio abitativo presente nel proprio territorio correlato alla complessa questione delle persone senza fissa dimora.

Tuttavia, nel corso degli anni, le mense sociali stanno acquisendo un ulteriore valore per nessun motivo secondario a quello alimentare; infatti, spesso il bisogno percepito dagli operatori sociali che incontrano i beneficiari delle mense non si ferma solo alle necessità alimentari ma si sposta con pari gravità alle esigenze di ricostruzione di una socialità finalizzata a riscoprire i livelli di proattività personale utili a favorire il processo di reinserimento sociale.

Da uno studio sulla tipologia dei beneficiari presenti nel territorio pesarese, condotto dalla Caritas Diocesana di Pesaro, sulle persone frequentanti la mensa nel primo semestre del 2021, emergono alcune considerazioni significative che per motivi statistici non sono verificate come estendibili a tutto il territorio regionale ma che possono fornire indicazioni generali importanti. Dalla ricerca emerge che l'82% delle persone è descrivibile come persona "stanziale" del territorio, ovvero che vede nel territorio pesarese il centro dei suoi principali interessi; questo fattore consolida la valutazione che il bisogno primario di alimentazione e il bisogno di inclusione siano necessità e urgenze ben presenti congiuntamente.

Un altro dato interessante è che il 65% dei beneficiari è inserito in un percorso di presa in carico congiunta con i servizi sociali o sanitari del territorio. Tale analisi conferma quanto il servizio mensa sia diventato sempre più parte di progetti di cura condivisi con i Servizi di riferimento, ma anche punto di accesso e di aggancio di persone con problematiche sanitarie che,

successivamente, vengono avvicinate e accompagnate al servizio specialistico opportuno. Il Servizio mensa si inserisce in un lavoro di rete con i servizi territoriali ormai consolidato e riconosciuto a più livelli.

Dal punto di vista regionale non siamo in grado di riportare un'analisi di tipo qualitativo sui dati relativi alla distribuzione di pasti ma il dato principale ci indica come nel 2017 i pasti distribuiti dalle Caritas presenti in Regione siano stati 26.490 mentre nel 2020 siano calcolabili intorno ai 160.000; questa enorme variazione quantitativa ci riporta a un'analisi del bisogno precedentemente condotta, che va a evidenziare il peggioramento generale del benessere sociale regionale ma sottolinea anche il livello crescente di sensibilità del volontariato e delle realtà sociali in merito alla questione alimentare e di conseguenza un prezioso aumento della qualità, ma in questo caso specifico anche della quantità, del numero dei servizi erogati. Il significativo aumento del numero di pasti erogati è anche una conseguenza diretta del fenomeno pandemico in corso, in quanto tutte le Caritas presenti nel territorio regionale hanno rendicontato singolarmente un esponenziale impegno di risorse nel settore alimentare in questo ultimo biennio.

Conclusioni e proposte

La valutazione delle possibili conclusioni e piste di lavoro in un campo multidimensionale come quello della distribuzione dei generi alimentari è estremamente complicata e aperta a numerose potenziali progettazioni. In questo contributo cercheremo di concentrarci su quelle che potrebbero essere piste di lavoro future dal punto di vista legale, ma soprattutto dal punto di vista delle tematiche socioculturali che, come abbiamo visto, sono parte integrante della questione alimentare.

Recupero e Distribuzione

Da un'indicazione del Banco Alimentare, a oggi solo il 15% del materiale alimentare che si potrebbe recuperare viene correttamente preso in gestione e ridistribuito; questo dato non può che essere allarmante se visto con gli occhi di chi ogni giorno fatica ad alimentare correttamente sé stesso o il suo nucleo familiare, tuttavia oltre a questa drammatica valutazione quantitativa il dato fornito dal Banco Alimentare ci aiuta ad evidenziare altre questioni connesse alla difficoltà di recupero e ridistribuzione.

Prima di tutto è importante porre al centro del dibattito la questione culturale che come società abbiamo costruito intorno al concetto di eccedenza,

poiché spesso questa potenziale risorsa è facilmente etichettata come scarto e quindi rifiuto. Mai come oggi occorre lavorare per rivoluzionare tutto il costruito teorico e culturale che definisce il mondo delle eccedenze rinforzando un percorso formativo che dovrebbe tendere ad attribuire i tratti di opportunità e risorsa a quelle che sono tutte le possibili eccedenze alimentari. La trasformazione dell'idea di scarto in risorsa crea i presupposti per innescare un meccanismo di circolarità per cui i beneficiari diventano anche loro stessi elementi che grazie a questo servizio possono essere messi in grado di produrre a loro volta un valore aggiunto, favorendo un percorso di rigenerazione circolare virtuoso per la Comunità intera.

Oltre alla necessità di promuovere un cambiamento culturale nella visione delle eccedenze alimentari, per comprendere meglio la questione occorre aggiungere all'idea di recupero il conseguente e articolato processo di distribuzione del materiale raccolto.

Spesso una delle problematiche principali individuate dagli enti del Terzo settore che si adoperano nella preziosa attività del recupero delle eccedenze alimentari è la difficoltà di stoccaggio e conservazione di materiale deperibile, prossimo alla scadenza o caratterizzato da specifiche caratteristiche di conservazione, come per esempio la necessità di alcuni prodotti di non abbandonare la "catena del freddo".

Questa osservazione mette in risalto due questioni sulle quali sarebbe necessario porre l'attenzione delle istituzioni e dell'intera comunità; infatti a oggi non sono molte le realtà che possiedono i mezzi necessari per promuovere una raccolta e relativa distribuzione di alimenti freschi o con necessità di conservazione specifiche; il problema delle strutture è dunque a oggi uno dei principali impedimenti per aumentare la percentuale di recupero totale annuo da poter mettere a disposizione del territorio. Una seconda osservazione è legata alle difficoltà che a volte si incontrano nella distribuzione di alcuni prodotti freschi prossimi alla scadenza, poiché spesso le enormi quantità disponibili hanno contestualmente la necessità di essere smaltite in poco tempo e non sempre il bacino delle persone potenzialmente beneficiarie è nelle condizioni di poter ritirare tutti i beni messi a disposizione; questo implicherebbe che l'ente che ha ritirato i beni abbia poi l'onere, estremamente complicato, di gestire lo smaltimento dei prodotti non distribuiti.

Molte attività commerciali, oltre che per etica personale, trovano il beneficio nella donazione di prodotti alimentari prossimi alla scadenza grazie alla Legge Gadda 166/2016 che promuove degli sgravi fiscali in caso di donazioni a enti del Terzo settore che si fanno carico di una redistribuzione dell'inventario verso persone meno abbienti; tuttavia, visto che stiamo attraversando un cambiamento d'epoca in cui l'eccedenza potrebbe non esse-

re più vista come scarto ma bensì come risorsa, potrebbe essere utile iniziare a pensare che la redistribuzione potrebbe essere reindirizzata a tutta la popolazione. La capacità di reindirizzare alimenti già prodotti dovrebbe spingere a intavolare una discussione etica anche dal punto di vista ecologico e di rispetto dell'ambiente, anche per proseguire un percorso di crescita all'insegna dell'agenda 2030, per abbattere i costi e le conseguenze climatiche negative dovute a una maggiore difficoltà di smaltimento dell'inventurato e successiva produzione del nuovo.

Capillarità e comunità

L'ultima osservazione di questo elaborato è dedicata alla valorizzazione della rete prodotta dalla questione alimentare e alla necessità, nonostante le possibilità future che si presenteranno, di preservare alcune componenti estremamente capillari.

Il Mondo del Terzo settore sta giustamente andando verso un maggior efficientamento dell'utilizzo delle risorse disponibili finalizzato ad aumentare l'efficacia degli interventi sociali che ricadono sul territorio; anche la questione alimentare e, in particolare, le capacità e modalità di raccolta e procacciamento di beni da redistribuire sta avendo un importante incremento; tuttavia è importante non dimenticare il fondamentale ruolo di aggancio delle situazioni di bisogno che la distribuzione alimentare permette di avere.

Questa considerazione pone infatti l'accento sul fatto che qualsiasi mezzo di miglioramento della rete di raccolta e distribuzione non può non tenere conto del prezioso valore capillare che ha il servizio di distribuzione alimentare. Preservare la specificità e l'operato dei singoli enti deve essere considerata una delle priorità nelle nuove progettazioni per non perdere il contatto individuale con le singole situazioni di bisogno incontrate nel territorio.

Un'ultima base di partenza importante per le future progettualità è la riflessione legata al valore del cibo all'interno della Comunità stessa, infatti da sempre, interi gruppi di persone, anche di atteggiamento e idee diverse si sono ritrovate insieme grazie all'idea comune che la raccolta e la donazione di prodotti di genere alimentare siano un'azione utile alla collettività. Questa semplice osservazione può, tuttavia, indicare un punto di partenza molto interessante in un'epoca in cui l'animazione di Comunità e il concetto di circolarità sono al centro del dibattito e della progettazione sociale; forse il processo di individuazione di elementi che possano favorire la coesione sociale e la generazione di valore dovrebbe essere maggiormente all'ordine del giorno nelle agende di tutti noi.

Riferimenti bibliografici

- Amore K., Baker M., Howden-Chapman P. (2011), *The ETHOS Definition and Classification of Homelessness: An Analysis*, “European Journal of Homelessness”, 5 (2), pp. 19-37.
- Avonto C., Consoli T., Cortese C. (2018), La grave emarginazione adulta, in Caritas, *La Povertà in attesa*, Rapporto Caritas Italiana 2018 su povertà e politiche di contrasto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Baptista I., Marlier E. (2019), *Fighting Homelessness and Housing Exclusion in Europe: A Study of National Policies*, European Commission, Brussels.
- Bauman Z. (2007), *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*, Laterza, Bari.
- Bauman Z. (2007), *Voglia di Comunità*, Laterza, Bari.
- Busch-Geertsema V., Benjaminsen L., Hraat Mesa F., Pleace N. (2014), *Extent and Profile of Homelessness in European Member States: A statistical update*, FEANTSA, Brussels.
- Caritas (2018), *La Povertà in attesa*, Rapporto Caritas Italiana 2018 su povertà e politiche di contrasto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Caritas Marche (2017), *Rapporto sui Centri di Ascolto delle Caritas Diocesane delle Marche*, https://www.caritas.it/materiali/dalle_Caritas_diocesane/pubblicazioni_cd/marche_01_cda.pdf
- Consoli T., Meo A. (a cura di) (2020), *Homelessness in Italia Biografie, territori, politiche*, FrancoAngeli, Milano.
- Edgar W., Harrison M., Watson P., Bruschi-Geertsema V. (2007), *Measurement of Homelessness at European Union Level*, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Brussels.
- FEANTSA (2007), *ETHOS – Classificazione Europea sulla grave esclusione abitativa e la condizione di persone senza dimora*, www.feantsa.org/download/it
- Fio.PSD (2020), *I servizi ai tempi del Covid-19*, www.fiopsd.org
- Fondazione Caritas Pesaro (2021), *Un pasto al giorno*, ricerca a cura della Fondazione Caritas Pesaro.
- Guillén Mauro F. (2020), *2030 d.C. Come sarà il mondo tra dieci anni*, Il Saggiatore, Milano.
- Istat (2011), *I servizi alle persone senza dimora*. Anno 2011, www.istat.it/it/archivio/44096.
- Istat (2012), *I servizi alle persone senza dimora*. Anno 2011, www.istat.it/it/archivio/72163.
- Istat (2015), *I servizi alle persone senza dimora*. Anno 2014, www.istat.it/it/archivio/175984.
- Istat (2019), *Le statistiche sulla povertà*. Anno 2018, “Statistiche Report”, www.istat.it/it/files/2019/06/La-povert%C3%A0-in-Italia-2018.pdf.
- Mancini F., De Felici P., Rosano (2020) “La povertà estrema e la condizione dei senza dimora. Un’indagine campionaria sui destinatari finali del Fondo di Aiuti Europei agli indigenti (FEAD)”, in Consoli T., Meo A., *Homelessness in Italia*, FrancoAngeli, Milano.

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2015), *Le linee di Indirizzo per il Contrasto alla Grave Emarginazione Adulta in Italia*, www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociali/focus-on/Poverta-estreme/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2016), Avviso Pubblico n. 4/2016, www.lavoro.gov.it/Amministrazione-Trasparente/Bandi-gara-e-contratti/Documents/Avviso-n-4-2016-FEAD-PON.pdf.
- Sahlin I. (2012), “The Logos of Ethos”, *European journal of Homelessness*, 6, <https://www.feantsaresearch.org/en/publications/european-journal-of-homelessness?journalYear=2012>
- .

16. La lotta alla povertà nelle Marche: lo spazio occupato dal Terzo settore e la difficile interazione con i soggetti pubblici

di *Fabio Corradini**, *Marco Moroni***

16.1. Il contesto

La “povertà statistica” denunciata da più parti continua a caratterizzare il mondo del volontariato, un settore che soltanto negli ultimi anni sta ricevendo l’attenzione che merita. In questo quadro, oltre alle analisi condotte dal Centro Servizi per il Volontariato e dall’Assessorato regionale alla Sanità, fondamentali restano i contributi offerti annualmente dai Rapporti della Caritas.

Il processo di legittimazione giuridica e politica delle associazioni del Terzo settore, iniziato negli anni Ottanta, si completa con la legge 328 del 2000 che fornisce la base normativa sulla quale poggia in Italia il welfare mix (Ascoli e Ranci, 2003). Per quello che riguarda il Terzo settore, alle leggi sulle organizzazioni di volontariato (L. 266 del 1991) e sulle cooperative sociali e alla legge sulle associazioni di promozione sociale (L. 383 del 2000) più di recente ha fatto seguito la legge 106 del 2016, la legge delega per la riforma del Terzo settore, di cui si attendono ancora alcuni decreti attuativi.

A livello nazionale, così come a livello regionale, nel corso del tempo si è registrata una crescita del numero delle organizzazioni di volontariato. Il Rapporto *Le organizzazioni di volontariato nelle Marche*, pubblicato nel 2016 attesta che il loro numero è passato dalle 1262 che erano state censite nel 2008 alle 1434 del dicembre 2014. Con 9 organizzazioni ogni diecimila abitanti le Marche si collocano al di sopra della media nazionale, che è pari a sette associazioni ogni diecimila abitanti (*Rapporto*, 2016). La crescita è ancora più evidente se i dati del 2014 vengono confrontati con quelli del 2001.

* Già Direttore Regionale Patronato ACLI Marche, attuale Portavoce Alleanza contro la Povertà nelle Marche.

** Già docente di Storia economica presso l’Università Politecnica delle Marche, attuale coordinatore del Centro Studi Acli Marche.

Tab. 1 - La crescita delle organizzazioni di volontariato nelle Marche, 2001-2014

	Pesaro – Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno	Totale Marche
Anno 2001	270	306	300	101	168	1.145
Anno 2008	299	428	255	113	167	1.262
Anno 2014	331	478	290	144	191	1.434

Tab. 2 - Le organizzazioni di volontariato nelle Marche. Anno 2008

	Pesaro – Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno	Totale Marche
Organizzazioni di Volontariato	299	428	255	113	167	1.262
% sul totale	24%	34%	20%	9%	13%	100%
Popolazione	363.529	476.016	322.498	176.488	212.846	1.551.377
Cittadini per Org. Volontariato	1.216	1.112	1.265	1.562	1.275	1.229

Il volontariato è però solo una parte, pur importante, del Terzo settore. Per evitare un approccio riduzionista è preferibile che si tenga conto del ruolo svolto dall'intero Terzo settore che, nella prospettiva europea è sempre costituito dal volontariato, dall'associazionismo di promozione sociale e dal mondo della cooperazione, ivi comprese le cooperative sociali e le imprese sociali. Come emerge da un confronto dei dati Istat relativi agli anni 2001 e 2011, una crescita analoga a quella del volontariato si registra anche nell'insieme del Terzo settore che passa dalle 235.232 associazioni del 2001 alle 301.191 del 2011 e alle 359.574 del 2018, mentre il numero complessivo dei volontari passa da 3.315.000 del 2001 a circa 5.500.000 del 2018, pari al 9% della popolazione (Tab. 6).

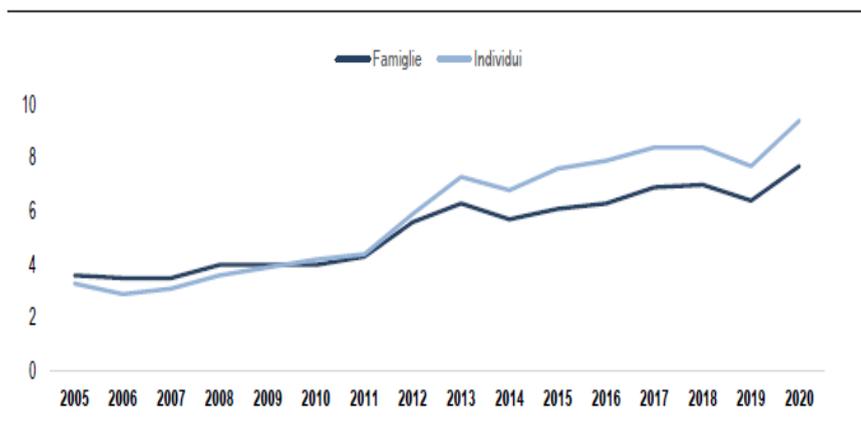
16.2. Welfare mix e nuovi bisogni

I processi ai quali si è fatto riferimento non sono senza conseguenze. I tagli alla spesa pubblica in settori come scuola, sanità e servizi sociali fanno emergere nuovi bisogni ai quali il sistema pubblico di welfare non è più in grado di dare risposte o lo fa soltanto parzialmente. L'emergere di questi bisogni sollecita la nascita di molte nuove organizzazioni di volontariato. In queste trasformazioni spesso si rivela fondamentale l'azione del Centro Servizi per il Volontariato che, sorto nelle Marche nel 1998, eroga servizi di supporto tecnico, formativo ed informativo a favore dei volontari.

La crisi economica e finanziaria del 2008 non ha determinato soltanto

una ulteriore crescita delle disuguaglianze economiche, ma ha aggravato i problemi sociali e fatto aumentare notevolmente anche la povertà: secondo i dati Istat la povertà relativa passa dal 5,4 delle famiglie residenti del 2008 al 9,9 del 2014; se si guarda ai singoli individui, supera la soglia dei cinque milioni nel 2017 e resta su livelli molto elevati fino all'introduzione del Reddito di Inclusione e del Reddito di cittadinanza, quando si nota una prima inversione di tendenza, per tornare al 9,4% nel 2020 (Fig. 1).

Fig. 1 - Incidenza di povertà assoluta familiare e individuale. Anni 2005–2020, valori percentuali



Fonte: Istat, Indagine sulle spese per consumi delle famiglie

Per effetto della “grande recessione” iniziata nel 2008 i poveri crescono nei gruppi sociali già noti, cioè gli immigrati e le donne, ma anche i giovani e le famiglie monoreddito con più figli e con figli minori. Nelle Marche questi fenomeni mostrano una minore gravità. Nel 2020 gli indicatori di povertà relativa si collocano a livelli leggermente più bassi di quelli nazionali: l’incidenza della povertà relativa familiare nella regione è del 9,3% contro il 10,1% nazionale, mentre l’incidenza della povertà relativa individuale è pari al 9,5% contro il 11,4% nazionale. Secondo una recente *Indagine sul reddito e le condizioni di vita*, anche il reddito familiare netto risulta distribuito in modo meno diseguale rispetto all’Italia.

Il fatto nuovo, anche nelle Marche, è la presenza di un numero crescente di *working poors*. La povertà in Italia è certamente una questione occupazionale, ma è anche una questione salariale (Saraceno, 2015). Sottolineare questo aspetto non è in contrasto con il carattere multidimensionale della povertà: si è di fronte a un fenomeno sul quale incidono innumerevoli problematiche inerenti, oltre al lavoro, anche alla casa, alla salute, all’istruzione.

ne, ai carichi di cura familiari, all'educazione dei minori, ai problemi psicologici, alle relazioni sociali e ad altro ancora.

Proprio l'aumento della povertà dovuto alla "grande recessione" spinge il Terzo settore non solo a rispondere concretamente ai bisogni della gente, ma anche a tutelare i diritti sociali svolgendo quella che si è soliti definire l'attività di *advocacy*.

16.3. L'Alleanza contro la povertà

Nel 2013 l'Italia era, insieme con la Grecia, l'unico Paese dell'Europa a 18 a non aver introdotto misure strutturali contro la povertà assoluta. Promossa inizialmente da Acli e Caritas, ma subito sostenuta da Cgil, Cisl e Uil, Confcooperative, Azione Cattolica, Comunità di Sant'Egidio, Movimento dei Focolari, Forum nazionale del Terzo settore e numerose altre associazioni della società civile, l'Alleanza contro la povertà si è costituita in quell'anno allo scopo di ottenere l'approvazione di un Piano contro la povertà e l'introduzione del Reddito di Inserimento Sociale (Reis), rivolto a tutte le famiglie in condizione di povertà assoluta. Nel 2016 il Governo ha in parte accolto alcune delle proposte dell'Alleanza, approvando prima un Piano contro la povertà che prevedeva l'erogazione del SIA, cioè di misure di Sostegno per l'Inclusione Attiva, e poi una legge che ha introdotto una prima misura di contrasto alla povertà: il Reddito di Inclusione (ReI).

Nelle Marche l'Alleanza contro la povertà si è costituita a Loreto il 17 ottobre 2015, nella "Giornata mondiale per l'eliminazione della povertà", con l'adesione di molte organizzazioni¹. In quella sede è stata sottolineata la necessità di affrontare il fenomeno della povertà valorizzando le esperienze di solidarietà sociale presenti anche nella regione ed è stato chiesto un intervento organico basato sul coinvolgimento di istituzioni pubbliche, Terzo settore e forze sociali.

Fin dai primi incontri è emerso un chiaro interesse dei soggetti aderenti a collaborare e a fare rete sul territorio; oltre a promuovere una formazione comune, nel convegno organizzato ad Ancona nel febbraio 2016 si è costituita una équipe multidisciplinare del pubblico e del privato sociale impegnata a dare risposte concrete al crescente disagio di tante famiglie.

Secondo l'indagine condotta nelle Marche dall'Alleanza contro la Povertà e presentata nel 2017 in un incontro di confronto sul cammino percor-

¹ Acli Marche, Caritas Marche, Cgil-Cisl-Uil Marche, Csv Marche, Forum Regionale Terzo Settore, Confcooperative Marche, Azione Cattolica Marche, LegaCoop Marche, Adiconsum Marche, Gruppi di Volontariato Vincenziano, Arci Marche, Banco Alimentare, ActionAid Marche, Save the Children, Ordine degli assistenti sociali.

so “dal SIA al ReI”, la presa in carico delle situazioni di povertà comporta la creazione di una rete di servizi che coinvolga i Comuni e gli Ambiti Territoriali Sociali, i Centri per l’Impiego, i Centri di formazione professionale e altri servizi territoriali (sanità, scuola, ecc.), oltre ai Centri di Assistenza fiscale che devono produrre la certificazione Isee e agli enti di Patronato che svolgono un importante ruolo informativo, grazie alla loro capillare diffusione sul territorio regionale. Agli inizi del 2019 quando il primo Governo Conte ha messo in campo una nuova misura, il Reddito di cittadinanza, nelle Marche i sussidi economici erogati avevano per effetto del ReI raggiunto quasi 3.500 famiglie e oltre diecimila persone.

Il ReI era nato per dare risposte alla povertà “assoluta”; il nuovo Reddito di cittadinanza viene invece esteso anche a contrastare la povertà “relativa”. Secondo i parametri indicati dalla legge, il ReI aveva una platea di circa due milioni e mezzo di persone; il reddito di cittadinanza, essendo legato allo stato di disoccupazione e al rischio povertà, amplia di molto il numero degli aventi diritto, raggiungendo la quota di sei milioni di persone.

Per raggiungere l’obiettivo di aiutare anche i poveri “relativi”, l’ostacolo maggiore che si è presentato non è stato solo di tipo finanziario. Il contrasto alla povertà non può consistere unicamente in un sostegno monetario. L’esperienza pur breve del ReI ha fatto comprendere quanto variegati possano essere i bisogni dei poveri e quanto sia necessario un intervento integrato fra tutti i servizi e i soggetti (pubblici e privati) che si occupano di povertà.

Attorno al Reddito di inclusione si era creato *un sistema di welfare locale*, fatto di esperienze e di conoscenze di grande valore, che non andava disperso. I dati relativi al 2019 dimostrano che il Reddito di cittadinanza non ha certo eliminato la povertà; ne erano rimasti esclusi i senza fissa dimora e gli immigrati non residenti in Italia da almeno dieci anni. Come denunciato dall’Alleanza contro la Povertà, oltre che per queste esclusioni, a due anni dalla sua introduzione il nuovo Reddito mostra anche altri limiti: l’iniqua scala di equivalenza penalizza le famiglie numerose e i minorenni rispetto agli adulti; lo strumento dell’Isee non fornisce una rappresentazione aggiornata dei redditi, l’assenza di meccanismi premiali per integrare il sussidio con attività lavorative disincentiva il lavoro; per non parlare della scarsa capacità dei Centri per l’impiego di far incontrare domanda e offerta di lavoro (Gori, 2020).

Pur con i limiti ora richiamati, il Reddito di cittadinanza ha comunque contribuito a migliorare le condizioni di vita di una parte della popolazione maggiormente colpita da difficoltà economiche, facendo scendere in modo significativo il tasso di povertà. Alto risulta il numero dei percettori anche nelle Marche (Tab. 3). Per effetto del Covid, però, in Italia nel 2020 l’incidenza della povertà assoluta è tornata a crescere sia in termini familiari (dal 6,4% del 2019 al 7,7%), sia in termini di individui (dal 7,7% del 2019 al 9,4%) (Istat 2021).

Tab. 3 - Il reddito di cittadinanza nelle Marche. Anno 2019

	Reddito di Cittadinanza			Pensione di Cittadinanza			TOTALE		
	Numero nuclei	Numero persone coinvolte	Importo medio mensile	Numero nuclei	Numero persone coinvolte	Importo medio mensile	Numero nuclei	Numero persone coinvolte	Importo medio mensile
Ancona	4.540	11.645	435,05	714	788	216,50	5.254	12.433	404,09
Ascoli Piceno	2.167	5.217	453,24	349	396	234,88	2.516	5.613	421,05
Fermo	1.635	4.241	472,29	332	359	221,13	1.967	4.600	427,04
Macerata	2.777	7.239	444,54	557	620	191,29	3.334	7.859	399,72
Pesaro Urbino	2.922	7.020	443,20	559	647	210,92	3.481	7.667	404,05
TOTALE	14.041	35.362	445,74	2.511	2.810	212,89	16.552	38.172	408,53

Fonte: Inps, Osservatorio statistico

Anche dopo l'introduzione del Reddito di cittadinanza, non è mutato il dato di fondo che continua a caratterizzare le politiche di contrasto alla povertà in Italia: restano politiche centrate soprattutto su sussidi e trasferimenti monetari, mentre sono fortemente carenti per quello che riguarda i servizi. Questo carattere è stato addirittura accentuato dal nuovo sistema, dal momento che non ha funzionato l'altro pilastro della legge: l'inserimento lavorativo. Come in altre regioni, anche nelle Marche i Centri per l'impiego non sono stati in grado di elaborare e gestire i progetti personalizzati di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa previsti dalla legge.

Intanto, l'Alleanza contro la povertà nelle Marche ha continuato a svolgere la sua funzione di *advocacy*, effettuando un costante monitoraggio sui livelli di attuazione delle politiche nazionali e regionali in tema di contrasto alla povertà, sollecitando l'istituzione di un "Tavolo regionale della rete della protezione e dell'inclusione sociale", intervenendo nell'ottobre 2019 con varie osservazioni al Piano sociale della Regione Marche 2019-2021 e presentando nel maggio 2021 proprie proposte sull'emergenza Covid.

16.4. "Beni e servizi" del Terzo settore

Con il progressivo diffondersi del welfare mix il Terzo settore amplia notevolmente la propria gamma di prodotti offerti e di servizi prestati. Nel 2014 in tutte le province della regione gli interventi sono ormai concentrati nell'assistenza sociale e nella sanità, ma i settori di attività sono ben più numerosi (Tab. 4).

Tab. 4 - L'attività prevalente nelle Associazioni di volontariato nelle Marche. Anno 2014

	Pesaro – Urbino	Ancona	Macerata	Fermo	Ascoli Piceno	Marche
Assistenza sociale	125	186	112	52	68	543
Sanità	55	91	71	28	27	272
Tutela dei diritti	27	40	15	4	6	92
Istruzione	18	19	9	6	9	61
Attività aggregative, ludico ricreative e sportive	17	23	13	15	14	82
Tutela e protezione degli animali	20	20	14	3	7	64
Tutela e valorizzazione dell'ambiente e della natura	26	21	22	9	12	90
Valorizzazione del patrimonio storico artistico e culturale	28	46	18	18	34	144
Protezione civile	15	32	16	9	14	86
Totale	331	478	290	144	191	1.434

Fonte: Rapporto *Le organizzazioni di volontariato nelle Marche*, 2016

Nel nuovo scenario del welfare mix il Terzo settore viene spinto a ulteriori processi di adeguamento, che hanno come effetto non solo una più ampia offerta di servizi, ma anche un loro miglioramento qualitativo. Crescendo i rapporti con le Amministrazioni pubbliche, occorre adeguarsi ai parametri richiesti dalle istituzioni con le quali si fanno contratti o convenzioni. Sono rapporti più strutturati che diventano una spinta alla specializzazione e alla professionalizzazione. Di conseguenza, cresce notevolmente il ricorso a personale retribuito, a conferma che il Terzo settore, oltre che produttore di servizi alla persona, è anche creatore di occupazione (Tabb. 5 e 6).

Tab. 5 – Le risorse umane nelle organizzazioni di volontariato delle Marche. Anni 2003-2014

	Volontari	Religiosi	Volontari del servizio civile	Dipendenti	Collaboratori retribuiti	Totale Risorse Umane
Marche 2003	29.142	120	359	359	335	30.315
Marche 2014	44.593	201	192	1.747	2.014	48.747

Fonte: Rapporto *Le organizzazioni di volontariato nelle Marche*, 2016

Tab. 6 – Istituzioni non profit e dipendenti in Italia e nelle Marche. Anni 2001-2018

ITALIA	2001	2011	2016	2018
Istituzioni non profit	235.232	301.191	343.432	359.574
Dipendenti delle istituzioni non profit	488.523	680.811	812.706	853.476
Istituzioni non profit in percentuali sulle imprese	5,8%	6,8%	7,8%	8,2%
Dipendenti delle istituzioni non profit in percentuale sui dipendenti delle imprese	4,8%	6,0%	6,9%	6,9%
MARCHE – N. Istituzioni non profit			11.443	11.555
MARCHE – N. Dipendenti Istituzioni non profit			17.919	19.136

Fonte: Istat - *Strutture e profili del settore non profit – Anno 2018*

Di pari passo crescono le cooperative sociali e le imprese sociali, alcune delle quali ben presto raggiungono anche grandi dimensioni. Il fenomeno più macroscopico è però il forte aumento del numero dei volontari, non solo nelle organizzazioni di volontariato, ma anche nelle associazioni di promozione sociale, nelle fondazioni, negli enti di patronato, nelle Onlus e in tutta l'economia sociale non profit. Nel dicembre 2014 vengono censiti nelle Marche 44.600 volontari. È necessario, però, non considerare il Terzo settore il sistema a cui far ricorso per supplire alle mancanze o alle inefficienze del settore pubblico. Le istituzioni devono riconoscere il ruolo sociale delle organizzazioni del Terzo settore e la funzione che nel Paese esse svolgono nella lotta contro la povertà e le disuguaglianze di opportunità, nel sostegno alle esperienze di solidarietà e di mutualismo e nella promozione della cultura della socialità. E di conseguenza devono realizzare forme di co-programmazione e co-progettazione e quindi di coinvolgimento nelle scelte strategiche delle Regioni e dell'intero Paese.

Sono passi importanti che, partendo da una nuova visione del welfare pubblico e privato (non solo un sistema di professioni e un settore di interventi riparativi, ma un patrimonio e una risorsa dell'intera società), contribuiscono alla realizzazione di “una società della cura”. Oggi la nostra non è una società della cura. Basti pensare al mancato riconoscimento sociale del lavoro di cura: non ovviamente quello dei medici e degli infermieri, ma quello di coloro, in genere donne, che si prendono cura degli anziani, dei disabili e di chi ha problemi di salute in famiglia o quello delle assistenti familiari.

Negli ultimi decenni, con l'invecchiamento della popolazione e con l'aumento del numero dei non autosufficienti, le famiglie si sono rivolte ad assistenti familiari di origine straniera; si è creato così un vasto mercato della cura di carattere privato, caratterizzato da vari problemi sia sul piano del rapporto di lavoro sia su quello delle relazioni umane. L'assistenza operata dalle assistenti familiari costituisce oggi il fulcro attorno al quale ruota gran parte di un welfare “fai da te”, che risponde a due esigenze

complementari, quella delle famiglie italiane di disporre di servizi di cura personalizzata, a basso costo e a domicilio e quella degli enti locali di limitare la spesa sociale.

Anche in questo ambito, il lavoro svolto negli ultimi decenni da associazioni non profit e da enti di patronato ha favorito l'integrazione delle colf e delle assistenti familiari immigrate, contribuendo in tal modo a rafforzare la coesione sociale delle comunità locali.

16.5. Salute, cura e povertà alla prova del Covid

In questa realtà già difficile e segnata da non poche criticità è piombato il Covid 19 con conseguenze devastanti. A livello nazionale, nel corso del 2020 e nei primi mesi del 2021, nonostante il blocco dei licenziamenti si è perso oltre un milione di posti di lavoro. Sono state penalizzate soprattutto le fasce più deboli: i giovani, le donne, i titolari di contratti a termine, i lavoratori autonomi, quelli con partite Iva e gli stranieri, fra i quali molti lavoratori "in nero". Anche nelle Marche, come in molte altre regioni, i dati più drammatici riguardano le donne e i giovani: per circa la metà i posti di lavoro persi si riferiscono a giovani sotto i 35 anni che avevano contratti a tempo determinato e forme di lavoro precario; ma hanno perso il lavoro anche moltissime donne, che hanno pagato il blocco di alcuni comparti del settore dei servizi e del lavoro di cura.

Secondo i dati raccolti dalla Caritas Marche, in una situazione già caratterizzata da grande fragilità la pandemia ha avuto effetti sociali drammatici. Il 45% delle richieste pervenute ai Centri di ascolto della Caritas dall'inizio della pandemia riguarda soggetti che per la prima volta hanno sperimentato condizioni di disagio e di deprivazione economica così gravi da essere costretti a chiedere aiuto. Tra coloro che si sono rivolti alla Caritas prevalgono i disoccupati, le persone con impiego irregolare, i lavoratori dipendenti in attesa della cassa integrazione, i lavoratori precari o intermittenti, ma soprattutto i lavoratori indipendenti la cui attività si è ridotta a causa del *lock-down* e gli stranieri con problemi di residenza, che non hanno potuto richiedere le misure di ristoro previste dai decreti governativi (Tab. 7).

Tab. 7 – Servizi offerti dalla Caritas Marche negli anni 2019 e 2020

	€2019	€2020	€ variaz. %	€ valore	€totale 2020
Numero di persone ascoltate 2020	11.000	13.800	25,5		
Numero di ascolti	24.038	34.952	45,4		
Importo 2020 cda ord	958.151	1.240.351	29,5		1.240.351
Importo extra Covid	0	1.197.145			1.197.145
Totale fondi erogati	958.151	2.437.496	154,4		
Numero diocesi fondo anti Covid		10			
Persone seguite fondi anti Covid		2.346			
Pasti mense	149.452	161.389	8,0	10	1.613.890
Famiglie assistite empori	1.061	1.915	80,5		
Valore merce distribuita empori	405.173	616.529	52,2		616.529
Pacchi viveri distribuiti	33.461	40.105	19,9	20	802.100
Interventi vestiario	10.350	6.358	-38,6	20	127.160
Accoglienza notturna prima	28.621	18.327	-36,0	10	183.270
Accoglienza notturna seconda	60.605	51.081	-15,7	10	510.810
Docce	6.092	3.434	-43,6	3	10.302
Valore pratiche micro/nano credito erogate 2020	111.200	60.400	-45,7		60.400
Prestazioni sanitarie	3.000	1.705	-43,2	15	25.575
Valorizzazione servizi					6.387.532

Fonte: Caritas, *Rapporto 2020*

La pandemia, rilevano i report della Caritas, ha svelato le “mille facce” della povertà: oltre alla perdita di reddito sono emerse nuove forme di disagio dovute a carenze abitative o al peso della solitudine; sono aumentati i casi di disagio psicologico-relazionale, di maltrattamento e di violenza domestica, nonché di rinuncia alle cure e all’assistenza sanitaria; è aumentato l’isolamento dei disabili, per il venir meno della possibilità di frequentare strutture e di rivolgersi ai servizi e sono aumentate le difficoltà connesse all’assistenza dei figli rimasti a casa per la chiusura delle scuole o dovute alla mancanza degli strumenti informatici necessari per la didattica a distanza. Con il Covid sono cambiati anche i volti della solidarietà; il contatto fisico e l’abbraccio sono stati sostituiti dalla voce, dalla comunicazione tramite il telefono o i social, strumenti per stabilire nuovi legami relazionali e nuove forme di solidarietà.

Confrontando i dati del 2019 con quelli del 2020, l’ultimo Rapporto della Caritas, oltre a sottolineare ancora una volta il carattere mutevole e multiforme della povertà, conferma quanto già emerso dalle periodiche analisi dell’Istat; tutti i dati attestano alcuni fenomeni che risultano ormai strutturali nel mondo dell’indigenza: il peso crescente degli italiani, l’aumento dell’incidenza dei giovani tra i 18 e i 34 anni, l’aumento della quota dei coniugati e delle famiglie con più figli e con minori (Caritas Italiana, 2020). A queste categorie sociali hanno rivolto i loro servizi, anche nelle Marche,

molti gruppi di volontariato e numerose associazioni di promozione sociale.

Di fronte alla pandemia, le associazioni di volontariato e di promozione sociale meglio strutturate hanno mostrato una notevole capacità di adattamento; molte hanno promosso risposte innovative che non avevano sperimentato in precedenza: non solo pasti, pacchi di viveri e sostegni economici, ma anche rapporti telefonici, storie on line, amicizie tramite i social e fiabe lette al telefono. Gli enti di Patronato, soprattutto quelli sindacali e quello delle Acli, si sono impegnati in una febbrile attività di accompagnamento per le misure previste dai decreti governativi, sia il Decreto Cura Italia e il Decreto Rilancio che le varie forme di “ristori”. Un lavoro altrettanto rilevante è stato svolto per accompagnare i beneficiari delle misure emergenziali disposte dal governo, in particolare il Reddito di emergenza e i vari “bonus” per i lavoratori domestici, per i lavoratori stagionali e per i lavoratori flessibili.

Facendo aumentare drammaticamente il numero dei morti e il numero dei poveri, la pandemia ha fatto comprendere a tutti che il Servizio sanitario nazionale deve essere un Servizio pubblico e diffuso sul territorio; nelle Marche la rete sanitaria e sociale regionale va quindi ripensata profondamente in modo da realizzare un vero sistema di medicina territoriale e di welfare locale. Ma, proprio per gli effetti paralizzanti provocati dal *lock-down* e per l'interruzione forzata dei rapporti con le persone care e con il contesto nel quale si è vissuto, la pandemia ha fatto anche comprendere l'importanza dei rapporti sociali e delle reti relazionali e la necessità di un nuovo approccio al tema della cura.

Una vera “società della cura” deve farsi carico non solamente della persona che ha una malattia, ma anche del contesto che genera quella malattia e del contesto che deve sostenere quella persona nella guarigione. Le cure sanitarie sono certo importanti perché permettono di sopravvivere, ma il welfare, ed è questa una ulteriore acquisizione della pandemia, non è fatto solo di sanità; è fatto anche di altre cure: di vicinanza, di affetti, di gesti solidali e di legami sociali, cioè di tutto quello che consente non solo di sopravvivere, ma di vivere bene. È proprio quanto il Terzo settore si sta impegnando a realizzare (Gori e Rossi, 2020).

16.6. Le sfide, l'innovazione e le buone pratiche

Le sfide sono molte. Per il Terzo settore si tratta innanzitutto di non perdere la propria natura, basata ieri come oggi su gratuità, reciprocità e solidarietà. Si tratta anche di evitare i rischi di marginalizzazione; se si guarda al peso economico, infatti, il volontariato risulta sempre meno rilevante nel sistema di protezione sociale del nostro Paese, spesso sostituito da imprese

sociali più forti economicamente e con un maggior numero di dipendenti retribuiti. Si tratta, infine, di riuscire a coinvolgere i giovani, dando loro uno spazio adeguato non solo nei nuovi progetti, ma anche negli organismi dirigenziali (Ascoli e Pavolini, 2018).

Per il Terzo settore forse la sfida più importante è quella dell'innovazione. Storicamente più volte il volontariato ha affrontato problemi sociali che solo in seguito sono stati presi in carico dai servizi pubblici. Studi recenti hanno sottolineato l'importanza dell'innovazione di *governance*: si tratta di migliorare le relazioni reciproche e le responsabilità di governo di tutti gli attori sociali coinvolti in un progetto. In questo ambito si possono sperimentare le nuove modalità di co-partecipazione e di co-progettazione individuate fin dal 2000 dalla legge 328 e non sempre pienamente attuate. Allo stesso modo importante è l'innovazione di *advocacy* o di "denuncia", che rischia di indebolirsi quando un ente di Terzo settore opera con il sistema pubblico che gli ha commissionato un intervento (Sgritta, 2017). Se la finalità primaria degli enti senza scopo di lucro è la creazione di valore sociale e non la generazione di profitti, largo spazio devono avere la tutela dei diritti, l'*empowerment* dei soggetti deboli, la cura dei beni comuni e le molte altre forme di cittadinanza attiva: tutte azioni che rientrano nell'innovazione di *advocacy* (Moro, 2014).

L'obiettivo fondamentale resta quello di arricchire il capitale sociale del nostro Paese, la cui importanza è un dato ormai acquisito; non solo nella crescita economica, ma nello sviluppo complessivo delle comunità locali si sono rivelate essenziali quelle risorse sociali e quella cultura condivisa che, alimentate dalle reti sociali, favoriscono rapporti di fiducia e atteggiamenti cooperativi. Così inteso, il capitale sociale è la risorsa capace di favorire e consolidare la tenuta sociale di una comunità.

16.7. Una buona pratica. Il Progetto R.I.E.S.CO. Marche: Reti Inclusive e Solidali per la Comunità

Il Terzo settore nelle Marche ha tentato di dare una risposta di rete alle famiglie e ai cittadini marchigiani, già in forte difficoltà per la diffusa crisi economica e sociale provocata dalla pandemia di Covid. Il progetto, finanziato dalla Regione Marche, con risorse statali e con il contributo della Consulta Fondazioni Casse di Risparmio marchigiane, è stato pensato e realizzato da 14 organizzazioni (di cui 7 Organizzazioni di volontariato e 7 Associazioni di Promozione Sociale²). Grazie anche al sostegno operativo

² Auser Marche Odv, Acli Marche Aps, Arci Marche Aps, Anpas Marche Odv, Avis Marche Odv, Centro di Ascolto e di prima accoglienza Odv Macerata come coordinamento

dell'Assessorato alle politiche sociali della Regione Marche, il Progetto R.I.E.S.CO. dal luglio 2020 al febbraio 2021 ha attivato un sistema integrato di interventi su tutto il territorio regionale e ha rappresentato un sostegno concreto per tante persone e famiglie in difficoltà. Per l'ampiezza della rete degli enti del Terzo settore coinvolti, per la varietà degli interventi e per l'entità del bando di finanziamento, il Progetto R.I.E.S.CO. è stato la prima esperienza del genere in regione e rappresenta una novità di rilievo anche nel panorama nazionale.

Nel periodo di attività del Progetto sono state realizzate su tutto il territorio regionale le azioni progettuali divise in quattro aree strategiche: 1) Azioni di contrasto alla povertà estrema; 2) Azioni e interventi domiciliari di supporto alle fasce deboli, compresa la consegna di pasti e medicine a domicilio; 3) Azioni di supporto a distanza per situazioni di disagio causato o acuito dall'emergenza epidemiologica; 4) Azioni di supporto al tessuto associativo regionale.

Tab. 8 – Prestazioni e servizi erogati dal Progetto R.I.E.S.CO. Marche – 09-2020/01-2021

Categoria beneficiari fruitori dei servizi erogati	Numero servizi/prestazioni erogati
Nuclei familiari	41.566
Bambini e ragazzi (entro i 18 anni)	10.070
Giovani (18/34 anni)	3.781
Adulti (35/64 anni)	24.524
Anziani (over 65)	7.863
Disabili	8.011
Migranti, rom e sinti	2.922
Soggetti in condizione di povertà e/o disagio sociale	8.146
Soggetti con disagio abitativo	1.969
Senza fissa dimora	796
Soggetti con dipendenze	87
Donne vittime/potenziati vittime di violenza domestica	21
Volontari formati	1.345
Volontari coinvolti complessivamente	2.634

Fonte: Report Progetto RIESCO Marche, 2021

Con il Progetto R.I.E.S.CO. la rete del Terzo settore ha consolidato le

della Caritas Marche, Cdo Opere sociali Aps, Legambiente Marche Aps, Anffas Marche Aps, Anteas Marche Aps, Aias Pesaro, Ada Marche, Anmil Marche, CSI Marche), riunite un'Associazione Temporanea di Scopo, con il supporto del Centro Servizi per il Volontariato, insieme ad altre 33 piccole associazioni, collegate complessivamente a una rete territoriale di 759 associazioni, organizzazioni ed enti locali.

relazioni interassociative riuscendo così a realizzare un efficace sistema integrato di interventi capace di contribuire alla costruzione di un territorio inclusivo e solidale. Le attività previste si sono svolte in tutta la regione: operatori e volontari si sono impegnati in azioni di solidarietà alimentare e sociale, nelle consegne a domicilio di spesa, farmaci e pasti, nei trasporti sociosanitari, nell'orientamento al lavoro. Si sono attivati anche a distanza, con l'ascolto e il supporto psicologico, il sostegno didattico, la formazione, la promozione della salute. In totale, i servizi effettuati dall'intera rete di progetto sono stati 113.425 con il coinvolgimento di 2.634 volontari. Nella Tabella 8, nel dettaglio, i servizi erogati.

R.I.E.S.CO. è stato una prima grande esperienza di attivazione del Terzo settore, in uno stesso progetto, a livello regionale. I risultati raggiunti consentono di affermare che il Progetto è stato un importante esempio di co-progettazione tra sistema pubblico e Terzo settore. Lavorare in rete è sicuramente più complesso, ma è anche più efficace.

Dalla lettura dei numeri e dai colloqui con i volontari coinvolti sono due le consapevolezze importanti emerse dal Progetto R.I.E.S.CO. Innanzitutto la forza generativa della rete, cioè l'importanza di "fare rete" e di "fare sistema", superando le diffidenze reciproche, per mettere insieme le ricchezze del sistema pubblico e dei vari attori del Terzo settore al fine non solo di migliorare la qualità dei servizi e il sostegno dato ai cittadini, ma anche di aumentare la coesione sociale nelle comunità della regione. In secondo luogo, la coscienza da parte dei soggetti del Terzo settore di avere svolto e di poter ancora svolgere in futuro la funzione di *advocacy*, realizzata con una vasta campagna di comunicazione e con una presenza attiva e capillare sul campo.

Conclusioni

Il Covid ha dimostrato con evidenza che solo con un sistema integrato di servizi sociali si riuscirà ad affrontare gli effetti disumanizzanti del paradigma tecnocratico e i problemi provocati dalla crescita delle disuguaglianze e della povertà che si è avuta negli ultimi decenni. A sua volta il Progetto R.I.E.S.CO. Marche suggerisce che è possibile vincere la sfida più difficile, quella di portare il settore pubblico e il Terzo settore a "fare sistema" e a co-programmare insieme, con modalità di attuazione integrate, accrescendo l'efficacia delle politiche pubbliche. È questa, d'altra parte, la prospettiva indicata anche dalla legge 328: creare una rete virtuosa che possa contrastare la povertà e migliorare la qualità della vita, per giungere a strutturare un "modello d'intervento" condiviso, capace di garantire una tenuta significativa della coesione sociale nelle comunità locali.

Riferimenti bibliografici

- Ascoli U., Pavolini E. (a cura di) (2017), *Volontariato e innovazione sociale oggi in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Ascoli U., Pavolini E. (2018), *Giovani e volontariato nelle Marche*, Ancona, Centro Servizi per il Volontariato.
- Ascoli U., Ranci, C. (2003), *Il welfare mix in Europa*, Roma, Carocci.
- Caritas Italiana (2015), *Dopo la crisi costruire il welfare. Le politiche contro la povertà in Italia*, Roma.
- Caritas Italiana (2020), *Gli anticorpi della solidarietà. Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia*, Roma.
- Fedeli A., Polini B., Tartari M.E. (2011), *Quanto conta il volontariato nelle Marche*, Ancona, Centro Servizi per il Volontariato.
- Forum del Terzo settore (2010), *Le sfide dell'Italia che investe sul futuro. Libro verde del Terzo settore*, Roma.
- Gori C. (2020), *Combattere la povertà. L'Italia dalla social card al Covid-19*, Roma-Bari, Laterza.
- Gori L., Rossi E. (2020), *Volontariato e pandemia. La risorsa necessaria per il dopo*, in "Il Regno", n. 22, 15 dicembre.
- Istat (2021), *Condizioni economiche delle famiglie e disuguaglianze*, Roma.
- Moro G. (2014), *Contro il non profit*, Roma-Bari, Laterza.
- Polini, B. (2010), *Il valore sociale ed economico del volontariato. Un'indagine condotta nella Regione Marche*, Ancona, Centro Servizi per il Volontariato.
- Regione Marche, Centro Servizi per il Volontariato, Agenzia Regionale Sanitaria (2016), *Le organizzazioni di volontariato nelle Marche. Rapporto 2016*, Ancona.
- Saraceno C. (2015), *Il lavoro non basta. La povertà negli anni della crisi*, Milano, Feltrinelli.
- Sgritta G.B. (2017), *Volontariato e innovazione*, in Ascoli U., Pavolini E. (a cura di), *Volontariato e innovazione sociale oggi in Italia*, Bologna, Il Mulino.

Sitografia

- De Angelis P. (2021), *I numeri e gli effetti del Progetto R.I.E.S.CO. Marche*, <http://riescomarche.org>
- Polini B., Corradini F., Battistoni S., Ginestra C. (2021), *Report monitoraggio Progetto R.I.E.S.CO. Marche - ACLI Marche*, <http://riescomarche.org>

Sfide e costruzione

17. L'Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS), a cinque anni dalla sua attivazione

di *Stefano Ricci**

17.1. La cornice nazionale e regionale dell'integrazione sociale e sanitaria

La L. 833/78, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con una forte centratura territoriale costituita dalle Unità Sanitarie Locali (USL), nel recuperare tra i principi i riferimenti costituzionali alla salute, stabilisce che nel SSN “è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività” (Art. 1). A fronte di un sistema dei servizi sanitari che si stava riformando con la definizione di un modello unitario, organico per il superamento della frammentarietà dell'assistenza e degli squilibri territoriali, il sistema dei servizi sociali era per lo più inesistente o, comunque, caratterizzato da: un approccio familistico, scarsa equità, assistenzialismo e centralismo.

A conferma del vecchio detto che speso “la toppa è peggio del buco”, il DPCM 8 agosto 1985, individuando le responsabilità delle prestazioni e dei costi tra “sanità” e “sociale”, ha “sanitarizzato” il concetto di salute e, soprattutto, ha “spaccato” la persona, attribuendo rigidamente competenze e responsabilità in questo settore (il “sociale” ai Comuni, la “sanità” alle UUSLL), con conseguenze drammatiche soprattutto sulle persone fragili: minorenni, disabili, persone con sofferenza psichica o mentale, persone con problemi di dipendenza, anziani, soprattutto se non autosufficienti.

La persona è una... dove finiscono i bisogni sociali e cominciano i bisogni sanitari? o viceversa?

* Già dirigente per l'Integrazione sociosanitaria della Regione Marche. È in pensione dal 1 ottobre 2019.

La “necessità” dell’integrazione sociale e sanitaria¹ nasce, quindi, da una “frattura”.

Il D.Lgs. 502/92 “aggrava” la divaricazione perché stabilisce che “le Unità Sanitarie Locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale”, mentre la USL, per la L. 833/78, era una “struttura operativa dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane”.

Bisogna attendere il D.Lgs. 229/99 per avere una definizione del concetto di integrazione sociosanitaria che tenta di “ricomporre” la frattura: le prestazioni sociosanitarie sono «tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale» chiarendo che «...le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante le quali i Comuni e le Aziende sanitarie garantiscono l’integrazione su base distrettuale, delle prestazioni sanitarie e sociali di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari».

La “Sanità” faceva qualche passo per l’integrazione e il “Sociale” tenta di rispondere con la L. 328/00, un approccio coerente con i principi della L. 833/78, perché si proponeva come strumento legislativo quadro per rispondere ai bisogni di più generazioni, affermandone i diritti di cittadinanza attraverso un sistema integrato di servizi sociali che assicuri i livelli essenziali di assistenza. Purtroppo i positivi scenari possibili sono stati presto stravolti dall’approvazione della Riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001).

I due DPCM del 2001² danno qualche indicazione, anche non sempre omogenea tra i due atti, non sufficientemente cogente e con una eccessiva attenzione alla distinzione tra costi sanitari e costi sociali che non ha favorito la collaborazione.

Il DPCM 12.01.2017 con i “Nuovi LEA” rappresenta un’importante novità perché:

- introduce un “nuovo” capitolo: Capo IV - Assistenza sociosanitaria,

¹ Quando si trattano le questioni “generali” (programmazione, organizzazione, gestione) dell’integrazione tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari ritengo opportuno utilizzare l’espressione integrazione “sociale e sanitaria” piuttosto che integrazione “socosanitaria” o “socio-sanitaria”, per il dovuto “rispetto” della “dignità” dei due “sistemi” e per evitare che il “socosanitario” venga concepito come una dimensione della sola Sanità o un modo “spiccio” per “annettere” il Sociale alla Sanità. Altra cosa sono i Servizi sociosanitari in cui le componenti della cura sanitaria e dell’assistenza sociale sono legate per le particolari condizioni e le necessità dei destinatari.

² DPCM 14.02.2001: “Atto di Indirizzo e Coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie” DPCM 29.11.2001: “Definizione dei LEA - Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza”.

che specifica i compiti del servizio sanitario in questo settore e li collega agli interventi dell'assistenza sociale;

- “copre” l'area sociosanitaria sia rispetto ai diversi destinatari, che alle tipologie di servizi;

- con l'Art. 21 definisce chiaramente i “percorsi assistenziali integrati” rimandando a linee di indirizzo, purtroppo ancora da definire, “volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione”.

È importante sottolineare il “comma” ricorrente in molti articoli del capo sull'Assistenza sociosanitaria: L'assistenza distrettuale alle persone (...) è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

La scelta di un approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale è evidenziata dalla L.R. 13/2003 e alcune opzioni normative della Regione Marche già dal 2007³ andavano nella direzione che sarà definita chiaramente dal DPCM del 2017, ma non sono stati sufficientemente “direttivi”.

La crescente consapevolezza che l'integrazione sociale e sanitaria è indispensabile ha portato alla convinzione che fosse resa “obbligatoria” con scelte (anche di sistema) coerenti e cogenti, con accompagnamento formativo e incentivi, ma anche con controlli e sanzioni.

17.2. Le motivazioni e il significato della “scelta” dell'U.O. SeS

Nel 2015, con l'approvazione di una serie di atti da parte della Giunta regionale, è stato sostanzialmente completato il percorso di definizione e di avvio dei macroprocessi del livello territoriale individuati dal Piano Regionale Socio-Sanitario 2012-2014 (PSSR 2012-2014):

- Sistema tariffario e compartecipazione per le strutture sanitarie e sociosanitarie - DGR 1331/14, che completa il percorso iniziato con le DGR 1011/13, DGR 1195/13;

- Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS) - DGR 110/15;

- Governo della domanda - DGR 111/15;

- Atto di fabbisogno, delle strutture residenziali e semiresidenziali: sanitarie extraospedaliere, sociosanitarie e sociali - DGR 289/15;

³ DGR 720/07 “Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali”.

- Autorizzazione e accreditamento: Proposta di Legge regionale predisposta dal Servizio sanità e dal Servizio Politiche sociali e sport che supera le due LL.RR. 20/00 [sanità] e 20/02 [sociale] approvata dalla Giunta regionale nel 2015, ma con un iter “faticoso” tanto che sarà approvata nel 2017 (L.R. 21/2017).

La coerenza degli atti regionali che hanno regolato questi macroprocessi dell’assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale del territorio è sembrato un elemento necessario per garantire che la cornice unitaria definita a livello regionale possa trovare modalità operative conseguenti e armoniche anche nei territori. In questa logica gli atti citati, in linea con il PSSR 2012-2014, confermano, qualificano e consolidano il “modello marchigiano di integrazione socio sanitaria” che:

- “mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS); non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;

- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Aree Vaste/Distretti Sanitari, rafforzando l’area sociosanitaria;

- rafforza la dimensione unitaria del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale come luogo privilegiato dell’integrazione sociosanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali e sanitari”.

L’eterogeneità della situazione dei servizi sanitari e sociali nelle Marche ha contribuito a ribadire e confermare la necessità di definire l’assetto organizzativo e gestionale a livello territoriale dell’integrazione sociale e sanitaria. Il rapporto tra i due soggetti prioritariamente coinvolti nell’integrazione tra sanità e sociale, Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale, consente di realizzare la riorganizzazione e gestione in un’ottica di rete rispetto a:

- asimmetrie e criticità: percorsi di riequilibrio e risoluzione;

- semplificazione del livello territoriale;

- organizzazione del livello territoriale.

Obiettivo finale di tale processo era, ed è, l’organizzazione e la gestione unitaria/congiunta dei servizi sanitari e sociali integrati.

In particolare le due DGR “sorelle”, la 110 e la 111 del 23 febbraio 2015⁴, disegnano un sistema di integrazione sociale e sanitaria rispettoso di questo modello e potenzialmente in grado di gestire coerentemente i conte-

⁴ DGR 110/15: “Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 - Istituzione e modalità operative dell’Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O. SeS)”. DGR 111/15: “Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”.

nuti del DPCM 12.01.2017, anche perché le “parole d’ordine” per l’U.O. SeS e per il Governo della domanda socio-sanitaria sono chiare:

DGR 110/15

- Sistema
- Gradualità
- Accompagnamento
- Partecipazione
- Monitoraggio/Verifica

DGR 111/15

- Centralità (del cittadino)
- Continuità
- Comunicazione
- Integrazione
- Accompagnamento
- Monitoraggio/Verifica

La *DGR 110/15*, che istituisce e indica le modalità operative dell’Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O. SeS), sviluppa questi contenuti attraverso un percorso logico di definizione e progressiva implementazione articolato e coerente con l’impianto della *DGR 111/15*.

Dopo i “Riferimenti normativi e linee d’indirizzo” sono definite le modalità di “Formalizzazione dell’U.O. SeS”, richiamando il PSSR 2012-2014, per il quale l’integrazione, non viene concepita come una connessione tra sistemi che operano autonomamente, ma come una strategia costante di organizzazione, a livello locale, di una rete realmente integrata di servizi, autorizzati ed accreditati, gestiti da soggetti pubblici, privati for profit e del Terzo settore che rispondono al bisogno di salute del territorio.

I processi operativi, gli attori, le azioni, gli interventi dell’U.O. SeS sono i contenuti dell’Accordo ex art. 30 D.lgs. 267/00 redatto secondo uno schema unico regionale, che declina il modello per la regolazione dei rapporti tra i Comuni di ogni Distretto Sanitario e degli Ambiti Territoriali Sociali in esso ricompresi e l’Area Vasta dell’ASUR competente per territorio.

Nell’individuare “Finalità, caratteristiche e contenuti dell’U.O. SeS” si sottolinea che l’istituzione della U.O. SeS vuole contribuire al consolidamento e allo sviluppo della rete dei Servizi alla Persona, di competenza sociale e di competenza sanitaria, coordinata dalla Regione e realizzata nei territori dai soggetti che hanno responsabilità nel sociale e nella sanità

Il rapporto tra i due soggetti prioritariamente coinvolti, Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale, consente di realizzare la riorganizzazione e gestione in un’ottica di rete.

La presa di coscienza che la suddivisione fra interventi sanitari e sociali è divenuta, nel tempo, una potenziale causa di sovrapposizioni, duplicazioni e confusione di ruoli e funzioni, anche in relazione alla sempre più difficile distinzione tra bisogni “solo” sanitari o “solo” sociali, ha portato a definire con chiarezza le “Responsabilità e competenze dell’U.O. SeS”.

Vengono individuati due livelli di responsabilità:

- un livello, di carattere istituzionale, rappresentato dal Coordinamento territoriale istituzionale;
- un livello, di carattere organizzativo/gestionale, rappresentato dalla U.O. SeS nelle sue articolazioni.

Rispetto alle “Funzioni e livelli operativi dell’U.O. SeS” sono specificati e descritti gli ambiti dell’integrazione che è necessario garantire per il pieno funzionamento dell’U.O. SeS: istituzionale, territoriale, programmatico, organizzativo/gestionale, professionale.

Rispetto all’”Articolazione organizzativa dell’U.O. SeS” il testo della DGR chiarisce che:

- L’ Unità Operativa Sociale e Sanitaria è un’unità operativa di tipo funzionale, cioè la struttura integrata che, a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, si occupa del coordinamento, della progettazione operativa, della organizzazione e della gestione dell’integrazione sociale e sanitaria a livello locale;

- L’U.O. SeS è formata dal Direttore di Distretto, dai Coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dagli operatori dell’Ufficio di coordinamento per le attività distrettuali e dell’Ufficio di Piano dell’Ambito;

- I responsabili della U.O. SeS sono il Direttore di Distretto e il Coordinatore dell’Ambito Territoriale Sociale.

Sia la DGR 110/15 che la DGR 111/15 hanno disegnato un coerente “Sistema informativo-gestionale” e “Azioni di accompagnamento e percorsi formativi” integrate.

La prospettiva dell’unitarietà a livello regionale è ribadita dal modello di accordo/convenzione, allegato alla DGR, tra Direttore dell’Area Vasta dell’ASUR e i Presidenti dei Comitati dei Sindaci degli ATS che insistono in un Distretto per formalizzare l’istituzione e l’operatività di una U.O. SeS per ogni Distretto sanitario.

La *DGR 111/15*, avente ad oggetto “Piano Regionale Socio-Sanitario 2012-2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”, allo stesso modo riprende i “Riferimenti normativi e documenti d’indirizzo”, con il necessario richiamo al PRSS 2012-2014 che sviluppa un percorso che da un lato intendeva correggere disfunzioni e criticità rilevate e, dall’altro, individuava i caratteri e le modalità per rendere operative le scelte verso una dimensione unitaria del governo della domanda socio-sanitaria, declinato nelle tre aree logiche:

- accettazione e accoglienza territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso - PUA);
- valutazione integrata multidimensionale e multiprofessionale a livello

di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità Valutativa Integrata - UVI);

- presa in carico e continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Nella parte su "Finalità e contenuti" si sottolinea che il governo della domanda rappresenta uno strumento per il potenziamento del rapporto tra i due soggetti - Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale - deputati alla organizzazione e alla gestione unitaria/congiunta dei servizi sanitari e sociali integrati.

I processi integrati tendono a colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale rispondendo in tal modo ad una serie di obiettivi specifici:

- aumentare l'efficienza del sistema attraverso un migliore coordinamento dell'assistenza ed il superamento della frammentazione e di dispersione delle risposte rispetto al bisogno espresso unificando i punti di accesso per gli interventi sanitari, sociali e d'integrazione sociosanitaria;

- offrire un'assistenza centrata sulla persona, convogliando le richieste nell'ambito di attività valutative unitarie, multidisciplinari, facilmente accessibili e integrate riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono fortemente interdipendenti;

- affrontare il cambiamento della domanda di assistenza derivante dall'invecchiamento della popolazione e facilitare l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società attraverso una presa in carico ed una continuità dell'assistenza in grado di migliorare l'accesso ai servizi e la personalizzazione del progetto di intervento.

L'U.O. SeS coordina l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi delle reti integrate", secondo un'impostazione unitaria regionale; quindi operano nell'ambito della U.O. SeS e da essa dipendono organizzativamente: il Punto Unico di Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), l'articolazione degli interventi e dei servizi per la presa in carico e la continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

Viene data la definizione di "Punto Unico di Accesso (PUA)", che rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione territoriale del bisogno espresso in termini di interventi sanitari, sociali e di integrazione sociosanitaria; garantisce l'informazione sulle opportunità e sulle tipologie di assistenza disponibili sul territorio.

Rispetto al PUA, che va organizzato come riferimento diffuso sul territorio di "front office", in grado di garantire accoglienza e prima risposta al cittadino (valutazione, orientamento, accompagnamento verso i servizi sociali o sanitari di competenza per i bisogni semplici, avvio della presa in

carico per i bisogni complessi), e un sistema di “backoffice” che apra le porte a un sistema più articolato e complesso, la DGR 111/15 indica: Funzioni; Attività; Articolazione organizzativa; Dotazione minima; Processi, percorsi e procedure.

Rispetto all’“Unità di Valutazione Integrata (UVI)”, la DGR indica che è un’équipe multidisciplinare integrata che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell’utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale Individualizzato) e definire adeguati ed appropriati percorsi assistenziali.

L’UVI ha un ruolo centrale nella continuità clinico-assistenziale; deve essere attivata precocemente garantendo l’integrazione operativa con gli altri servizi distrettuali, con i Dipartimenti specialistici, con l’Ospedale, con i soggetti erogatori delle prestazioni e con i servizi sociali pubblici e privati.

Rispetto all’UVI la DGR 111/15 indica: Funzioni; Attività; Articolazione organizzativa; Dotazione minima; Processi, percorsi e procedure; Attivazione; Accesso; Valutazione; Monitoraggio, oltre ad allegare specifici e validati strumenti di valutazione multidimensionale globale nell’unitarietà regionale del governo della domanda.

La consapevolezza che la continuità dell’assistenza, in un’ottica di presa in carico continua delle necessità dei cittadini, è sempre più una priorità ha portato a sviluppare le modalità di “Presa in carico e continuità dell’assistenza, Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)”.

Il PAI deve consentire, da una parte di delineare delle linee guida che si indirizzino verso un’assistenza individualizzata e ben organizzata, e dall’altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto “fragile”.

Rispetto alla continuità dell’accoglienza e al PAI la DGR 111/15 indica: Funzioni; Attività e articolazione organizzativa; Processi, percorsi e procedure; Tempi di utilizzo degli strumenti di valutazione.

La necessità della gestione unitaria e coerente tra la DGR 110 e la DGR 111 del 2015 è ribadita dalla corrispondenza e la complementarità del “Sistema informativo-gestionale”, dalle “Azioni di accompagnamento e percorsi formativi” e, soprattutto, dallo stesso strumento di “Formalizzazione dell’integrazione per il governo della domanda socio-sanitaria”, che si concretizza nell’ambito dell’elaborazione e della sottoscrizione dell’Accordo, ex art. 30 D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267, che istituisce una Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS) al livello territoriale e che deve includere gli accordi necessari alla realizzazione di: PUA, UVI, Continuità dell’Assistenza e PAI.

17.3. L'avvio, le tappe, l'accompagnamento, il monitoraggio

Il percorso di implementazione delle due Delibere di Giunta Regionale n. 110 e n. 111 del 23 febbraio 2015 che regolamentano i diversi livelli di integrazione sociale e sanitaria nella Regione Marche è stato, ed è ancora, lento e faticoso. Indubbiamente il cambiamento previsto dalla nuova normativa, ancorché accompagnato da alcuni percorsi formativi attivati dal livello regionale e dall'ASUR, è stato importante e impegnativo, ma le difficoltà e le resistenze che ancora si incontrano sono molte e, man mano che passa il tempo senza ulteriori interventi di governo da parte dell'amministrazione diventa sempre più difficile superarle.

Purtroppo l'attività di monitoraggio del funzionamento delle U.O. SeS, prontamente avviata e seguita con continuità per i primi tre anni, ma inspiegabilmente sospesa ancor prima della pandemia, ha evidenziato la permanenza di difformità di adesione alle indicazioni regionali, anche perché la collaborazione dei territori alla compilazione della modulistica non è stata costante.

Gli ultimi dati disponibili dei monitoraggi effettuati, oltre a non consentire una valutazione completa della situazione regionale, segnalano la permanenza di difficoltà, forse più culturali che operative, nell'applicazione di questo assetto istituzionale e organizzativo, che viene attuato a "macchia di leopardo" sul territorio regionale, anche se in alcuni territori si riscontravano miglioramenti e avanzamenti, attualmente non verificabili in una necessaria logica complessiva di governo regionale.

Le risposte da parte delle UU.OO. SeS, anche se formalmente i questionari sono pervenuti tutti (mentre per le prime rilevazioni diversi territori non avevano risposto), le risposte ai "quesiti" sono state inferiori rispetto alle precedenti rilevazioni. Gli esiti del monitoraggio possono essere così sintetizzati:

- sia l'attivazione effettiva (non "formale") delle UU.OO. SeS che delle "aree logiche" del governo della domanda (PUA, UVI, PAI) in qualche territorio sembrano essere ancora in un difficile "avvio", mentre nelle situazioni in cui la normativa si è innestata su consolidate esperienze precedenti di collaborazione e integrazione i miglioramenti si vedono;

- anche se gli accordi di programma previsti per l'istituzione delle UU.OO. SeS erano stati firmati in tutti i territori (e dovrebbero essere rinnovati), PUA, UVI e PAI, considerando le "modalità operative" formalizzate e non, sarebbero comunque relativamente diffusi, anche se venivano auspicati rilevazioni ad hoc, anche sul campo, per verificare il reale e "normale" funzionamento;

- permangono elementi di contraddittorietà rispetto all'evoluzione della

situazione: di miglioramento in poche situazioni, anche se spesso si configurano ancora in fase di avvio e in diversi casi costituite formalmente, ma con modalità operative non formalizzate e, quindi, non consolidate; di peggioramento, per l'aumento delle mancate risposte al questionario di monitoraggio che, al di là di possibili e comprensibili motivi di difficoltà, segnala una scarsa sensibilità ed attenzione per l'adesione reale ad una norma regionale vigente e che dovrebbe essere vincolante.

La “colpevole” mancanza di aggiornamenti del monitoraggio dopo il 2019 è un primo indizio dell’“abbandono” da parte della Regione di questa fondamentale dimensione della risposta di salute alle cittadine e ai cittadini nelle Marche. D'altra parte le disuguaglianze territoriali riscontrate, tra carenze e difficoltà dei territori (sia dei Distretti Sanitari che degli Ambiti Territoriali Sociale) non appaiono riconducibili a qualche aggregazione di tipo geografico (una differenziazione lungo la direttrice Nord-Sud piuttosto che Costa-Zona montana, o all'interno delle Aree Vaste/Province) e, purtroppo, neanche storico-culturale (territori che nel “passato” hanno avuto importanti esperienze di integrazione sociale e sanitaria hanno “smantellato”, per motivi vari, l'organizzazione e la gestione integrata). Le, poche, esperienze positive sembrano collegabili all'impegno e alla sintonia tra “singoli” Coordinatori di ATS e Direttori di Distretto e/o, ma ancora meno, alla consapevolezza di qualche gruppo di Amministratori locali che fa pressioni alle direzioni di Area Vasta per favorire le connessioni.

È evidente che, se questo è vero, non ci sarà continuità, consolidamento e sviluppo per l'integrazione sociale e sanitaria, ed è ancora più grande la responsabilità della amministrazione regionale per la persistente mancanza di programmazione, coordinamento, formazione/aggiornamento, monitoraggio, controllo, verifica e valutazione.

17.4. L’“impatto” tra resistenze, indifferenze e abbandoni

L'integrazione tra sociale e sanitario, per molti e comprensibili motivi (istituzionali, finanziari, culturali, politici, professionali...), è difficile da realizzare, ma è fondamentale; tendendo presente che la sua attuazione non può essere demandata ad una sola persona, ma è indispensabile la collaborazione orientata in modo unitario di tanti soggetti, pubblici e no.

L’“impressione”, abbastanza suffragata dalla mancanza di dati e informazioni sulla progressiva e costante realizzazione della normativa regionale sui territori, è che l'integrazione sociale e sanitaria sia stata “abbandonata”. È stata “abbandonata” dalla Regione che, nonostante un DPCM 12/1/2017 molto chiaro ed esplicito, da attuare e da declinare concretamen-

te nei territori, di fatto lo ha recepito solo formalmente e, nello specifico, ha interrotto i percorsi di formazione, accompagnamento e monitoraggio.

La recente riforma dell'organizzazione regionale (ovviamente) non affronta i rapporti tra sanità e sociale negli uffici regionali (ricordando che il tema dell'integrazione sociale e sanitaria è trasversale e deve trovare coerenze con l'attività di altri uffici... dal lavoro alla casa, dall'istruzione alla cultura...); nella sua applicazione si dovrà mettere mano alla tendenza che ha portato da una parte la "Sanità" a non coinvolgere sistematicamente il "Sociale" nelle decisioni che riguardano l'unitarietà dei bisogni di salute e che hanno una ricaduta "tra" le competenze dei servizi e, dall'altra, il "Sociale" a diminuire progressivamente i rapporti con la "Sanità" per paura di essere "inglobato", chiudendosi in una nicchia fatta di REI (Reddito di Inclusione), povertà e servizi residenziali e semiresidenziali "sociali-sociali".

È stata "abbandonata" anche dai territori:

- sul versante sanitario l'ASUR ha "dimenticato" il ruolo centrale dei Distretti e sta smantellando il poco rimasto dell'assistenza territoriale (Consultori familiari, UMEE e UMEA - i servizi per la disabilità - sono tra le risorse più martirizzate);

- sui territori con Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e Distretti Sanitari che, a parte pochissime situazioni positive, come già scritto basate unicamente sulla "testardaggine" di qualche Coordinatore e Direttore di Distretto, le opportunità di reale integrazione tra sociale e sanitario indicate e supportate dalla Regione non sono state mai prese sul serio, perché costringerebbero ad abbandonare le rispettive "vite di rendita" e a costruire, realmente, una modalità nuova di lavoro e di organizzazione dei servizi.

Non per ultimo, è stata "abbandonata" dai politici regionali e dagli amministratori locali, che si sono distinti per "miopia" (o "cecità"?), oltre che ignoranza profonda, aggravata in troppi casi dalla mancanza di volontà di conoscere e capire.

L'esperienza del COVID-19, come già, nel 2016, il terremoto (che non ci ha insegnato nulla) ha esasperato le difficoltà, le inadempienze, le disfunzioni.

Nel pandemonio, più che nella pandemia, in cui ancora siamo è sempre più indispensabile mettere al centro la persona (soprattutto quella in situazioni di fragilità) nella sua "unità" e, quindi, è sempre più urgente e essenziale costruire una corretta integrazione sociale e sanitaria.

Per il ragionamento che si sta facendo si accennano solo alcuni degli elementi "emersi" o "esasperati" dall'esperienza del COVID-19 che sarebbero stati molto meno devastanti se le UU.OO. SeS fossero state realmente operative:

- "distanziamento sociale" vs "distanziamento fisico": la prima espres-

sione, proposta in modo massivo ed ossessivo dalla politica e dai mass media è un evidente segnale di approccio culturale sbagliato, perché la pandemia ha fatto capire che c'è MOLTO più bisogno di “vicinanza sociale”, di inclusione, nel rispetto delle distanze e delle regole per limitare i rischi di contagio;

- l'“isolamento” vissuto ha fatto sperimentare a TUTTI le conseguenze sulla “salute mentale” di ognuno di noi; si pensi la sofferenza maggiore di chi vive da solo, delle famiglie che hanno a casa persone con disturbi psichiatrici, disabilità gravi... ma si pensi anche ai bambini e ai bambini nelle famiglie “difficili”... L'affanno dei Dipartimenti di Salute Mentale è inversamente proporzionale agli investimenti che sono stati fatti in questi anni;

- la “sospensione” degli interventi domiciliari (di cui la Regione Marche è già molto carente) e la necessità di ripensare e rafforzare “servizi di prossimità”. È stato triste leggere “linee guida per l'educativa territoriale a distanza”, o vedere tentativi di “interventi riabilitativi online”, se non altro perché, nonostante l'impegno degli operatori, oltre a non funzionare con tutti, funzionano molto poco, quasi niente, con l persone più fragili, primi destinatari dell'integrazione sociale e sanitaria;

- sulla stessa linea la chiusura (per periodi lunghissimi) dei servizi semi-residenziali con riaperture spesso parziali che non danno risposte adeguate ai bisogni dei destinatari e neanche alle esigenze di sollievo dei caregiver, richiede un forte supplemento di pensiero creativo in cui le parole d'ordine siano sempre prossimità, inclusione;

- la clausura e i rischi di contagio nei servizi residenziali è un altro tema (ri)messo in agenda dalla pandemia. Le Residenze Protette e le Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani che sono risultate più “a rischio” COVID-19 sono state quelle piccole, ma, questo non deve essere un “assist” del virus alle strutture grandi. Queste strutture non sono state più colpite perché erano più piccole, ma, forse, perché erano quelle dove la qualità dell'assistenza era già più bassa prima della pandemia... e questo (ri)propone la questione dei controlli.

17.5. La situazione attuale e gli scenari possibili

In attesa, si spera non vana, delle linee di indirizzo nazionali previste dall'art. 21 del DPCM 12/01/2017⁵, può essere necessario “obbligare” i ter-

⁵ “Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata (...), sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione”.

ritori marchigiani a collaborare e ad integrare il sistema dei servizi sanitari con il sistema dei servizi sociali, rafforzando i dispositivi di formazione, accompagnamento, monitoraggio, ma anche di controllo e sanzione, previsti dalle DD.GG.RR. 110 e 111 del 2015.

Spesso c'è la buona volontà degli operatori sociali e sanitari, altrettanto spesso c'è la diffidenza e la reticenza con la conseguenza di sprechi, sovrapposizioni, disfunzioni... oltre alla già citata “miopia” dei politici/amministratori locali e a un ruolo non sempre definito e chiaro dei soggetti del “Terzo settore” e, soprattutto, a una presenza di un “privato for profit” sempre più aggressivo nell’area sociosanitaria.

Precondizioni per riprendere correttamente il filo di una integrazione tra sociale e sanitario nelle Marche, sono:

- promuovere una programmazione unitaria, sanitaria, sociosanitaria e sociale, di livello regionale e locale, per cui va abrogata, o almeno molto modificata, la legge regionale 34/2014 “Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia” che dopo 14 anni ha recepito la legge nazionale (328/00) mortificando l’integrazione sociale e sanitaria, anche perché ha disposto, di nuovo, a livello regionale e locale la separazione della programmazione sociale da quella sanitaria e socio-sanitaria;

- ristabilire la coincidenza territoriale tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali Sociali;

- attivare la definizione di protocolli e, soprattutto, di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali Sociosanitari (PDTA+S) validi in tutti i territori per prendersi cura delle persone fragili;

- promuovere la formazione e l’aggiornamento comuni degli operatori sociali e sanitari sia per la applicazione dei PDTA sociosanitari che sulle modalità di presa in carico;

- definire un budget sociosanitario territoriale, dove confluiscono specifici fondi sociali e sanitari dedicati alla gestione unitaria tra l’Ambito Territoriale Sociale ed il Distretto Sanitario degli interventi sociosanitari per le persone fragili, con la prospettiva di arrivare ad un budget sociosanitario personale, calibrato sui bisogni di assistenza e cura di ogni persona, così da garantire risorse per il “progetto di vita” di ognuno.

I cittadini marchigiani, dopo il COVID-19, sono più consapevoli della necessità dell’integrazione tra sociale e sanitario? Forse no, ma il tema della partecipazione (reale) dovrebbe essere a cuore (se non altro in relazione alla ricerca del consenso) ai politici marchigiani... ma su questo i cittadini dovrebbero essere più “esigenti”.

Anche il tema della partecipazione delle formazioni sociali e dei cittadini alla sanità e al sociale è diversificato nella situazione attuale.

Per la sanità ci sono i comitati di partecipazione, previsti dall'Art. 24 della L.R. 13/2003, che, per motivi svariati, funzionano poco e male: con resistenze da parte delle Aziende Sanitarie e collaborazioni non sempre coerenti tra le varie (e variegate) realtà dell'associazionismo che le compongono; per il sociale le indicazioni regionali rimangono in mano all'attuazione nei territori, con una variabilità poco accettabile.

Le Delibere della Giunta Regionale del 2015 sull'integrazione sociale e sanitaria hanno dato indicazioni precise e, in teoria, vincolanti, anche per favorire la costituzione di "tavoli" aperti di partecipazione; nella pratica solo in pochissimi territori c'è qualcosa che "assomiglia vagamente" a quanto previsto dalle norme regionali.

Tema collegato alla partecipazione è quello della "conoscenza". Le informazioni sull'integrazione sociale e sanitaria, se ci sono, sono poco disponibili, spesso gestite da soggetti diversi in maniera difforme e non coordinata, per cui i cittadini e le associazioni di tutela dei diritti fanno fatica a reperirle. Data questa situazione i cittadini possono e devono pretendere una fonte "unica", certa, facilmente identificabile, da dove poter attingere con immediatezza al maggior numero e alla migliore qualità di dati e informazioni che riguardano la salute, sanitaria e sociale, i servizi e gli interventi, sanitari e sociali, i percorsi assistenziali.

A livello di Servizi regionali, ma anche con il confronto dei territori, fino al 2019 si è ragionato se la produzione di Linee guida operative, costruite insieme ai territori, per sostenere l'applicazione delle due deliberazioni sull'integrazione sociale e sanitaria del 2015 poteva, e a quali condizioni, migliorare la situazione. Sulla stessa linea andrebbe anche approfondito quali potrebbero essere gli elementi da inserire in una eventuale rivisitazione degli atti deliberativi, come pure capire quali potrebbero essere ulteriori e più efficaci strumenti di accompagnamento e formazione per l'applicazione effettiva, operativa e diffusa, di questo assetto organizzativo di integrazione tra sanità e sociale.

Anche se, in estrema sintesi, si può affermare che il sistema delle UU.OO. SeS non sia effettivamente e completamente partito non si può dire che sia "fallito", perché, di fatto, non è stato ancora realmente sperimentato in tutte le sue potenzialità. Anzi, l'esperienza del Terremoto prima e del Covid-19 poi hanno evidenziato la necessità di riprovarci.

In questo senso potrebbe essere vantaggioso qualificare e rendere più cogenti i dispositivi delle DD.GG.RR. 110/15 e 111/15, rilegendoli alla luce del DPCM 12 gennaio 2017 sui "Nuovi LEA".

18. Vulnerabilità nella Regione Marche. Un approccio multidimensionale alla valutazione del rischio

di *Silvia Sorana**, *Valerio Valeriani***

Premessa

Gli effetti delle catastrofi dipendono fortemente dalle caratteristiche della popolazione residente in un determinato contesto producendo esiti differenti in termini di capacità di risposta e resilienza delle comunità colpite. I fattori socioeconomici rappresentano le dimensioni principali della vulnerabilità alle catastrofi. Scopo di questa ricerca è quello di evidenziare se alcune porzioni del territorio marchigiano mostrano fattori e caratteristiche di fragilità e vulnerabilità.

La costruzione di un indice di vulnerabilità multidimensionale dei Comuni marchigiani offre l'opportunità di osservare i differenti gradi di vulnerabilità in relazione a sette dimensioni di interesse (abitazione, composizione familiare, istruzione, mobilità, lavoro, contesto sociale e rischio sociale) e di elaborare un indice di vulnerabilità complessiva permettendo di osservare la sovrapposizione tra le differenti dimensioni. I risultati ottenuti attraverso il presente studio rappresentano uno strumento utile alla elaborazione di specifiche politiche di prevenzione, pianificazione del territorio e di gestione dell'emergenza, capaci di tenere in considerazione le peculiarità dei Comuni della Regione Marche, sia in relazione alle differenti dimensioni investigate, sia rispetto ai diversi gradi di vulnerabilità riscontrati.

L'esigenza di osservare le condizioni socioeconomiche e il livello di vulnerabilità multidimensionale nei Comuni della Regione Marche, e in particolare nell'area del cratere sismico, in una fase precedente gli eventi

* Dottore di ricerca in Analisi delle trasformazioni economiche e sociali all'Università Politecnica delle Marche e docente a contratto presso l'Università di Macerata.

** Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale 16 di San Ginesio, dell'Ambito Territoriale 17 di San Severino Marche-Matelica e dell'Ambito Territoriale 18 di Camerino.

del 2016 e del 2017, ci ha confortato nell'utilizzare i dati disponibili nell'ultimo Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni effettuato nel 2011, fornendoci un'immagine esaustiva dei fenomeni socio-demografici e socioeconomici. La valutazione delle condizioni di vulnerabilità multidimensionale, effettuata in un periodo precedente al sisma (5 anni prima), ci ha consentito quindi di osservare, con buona approssimazione, quale livello di vulnerabilità multidimensionale il sisma ha incontrato nei Comuni del cratere.

Introduzione

Tra ottobre 2016 e gennaio 2017, il Centro Italia è stato colpito da una serie di forti scosse di terremoto che hanno coinvolto 138 Comuni tra Abruzzo, Lazio, Marche e Umbria¹ e hanno interessato circa 582.259 abitanti di cui 348.473 della Regione Marche, pari al 22,6% dell'intera popolazione regionale. Le vittime sono state 299 e migliaia i feriti.

I Comuni marchigiani inseriti nel cratere sono 85, il 35% del totale² e il numero degli sfollati della Regione Marche ha raggiunto le 31.714 persone.

Il Rapporto sulla ricostruzione post-sisma 2016³, datato giugno 2020, evidenzia che gli immobili danneggiati stimati sono stati oltre 80 mila, di cui 45.419 nella sola Regione Marche e, di questi, 30.220 hanno riportato danni gravi.

Se le città, i borghi, i paesi sono i luoghi in cui *“gli esseri umani trovano soddisfazione per i loro bisogni, i beni pubblici essenziali e dove è possibile trovare differenti prodotti e goderne; la città è anche il luogo in cui le ambizioni, le aspirazioni e altri aspetti immateriali della vita si realizzano, producendo felicità e contentezza, aumentando la prospettiva di benessere individuale e collettivo”*⁴, nel momento stesso in cui questi luoghi e le loro funzioni vengono compromessi da una catastrofe, gli individui sono soggetti al rischio di sperimentare condizioni di vulnerabilità e di contrazione delle opportunità di conservare o accedere a condizioni di vita sane e soddisfacenti.

¹ Abruzzo 103.483 abitanti (7,8% della regione); Lazio 72.798 abitanti (1,2 % della regione); Marche 348.473 abitanti (22,6% della regione); Umbria 57.505 abitanti (6,5% della regione) – <https://sisma2016.gov.it/2017/10/10/la-popolazione-colpita-dal-terremoto-centro-italia/>

² Il territorio colpito dal sisma del Centro Italia: <https://sisma2016.gov.it/2017/10/10/679/>

³ Rapporto sulla ricostruzione post-sisma 2016: https://sisma2016.gov.it/wp-content/uploads/2020/08/Rapporto_sulla_Ricostruzione_Giugno2020_REV_2.pdf

⁴ Traduzione libera tratta da State of the World's Cities 2012/2013, *Prosperity of Cities*, UNHABITAT, World Urban Forum Edition, p. 10.

La configurazione di questi territori assume, quindi, un ruolo fondamentale perché determina la possibilità per gli individui di prosperare, aspirare e di essere in grado di sfuggire alla povertà, alla malattia e ad altre forme di deprivazione.

La conformazione, la mutazione e le trasformazioni delle dotazioni spaziali di uno specifico territorio, indotte da uno shock, possono determinare un impoverimento delle dotazioni strutturali e dei servizi, la trasformazione delle relazioni tra gli abitanti, influenzare e ridurre capacità e opportunità e, contemporaneamente, interagire e trasformare lo spazio sociale. Includere la dimensione spaziale non significa, pertanto, osservare come si organizzano gli individui nello spazio, ma tentare di osservare la dinamica circolare attraverso il quale le caratteristiche individuali tipizzano lo spazio e come, a sua volta, lo spazio, con le sue dotazioni, può determinare condizioni di vulnerabilità individuali.

La motivazione alla base dell'interesse verso fenomeni di vulnerabilizzazione della popolazione residente nei Comuni della Regione Marche risiede nell'esigenza di isolare i fattori umani da quelli spaziali, allo scopo di individuare due sfere di azione pubblica distinte: una rivolta alla prevenzione e alle misure di rafforzamento delle capacità individuali; una rivolta alle misure di risposta e di recovery in caso di shock.

18.1. Misurare la vulnerabilità sociale

La vulnerabilità può essere descritta come *“una situazione di vita in cui l'autonomia e l'autodeterminazione degli individui sono permanentemente minacciate da un'inclusione instabile nel sistema principale di inclusione sociale e distribuzione delle risorse”* (Ranci, 2002). La crisi dei sistemi di integrazione e distribuzione, identificati nel mercato del lavoro, nella famiglia e nel sistema di welfare pubblico, determina quella che Esping-Andersen (1999) definisce *“nuova classe di perdenti: persone che vivono in nuclei familiari di persone senza lavoro, famiglie monoparentali, famiglie con un unico reddito e persone con disabilità”*.

Allo studio e all'osservazione dell'emergere di nuovi rischi sociali (Ranci, 2002; Taylor-Gooby, 2004) è stato quindi affiancato il concetto di vulnerabilità sociale (Ranci, 2010), più volte modificato in modo sostanziale e adattato a differenti contesti. Numerosi modelli e tecniche di valutazione sono stati forniti da differenti approcci, poi sistematizzati da Chambers (1989), il quale identifica due tipologie di vulnerabilità: una esterna e una interna. La prima si riferisce ai rischi affrontati da individui e famiglie, la seconda riguarda l'assenza di strumenti per contrastare questi rischi.

Il grado di vulnerabilità della popolazione ai rischi e ai pericoli può essere interpretato considerando dunque sia la natura fisica dei pericoli che le caratteristiche sociali della popolazione. Esiste una relazione fondamentale tra le caratteristiche demografiche, sociali e politiche della popolazione e il luogo in cui risiedono e, per questo motivo, diversi approcci hanno studiato come i fenomeni fisici e sociali interagiscono con le caratteristiche geografiche: ad esempio, il modello di esposizione indaga le condizioni che determinano la vulnerabilità delle persone e del luogo (Burton et al., 1993; Anderson, 2000); un secondo modello considera la vulnerabilità come una condizione sociale e misura la resilienza della popolazione (Blaikie et al. 1994; Hewitt, 1997; Cutter et al. 2008); un terzo gruppo integra i due modelli (esposizione e resilienza) per osservare luoghi e aree specifiche e individuare le condizioni che determinano la vulnerabilità delle persone e del luogo (Kasperson et al. 1995; Cutter et al. 2003; Chakraborty et al. 2005, Cardona, 2005; Tate et al. 2010; Dolan e Messen, 2012), come le specifiche caratteristiche individuali e ambientali determinano l'amplificazione sociale dei rischi (Kasperson et al. 1988), la popolazione e la risposta politica al rischio (Cutter et al. 2003; Smit e Wandel, 2006; Cardona, 2005; Tate et al. 2010) e la riduzione del rischio di disastro (Kasperson et al. 1988; Cutter et al. 2003). Infine, Ranci (2010) identifica la differenza tra vulnerabilità ed esclusione sociale nel grado di esposizione degli individui ai nuovi rischi sociali. Afferma che il concetto di pericolo differisce da quello di vulnerabilità perché quest'ultima rappresenta il livello di esposizione al danno che può derivare da un evento negativo. Tuttavia, gli eventi che possono causare condizioni pericolose sono numerosi e imprevedibili e, per questo, secondo Ranci, gli individui più vulnerabili sono quelli caratterizzati da una persistente insicurezza sociale ed economica e con reti familiari e sociali deboli. Pertanto, la vulnerabilità può essere vista come un rischio persistente di emarginazione, determinato da una varietà di fattori economici, sociali, culturali e ambientali.

A questo proposito, la mappatura della vulnerabilità sociale può aumentare la comprensione delle caratteristiche della popolazione e della loro distribuzione su scala regionale, al fine di identificare aree caratterizzate da differenti capacità di reagire e rispondere ai rischi naturali, socioeconomici ed epidemici e fornire un utile strumento di pianificazione, gestione e mitigazione degli effetti. Al momento sono presenti due studi che hanno analizzato la vulnerabilità sociale ai rischi naturali: Frigerio e De Amicis (2016) e Didkovskiy et al. (2020).

Investigare la vulnerabilità sociale attraverso un approccio multidimensionale significa, dunque, interpretare questa condizione come una forma di incapacitazione nel convertire le capacità individuali in risorse, strumenti e

relazioni. Sen (1999) definisce la capacità in termini di opportunità, abilità e libertà di realizzare un funzionamento. I funzionamenti rappresentano ciò che un individuo può ottenere e fare durante la propria vita, mentre la capacità di una persona di vivere una buona vita è intesa in termini di libertà individuale di realizzare i propri “*stati di essere e di fare*”.

In questo senso, la vulnerabilità può essere intesa come una graduale perdita di capacità. Pertanto, l’analisi della vulnerabilità, così intesa, può essere svolta a partire dallo studio dei mezzi di controllo che gli individui hanno sulle loro dotazioni.

Per procedere con l’implementazione pratica dell’approccio delle capacità sono state indagate sette dimensioni della vulnerabilità, risultato di un compromesso pratico determinato dalla disponibilità dei dati:

- A. abitazione;
- B. composizione familiare;
- C. istruzione;
- D. lavoro;
- E. mobilità;
- F. contesto sociale;
- G. rischio sociale.

Tuttavia, se le dimensioni individuate possono essere considerate sufficientemente complete per valutare la condizione sociale degli individui e il loro livello di vulnerabilità sociale (istruzione, lavoro, composizione familiare e rischio sociale), sono anche in grado di fornire una panoramica del contesto abitativo in cui risiedono (condizioni abitative, mobilità e rischio sociale). Per concludere, la descrizione del contesto sociale e di vita, mobilità e accesso al mercato del lavoro rappresentano fondamentali fonti di informazione; e il livello di istruzione fornisce informazioni sul grado di libertà che gli individui sono in grado di esercitare nelle proprie scelte.

La letteratura sugli effetti di vicinato sintetizzata da Galster (2012) può essere considerata una base teorica a supporto delle nostre scelte perché mette in evidenza la relazione tra capacità, in termini di dotazioni delle comunità, e risposta, intesa come capacità effettiva e libertà di gestire il proprio set di dotazioni.

La tabella 1 collega le sette dimensioni di vulnerabilità in relazione ai meccanismi proposti da Galster (2012). L’osservazione delle capacità individuali, come l’essere istruito (C), deve essere affiancata dallo studio del contesto sociale (F) e familiare (B) e dall’analisi del rischio sociale (G) che caratterizzano il network al quale gli individui possono fare ricorso per evitare di cadere in una condizione di isolamento.

Un secondo gruppo di meccanismi relativi ai *neighborhood effects* è stato sintetizzato attraverso l’individuazione di quegli elementi che determi-

nano la conformazione e le caratteristiche dello spazio in cui vivono gli individui. La rilevazione delle caratteristiche dell'alloggio e del contesto abitativo (dimensione A) risulta utile al fine di costruire degli indicatori di vulnerabilità connessi alle caratteristiche ambientali del luogo in cui gli individui risiedono poiché questi elementi possono incidere fortemente sul loro benessere psico-fisico.

Un terzo gruppo individua nelle caratteristiche del mercato del lavoro (dimensione D) e della mobilità (dimensione E) quei fattori che, legati allo spazio, possono influenzare negativamente i corsi di vita degli individui.

L'ultimo gruppo riporta, invece, i meccanismi istituzionali; tuttavia, le informazioni reperibili all'interno del Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni non rendono possibile individuare dati utili alla ricostruzione delle risorse istituzionali presenti all'interno dei territori e, di conseguenza, non è stato possibile individuare ulteriori dimensioni della vulnerabilità quali le condizioni di salute e il reddito.

Tab. 1 - Meccanismi degli effetti di vicinato e dimensioni della vulnerabilità sociale

Meccanismi	Dimensioni
Socio-interattivi	B. Composizione familiare C. Istruzione F. Contesto sociale G. Rischio Sociale
Ambientali	A. Abitazione
Geografici	D. Lavoro E. Mobilità
Istituzionali	/

18.2. Analisi empirica delle dimensioni della vulnerabilità

L'analisi della vulnerabilità sociale degli individui prende l'avvio dall'idea che la condizione di svantaggio che da essa deriva si caratterizza per la pluralità di ambiti che essa investe. In questo senso, la condizione di vulnerabilità appare essere il risultato di una sovrapposizione di fattori di disagio che investono differenti aspetti della vita degli individui, non solo connessi al reddito. In particolare, la letteratura in materia si è in gran parte orientata verso un'analisi di tipo multidimensionale, proprio allo scopo di arricchire la definizione del concetto di vulnerabilità di tutti quegli aspetti che caratterizzano le capacità individuali. Il concetto stesso di vulnerabilità evidenzia

che per descrivere il fenomeno è necessario ricorrere a dimensioni ulteriori. Inoltre, poiché la stessa banca dati utilizzata per investigare il fenomeno non fornisce informazioni relative al reddito e alla capacità di consumo degli individui, attraverso le dimensioni individuate e i dati disponibili si è cercato di mettere in luce quale, tra queste, svolge un ruolo preponderante nel caratterizzare e descrivere la vulnerabilità sociale e quali aree della Regione Marche risultano maggiormente colpite da queste condizioni. In particolare, attraverso la presente analisi, siamo in grado di descrivere, Comune per Comune, quale tra le dimensioni della vulnerabilità, più caratterizza il disagio di questi territori e di stilare una graduatoria tra le aree più o meno colpite, allo scopo di evidenziare il sovrapporsi di un fenomeno di disagio multidimensionale con un processo di segmentazione spaziale.

Sulla base della letteratura presentata e tenendo conto dei vincoli derivanti dalla disponibilità dei dati, sono stati individuati una serie di indicatori in grado di descrivere le seguenti sette dimensioni della vulnerabilità (Tab. 2).

Per quanto riguarda l'abitazione ci siamo serviti di informazioni circa la superficie e degli indici di affollamento, sottoutilizzo e di disponibilità dei servizi nell'abitazione. Per investigare le caratteristiche della composizione familiare, le informazioni per delineare la seconda dimensione sono fornite dall'ampiezza e dalla tipologia familiare: considerando elementi di vulnerabilità la condizione di solitudine (sia per i giovani che per gli anziani) sia la condizione di monogenitorialità.

La terza dimensione investiga la dimensione dell'istruzione attraverso l'incidenza dei vari livelli di istruzione, l'uscita precoce dall'istruzione e dalla formazione e l'incidenza di analfabeti.

La quarta dimensione è quella relativa al lavoro e cerca di rilevare la vulnerabilità dei differenti Comuni attraverso la partecipazione al mercato del lavoro, l'incidenza di giovani NEET e il tasso di disoccupazione.

Per quanto concerne la mobilità, l'individuazione di una condizione di vulnerabilità nei territori analizzati viene osservata attraverso due indicatori relativi al tempo di percorrenza per raggiungere il luogo di studio o di lavoro e l'utilizzo di un mezzo proprio.

La penultima dimensione analizzata è quella relativa al contesto sociale, qui inteso come caratteristiche demografiche della popolazione residente all'interno dei Comuni, a partire dalla densità demografica per poi osservare l'incidenza di popolazione con meno di 6 anni e con più di 75 anni, l'indice di dipendenza dei giovani e degli anziani e infine l'indice di vecchiaia.

Ultima dimensione analizzata è quella che abbiamo chiamata di "rischio sociale" per osservarne la natura mono e/o multidimensionale attraverso l'indice di vulnerabilità sociale e materiale così come elaborato dall'ISTAT

e degli indici monodimensionali rappresentati dall'incidenza delle famiglie numerose, di quelle con potenziale disagio economico, della popolazione in condizione di affollamento, fuori dal mercato del lavoro o in disagio di assistenza.

Tab. 2 - Indicatori relativi alle sette dimensioni della vulnerabilità

Dimensioni	Indicatori
A) Abitazione	A2 Superficie media delle abitazioni occupate A12 Metri quadrati per occupante nelle abitazioni occupate A14 Indice di affollamento delle abitazioni A13 Indice di sottoutilizzo delle abitazioni A7 Indice di disponibilità dei servizi nell'abitazione
B) Composizione familiare	F1 Ampiezza media delle famiglie F4 Incidenza di giovani che vivono da soli F5 Incidenza di famiglie monogenitoriali giovani F8 Incidenza di anziani soli F9 Incidenza di famiglie monogenitoriali anziane
C) Istruzione	I6 Incidenza di adulti con diploma o laurea I7 Incidenza di giovani con istruzione universitaria I4 Incidenza di analfabeti I5 Uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione I9 Incidenza di adulti con licenza media
D) Lavoro	L3 Partecipazione al mercato del lavoro L4 Incidenza giovani 15-29 anni che non studiano e non lavorano L8 Tasso di disoccupazione L9 Tasso di disoccupazione giovanile
E) Mobilità	M5 Mobilità privata M8 Mobilità breve (fino a 30 minuti) M9 Mobilità lunga (oltre 60 minuti)
F) Contesto sociale	P7 Densità demografica P9 Incidenza popolazione residente con meno di 6 anni P10 Incidenza popolazione residente di 75 anni e più P11 Indice di dipendenza di anziani P12 Indice di dipendenza giovani P13 Indice di vecchiaia
G) Rischio sociale	V1 Indice di vulnerabilità sociale e materiale V5 Incidenza delle famiglie numerose V6 Incidenza delle famiglie con potenziale disagio economico V7 Incidenza della popolazione in condizione di affollamento V8 Incidenza di giovani fuori dal mercato di lavoro V9 Incidenza di famiglie in disagio di assistenza

L'analisi empirica mira a misurare il grado di vulnerabilità nei Comuni della Regione Marche, tenendo conto delle sette dimensioni individuate. In questo quadro, dove l'oggetto dell'analisi non può essere direttamente osservato e misurato, è necessario identificare e sintetizzare i singoli indicatori (misure quantitative / qualitative osservate in un insieme di unità) in un unico indice, vale a dire un indice composito (IC). In questo caso, gli indicatori fotografano lo stato dell'arte in un preciso momento storico poiché le informazioni ci pervengono dal Censimento generale della Popolazione e delle Abitazioni, relative all'anno 2011. Ci permettono di valutare, quindi, non tanto l'effetto dell'impatto del sisma del 2016 e della pandemia del Covid-19, ma di cristallizzare le caratteristiche preesistenti e di focalizzare, per ogni singolo Comune, quali erano i principali punti di vulnerabilità e le risorse presenti sul territorio in termini di caratteristiche sociodemografiche in particolare in quei Comuni che sono stati colpiti dalla sovrapposizione delle due calamità.

Il metodo di analisi multidimensionale, nel presente studio, utilizza l'Analisi delle Componenti Principali (ACP) e l'Analisi Fattoriale Multipla (AFM) (Davino, C., Gherghi, M., Sorana, S. et al., 2021).

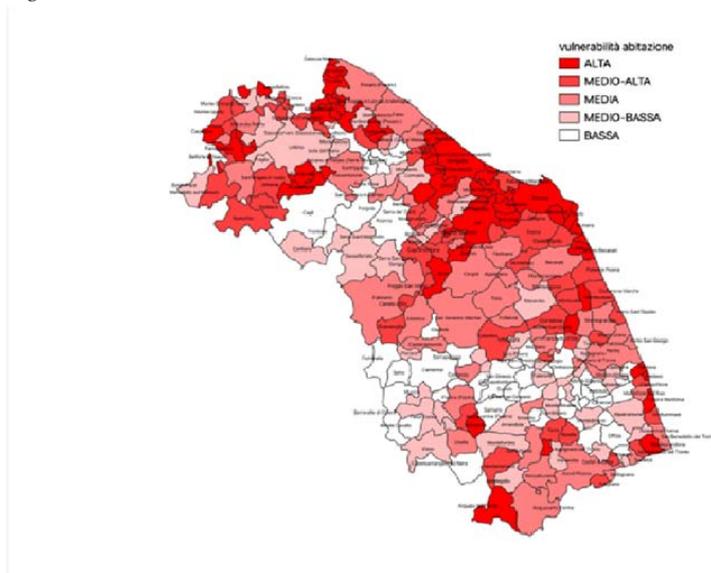
Sulla base delle caratteristiche dell'ACP si può sostenere che le componenti principali individuate hanno il vantaggio di descrivere l'oggetto di studio, in questo caso la vulnerabilità, attraverso un numero inferiore di variabili.

La prima dimensione investigata è quella relativa all'abitazione. Se il concetto di vulnerabilità trae il proprio significato dall'accesso precario alle risorse materiali considerate essenziali e dalla fragilità delle relazioni sociali, l'abitazione è un elemento fondamentale per entrambi gli ambiti poiché rappresenta sia una risorsa economica di primaria importanza che un importante indicatore della qualità della vita (Palvarini e Pavolini; 2010). Alla definizione dell'abitazione come risorsa economica va, infatti, affiancato il ruolo che essa ricopre nella costruzione della rete di relazioni sociali sulla quale ogni individuo deve poter contare per far fronte alle condizioni di sopravvenuta vulnerabilità (Forrest e Kearns, 2001; Friedrichs et al., 2005). L'abitazione ricopre, inoltre, una serie di significati sociali legati alla stabilità e alla credibilità sociale degli individui e, laddove si presenti inadeguata alle esigenze degli occupanti, sovraffollata o sfornita dei servizi minimi essenziali, può rappresentare una condizione di disagio tale da incidere negativamente sia sulla reputazione di chi vi abita che sulla auto-percezione della propria condizione sociale.

La Figura 1 mostra i differenti livelli di vulnerabilità relativi all'abitazione registrati nell'intera Regione Marche. Come è possibile notare, l'area più critica è quella costiera e un'area più interna sempre della provincia di Ancona.

Successivamente cercheremo di dar conto delle evoluzioni della condizione abitativa nelle aree del cratere del sisma che, come è possibile osservare, in una fase precedente, mostravano una vulnerabilità abitativa bassa o medio-bassa, a eccezione del Comune di Arquata del Tronto (Fig. 1).

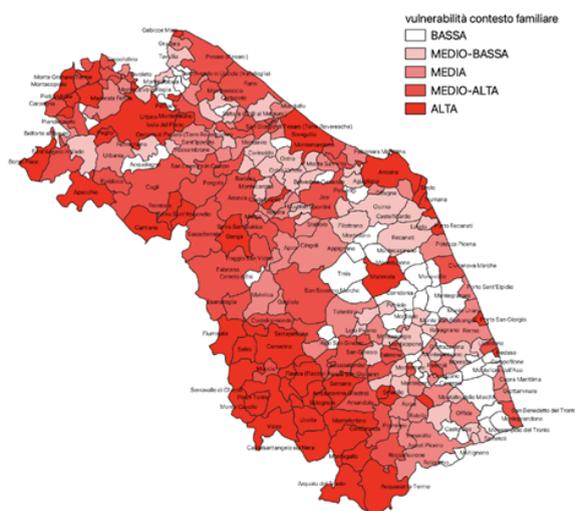
Fig. 1 - Vulnerabilità dell'abitazione



La seconda dimensione è relativa al contesto familiare. La famiglia rappresenta una delle principali formazioni sociali e svolge un ruolo centrale all'interno del sistema di welfare. Pertanto, se le caratteristiche fisiche dell'abitazione informano su alcuni aspetti della vita delle persone, è necessario affiancare informazioni relative alla composizione e alla dimensione dei nuclei familiari. L'ipotesi alla base della necessità di investigare la composizione familiare deriva dall'idea che, se la scarsa qualità dell'abitazione e degli spazi disponibili può influire negativamente sulle condizioni di vita delle famiglie e delle persone, anche la sua composizione e tipologia può rappresentare un ulteriore elemento di fragilità. In particolare, appartenere a una determinata tipologia familiare può influenzare la capacità che gli individui hanno di fare riferimento a una rete di supporto, sia in termini di conciliazione condivisa degli oneri di *caregiving* di bambini e anziani, sia in termini di apporto economico al nucleo familiare.

Attraverso l'osservazione di questa dimensione si cerca, quindi, di cogliere e descrivere la qualità e la varietà dei gruppi sociali presenti nelle differenti unità di rilevazione e offrire una rappresentazione dei Comuni marchigiani.

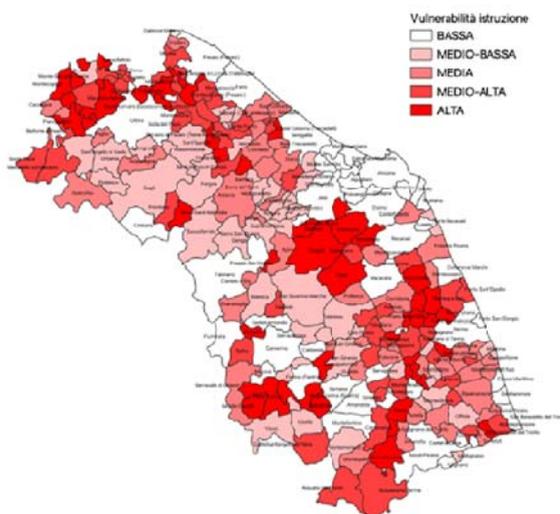
Fig. 2 - Vulnerabilità del contesto familiare



Come è possibile osservare dalla Figura 2, la vulnerabilità relativa alla composizione familiare è più alta in corrispondenza delle aree interne della Regione e nella quasi totalità dei Comuni interessati dal sisma del 2016

La terza dimensione è quella relativa all'istruzione e ha lo scopo di descrivere non solo le competenze dirette acquisite con la frequenza scolastica ma anche quelle indirette che influiscono sulla capacità che le persone hanno di relazionarsi, di partecipare alla vita sociale, di utilizzare strumenti tecnologici, di accedere a posizioni occupazionali meglio retribuite. Allo scopo di valutare il deficit di istruzione degli individui residenti nei Comuni della Regione Marche, nel presente lavoro sono stati utilizzati cinque differenti indicatori (incidenza degli analfabeti; incidenza di adulti con licenza media; uscita precoce dal sistema di istruzione e formazione; incidenza di adulti con diploma o laurea; incidenza di giovani con istruzione universitaria. Mentre i primi tre hanno lo scopo di monitorare la quota di persone che non ha completato il percorso di studi e che non sono inseriti né in programmi di studio né di formazione e di adulti con un basso livello di istruzione, gli ultimi due rappresentano la quota di individui altamente istruiti e identifica quella parte della popolazione che, avendo un livello di istruzione più alto, può accedere agli strumenti acquisiti attraverso il percorso di studi per sfuggire da una condizione di rischio di esclusione sociale.

Figura 3 – Vulnerabilità istruzione



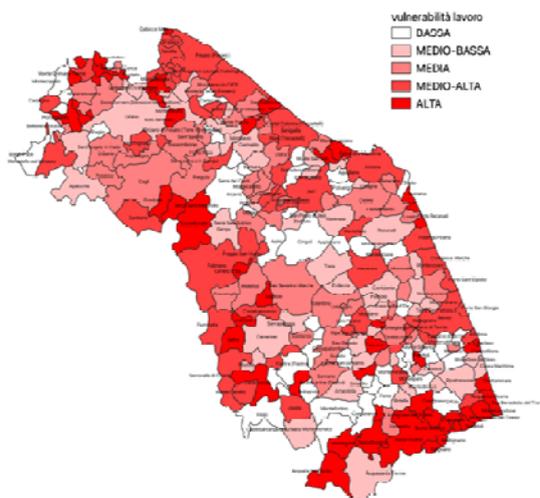
Come è possibile rilevare dalla Figura 3, si distinguono per una bassa vulnerabilità i Comuni della Regione che hanno una sede universitaria (Urbino, Ancona, Macerata, Camerino e Ascoli Piceno) mentre un più alto livello di vulnerabilità si riscontra nella fascia centrale della Regione e in alcuni Comuni delle aree più interne.

La quarta dimensione della vulnerabilità individuata è quella relativa alle caratteristiche del mercato del lavoro. Avere un lavoro regolarmente e adeguatamente retribuito, in linea con le competenze acquisite durante tutto il percorso di formazione, rappresenta un elemento fondamentale nella realizzazione del benessere individuale. A questo si aggiunga che, poiché il lavoro rappresenta il mezzo principale attraverso il quale gli individui procacciano il proprio reddito, l'esclusione dal mercato del lavoro rappresenta uno dei principali indicatori di vulnerabilità sociale. Per comprendere meglio l'entità e la tipologia di vulnerabilità che caratterizzano i Comuni delle Marche, la valutazione dello status degli individui, delle diverse unità di analisi in relazione al mercato del lavoro, è stata effettuata attraverso quattro differenti indicatori. Il primo è relativo alla partecipazione al mercato del lavoro e rappresenta il tasso di attività, ovvero la quota percentuale di persone che appartengono alle forze lavoro ed esprime la misura dell'offerta del lavoro in atto sul mercato e, in rapporto alla popolazione di riferimento, indica la propensione di quest'ultima a svolgere un'attività lavorativa. Il tasso di attività dipende sia da fattori socioeconomici che da fattori demografici. Il secondo indicatore rappresenta la quota percentuale di giovani tra i 15 e i 29 anni che non sono iscritti ad un

corso di studio, che non frequentano un corso di formazione e non lavorano, i cosiddetti NEET (Not in Education, Employment or Training) e rappresenta la quota di giovani che non riescono a trovare un'occupazione. Il terzo e il quarto indicatore rappresentano rispettivamente il tasso di disoccupazione che permette di misurare l'eccesso di offerta di lavoro rispetto alla domanda espressa dal territorio di riferimento; e il tasso di disoccupazione giovanile, che considera la popolazione tra i 15 e i 24 anni rispetto alla popolazione della stessa età attiva e, dunque, l'eccesso di offerta di lavoro relativa ai giovani rispetto alla domanda espressa dal territorio. Lo scopo è quello di verificare l'esistenza di un processo di isteresi spaziale, secondo cui la concentrazione di persone fragili nelle stesse aree disagiate aumenta la probabilità futura di questi individui di essere disoccupati, indipendentemente dall'accessibilità o meno al mercato del lavoro.

Per facilitare la lettura dei risultati è stata, anche in questo caso, elaborata una carta cromatica in grado di evidenziare quali sono le aree della Regione Marche maggiormente interessate dalla difficoltà di accedere al mercato del lavoro. Come è possibile osservare dalla Figura 4, seppur si riscontrano livelli di vulnerabilità medio-bassa e media, la parte centrale della Regione appare quella con un livello di vulnerabilità più bassa.

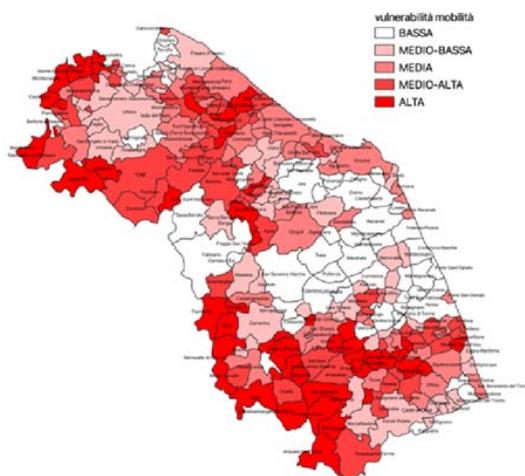
Fig. 4 - Vulnerabilità lavoro



Se la distanza dai poli di impiego può incidere sui differenti aspetti legati all'accesso alle opportunità di lavoro, la mobilità rappresenta un elemento fondamentale per descrivere la complessità dei territori. Il concetto stesso di mobilità contiene al suo interno differenti aspetti (siano essi culturali, so-

ciali o economici) che possono essere ricongiunti ad un unico elemento fondamentale: l'accessibilità. In uno studio sulla vulnerabilità legata al territorio, la mobilità rappresenta un fattore chiave per valutare le opportunità che le persone hanno di accedere alle stesse risorse (servizi, occupazione, relazioni, etc.). In questo quadro teorico, i servizi per la mobilità e la distanza rappresentano le reali possibilità che gli individui hanno di usufruire delle stesse opportunità di reperire risorse, e dunque sono determinanti nel configurare le loro condizioni di vita. Se in termini di capacità, la mobilità rappresenta la possibilità che gli individui hanno di convertire le risorse in pratiche sociali (in termini di network sociale), culturali (in termini di accesso effettivo all'istruzione e alla formazione) e professionali (in termini di accesso alle informazioni e alle opportunità di lavoro), essa deve essere interpretata anche in termini di opportunità.

Fig. 5 - Vulnerabilità mobilità



L'accesso alla mobilità rappresenta quindi la libertà di ampliare i propri contatti personali, la crescita professionale e culturale e di usufruire dei servizi disponibili sul territorio (Zajczyk, 2000), riducendo contemporaneamente l'asimmetria informativa e le distonie temporali che caratterizzano il mercato del lavoro. Gli indicatori presi in considerazione sono la tipologia del mezzo di trasporto per recarsi al lavoro e in questo caso la mobilità privata è intesa come il rapporto percentuale tra la popolazione residente che si sposta giornalmente per motivi di lavoro o di studio e utilizza un mezzo privato a motore (autoveicolo o motoveicolo) e la popolazione residente che si sposta giornalmente per motivi di lavoro o di studio; i tempi di

percorrenza in termini di mobilità corta (fino a 30 minuti) e di mobilità lunga (oltre 60 minuti). I due indicatori relativi alla mobilità breve e lunga forniscono dunque una misura degli spostamenti quotidiani di breve e lunga durata. Attraverso la Figura 5 sono facilmente individuabili tutti quei Comuni che si caratterizzano per una maggiore criticità rispetto a questa dimensione; in particolare le aree più interne e montane della regione mostrano livelli di vulnerabilità medio-alti e alti e sono ancora una volta le aree comprese nel cratere sismico a mostrare un livello di vulnerabilità più severo.

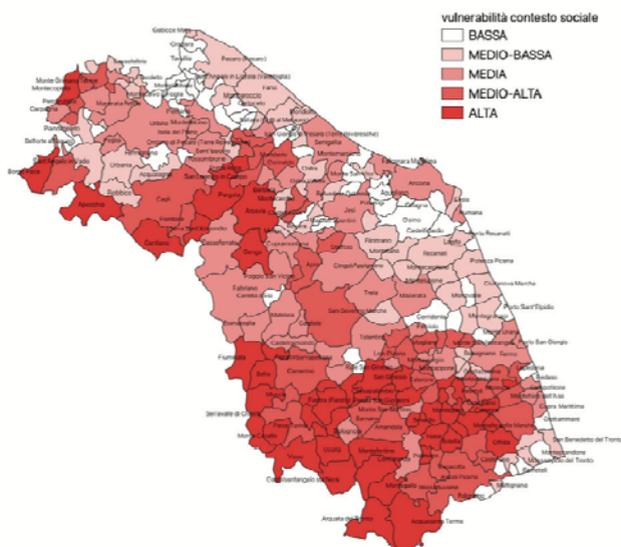
L'indicatore relativo alla ricchezza del contesto sociale in termini di relazioni sociali ha lo scopo di rilevare le capacità che hanno gli individui di ricevere o fornire supporto e protezione sociale (dalla famiglia, dagli amici, etc.). Robeyns (2003) identifica la capacità di formare, consolidare e godere di una rete sociale come una capacità fondamentale per gli individui e individua due caratteristiche fondamentali: la dimensione della rete e il supporto che queste sono in grado di fornire. Il primo elemento si riferisce alla dimensione della rete stessa, ovvero al numero e alla frequenza dei contatti nonché al grado di appartenenza al gruppo; il secondo si riferisce alla tipologia di sostegno cui un individuo può accedere.

Le informazioni che il Censimento può offrire per valutare la tipologia e la forza delle reti sociali sono molto scarse, ciò nonostante sono presenti informazioni circa la tipologia del nucleo familiare e possono rappresentare un'approssimazione della presenza o dell'assenza di una rete di supporto, seppure di tipo familiare; allo stesso tempo, alcune caratteristiche demografiche possono intercettare la domanda implicita di servizi e supporto sociale contribuendo a evidenziare e valorizzare *“la necessità di un funzionamento corrispondente alle relazioni sociali”* (Brandolini e D'Alessio, 2000).

La valutazione del contesto sociale individuata nel presente studio passa dunque attraverso sei indicatori: la densità demografica, che ha lo scopo di intercettare la concentrazione e la dispersione della popolazione nel territorio comunale; l'incidenza della popolazione residente con meno di 6 anni; l'incidenza della popolazione residente di 75 anni e più che misura la domanda implicita di servizi collegati a questa parte della popolazione; l'indice di dipendenza degli anziani, che intercetta quanto la popolazione in età post-lavorativa dipenda da quella in età lavorativa; l'indice di dipendenza dei giovani che, al contrario, evidenzia quanto la popolazione in età pre-lavorativa dipenda da quelle in età lavorativa; l'indice di vecchiaia che intercetta il livello di invecchiamento di una popolazione.

La figura 6 mostra che a far registrare un maggior livello di vulnerabilità in corrispondenza di questa dimensione sono, ancora una volta, i Comuni delle aree montane e del sud delle Marche, in cui si osserva una vulnerabilità medio-alta e alta.

Fig. 6 - Vulnerabilità contesto sociale



L'ultima dimensione della vulnerabilità individuata è quella che cerca di intercettare il rischio sociale, ovvero le potenziali difficoltà materiali e sociali, siano esse multidimensionali o unidimensionali. Questi indicatori intercettano quei fattori che, presenti singolarmente o complessi, possono determinare una condizione di rischio per gli individui che ne sono interessati, riducendone le capacità di fronteggiare le difficoltà e determinando una condizione di esclusione sociale. I rischi sociali variano a seconda del genere, dell'età e dei contesti di residenza e possono essere più o meno acuti, presentarsi confinati ad una porzione della popolazione, a determinate tipologie familiari, oppure essere generalizzati all'intera popolazione e caratterizzare alcuni territori. Esistono poi rischi sociali intergenerazionali che possono trasmettersi da una generazione all'altra, come ad esempio il disagio economico e la povertà.

L'esclusione sociale rappresenta, quindi, l'esito di medio periodo di un processo multidimensionale di deprivazione che interessa non esclusivamente la dimensione economica ma anche quella culturale, relazionale e di salute e ha la capacità di descrivere quello spazio in cui si sommano elementi di deprivazione sia materiali che sociali. Per fare in modo di intercettare tutti quegli elementi che rappresentano i segnali precoci di un possibile rischio sociale presente all'interno dei Comuni della Regione Marche le variabili utilizzate sono: l'indice di vulnerabilità sociale e materiale, un indicatore composito

alla scarsa istruzione e formazione, all'esclusione dal mercato del lavoro, dall'accesso alla mobilità e dall'isolamento spaziale, dal contesto e dal rischio sociale. L'analisi di tipo spaziale, effettuata per ogni dimensione della vulnerabilità, ha permesso di evidenziare come essa si concentri secondo differenti tipologie e differenti livelli che, seppure in alcuni casi risultano interessare ampie aree del territorio, mettono in luce l'esistenza di aree in cui si manifestano in modo più severo, intaccando le capacità degli individui che vi risiedono.

L'IC mira ad individuare quelle aree del territorio marchigiano nelle quali si registra una condizione di disagio in corrispondenza di tutte le dimensioni considerate tali da compromettere il benessere degli individui, le loro opportunità e le condizioni di vita futura. Inoltre, in un'ottica di lettura del territorio in termini di capacità di *recovery* agli effetti di una catastrofe (terremoto, pandemia, etc.), la qualificazione dei territori per diversi gradi di vulnerabilità permette di prevedere, intercettare e mitigare gli effetti sulla popolazione interessata. Pur non essendo stati considerati degli ambiti strategici per la valutazione della vulnerabilità a causa della mancanza di informazioni reperibili nel Censimento, come ad esempio le risorse economiche o le condizioni di salute, le variabili disponibili hanno però permesso di descrivere domini fondamentali nella determinazione del benessere individuale.

È inoltre importante sottolineare che tra i differenti domini connessi alla condizione di vulnerabilità esistono relazioni tali da far sostenere che le sette dimensioni individuate possono rappresentare una buona approssimazione della condizione di rischio a cui sono sottoposti gli individui che risiedono nelle aree che risultano maggiormente colpite. Infatti, se l'assenza di informazioni relative alla disponibilità di risorse economiche può essere interpretato come un *vulnus* per la validità del modello, questo ambito ha un forte legame con la partecipazione al mercato del lavoro, con le caratteristiche dell'abitazione, con il livello di istruzione e di formazione, per cui è possibile sostenere che se la vulnerabilità in corrispondenza di queste dimensioni risulta marcata, è verosimile immaginare che gli individui che ne sono colpiti non godano di risorse economiche sufficienti a garantire il proprio benessere. Allo stesso modo è possibile sostenere che il basso livello di istruzione rappresenti un fattore di fragilità nell'accesso al mercato del lavoro, soprattutto per quanto riguarda l'accesso alle posizioni maggiormente retribuite. E, sempre allo stesso modo, l'età avanzata della popolazione e la condizione di isolamento possono rappresentare un campanello di allarme rispetto a condizioni di salute più fragili e a una necessità di assistenza più elevata. Indubbiamente, le diverse dimensioni, prese singolarmente, non influiscono sul benessere degli individui nella stessa misura;

tuttavia, osservare territori con un elevato IC ci informa della maggiore fragilità della popolazione che vi risiede e pertanto può rappresentare un predittore attendibile di vulnerabilità.

Un ulteriore elemento di interesse è rappresentato dalla distribuzione territoriale dei differenti livelli di vulnerabilità osservati in corrispondenza dei diversi ambiti. Le carte tematiche hanno evidenziato, in più occasioni, l'esistenza di un fenomeno di segmentazione territoriale. In particolare, l'osservazione di alcune specifiche dimensioni legate alle caratteristiche demografiche della popolazione, alla condizione di isolamento e alla mobilità mostra una maggiore vulnerabilità delle aree interne montane mentre, in corrispondenza delle aree costiere, la vulnerabilità è maggiormente riscontrabile nella dimensione relativa al lavoro e alle caratteristiche dell'abitazione.

La rappresentazione delle unità comunali della Regione Marche sui piani fattoriali deve essere interpretata considerando due dimensioni della vulnerabilità: una esogena (maggiormente legata alle caratteristiche di contesto e dalla localizzazione spaziale) che diventa più alta se ci si sposta da sinistra a destra e una endogena (maggiormente influenzata dalle caratteristiche individuali/familiari) che aumenta dal basso verso l'alto (Figure 8 e 9). Rispetto all'identificazione dei Comuni in base alla collocazione dentro e fuori il cratere sismico 2016/2017 (Figura 8), ciò si traduce in un aumento della vulnerabilità esogena nel passaggio dai Comuni fuori cratere a quelli dentro il cratere. Al fine di individuare i contesti più critici, i Grafici 8 e 9 mostrano rispettivamente tutti i Comuni della Regione Marche, suddivisi sia per province (Figura 9 - blu: Ancona; arancio: Ascoli Piceno; giallo: Macerata; celeste: Pesaro e Urbino) che per Comuni dentro e fuori dal cratere (in blu sono indicati i comuni fuori dal cratere, in arancio i comuni dentro il cratere). Mentre il primo quadrante è caratterizzato sia da vulnerabilità esogena che endogena, il quarto e il secondo sono caratterizzati rispettivamente dalla prima e dalla seconda tipologia. In particolare, osservando il Grafico 9, si rileva che il livello di vulnerabilità più basso (quadrante III) si registra nei Comuni della provincia di Ancona mentre, i Comuni inseriti nel cratere hanno una vulnerabilità esogena e endogena più elevata (quadranti I e IV).

La Figura 10 consente inoltre di esplorare le diverse dimensioni che influenzano la posizione di ciascuna unità statica di due comuni campione, entrambi colpiti dal sisma del 2016/2017 e appartenenti alla stessa provincia: il primo, Monte Cavallo si situa nel primo quadrante, mentre Castelsantangelo sul Nera nel IV. Questa figura è denominata grafico degli individui parziali perché la posizione di ogni Comune è collegata tramite linee tratteggiate alla sua posizione sui piani fattoriali ottenuti considerando solo

gli indicatori di una dimensione per volta. Ne risulta che ogni Comune è baricentro dei suoi punti parziali.

È possibile osservare che mentre Monte Cavallo è principalmente caratterizzato da un elevato rischio sociale, Castelsantangelo sul Nera è principalmente influenzato da fattori legati al contesto sociale e familiare.

La figura 11 mostra che una maggiore vulnerabilità si riscontra in corrispondenza delle aree interne della Regione Marche, in particolare tra le province di Macerata, Fermo e Ascoli Piceno. La vulnerabilità diminuisce man mano che ci si sposta dall'area montana all'area costiera ed è inferiore nei Comuni più grandi.

Questo IC finale è stato ottenuto come combinazione ponderata tra la vulnerabilità esogena ed endogena, misurate rispettivamente attraverso il primo e il secondo fattore dell'AFM. I pesi sono rappresentati dalla percentuale di variabilità spiegata da ciascun fattore.

Fig. 8 - Rappresentazione dei Comuni sul primo piano fattoriale dentro e fuori cratere

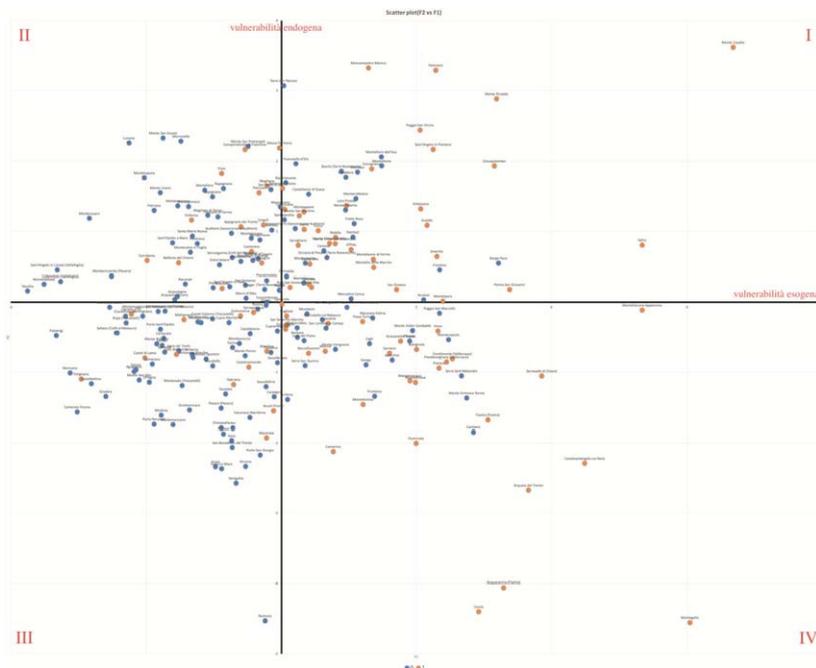


Fig. 9 - Rappresentazione dei Comuni sul primo piano fattoriale per Provincia

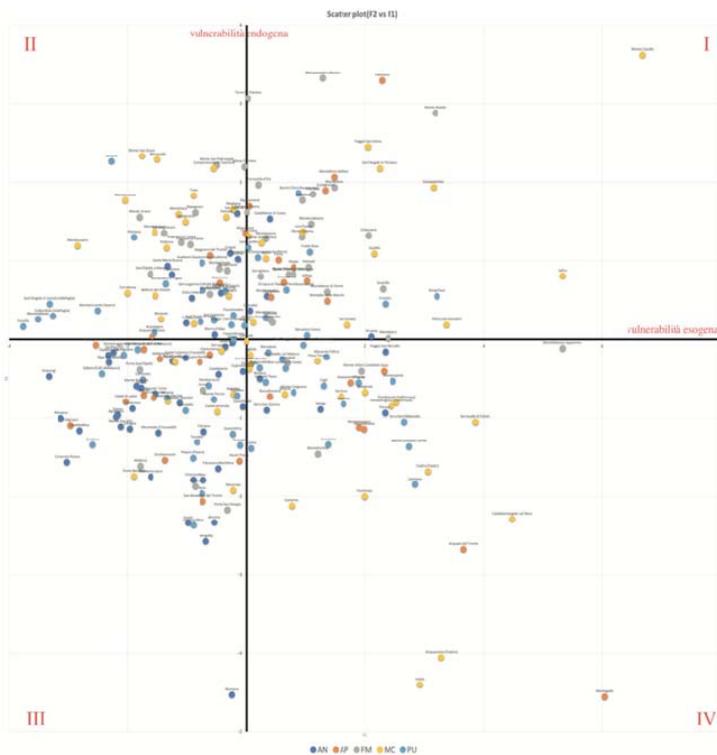


Fig. 10 - Rappresentazione dei Comuni campione sul primo piano fattoriale

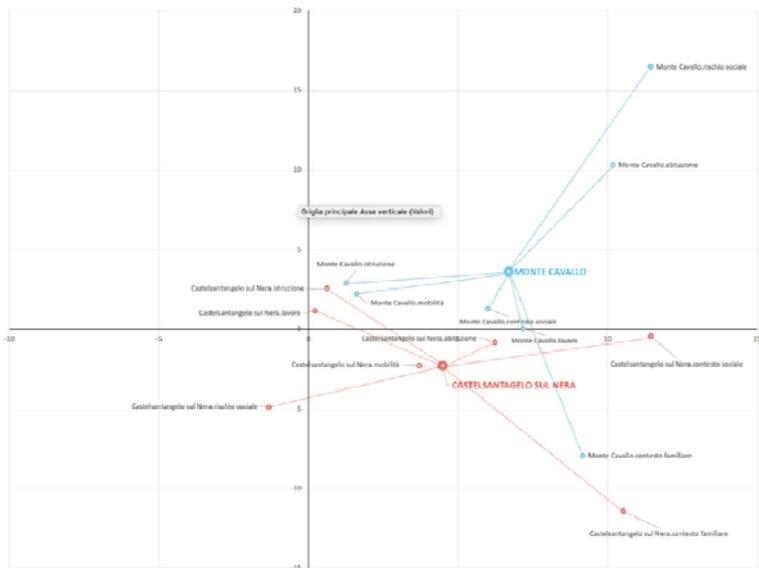
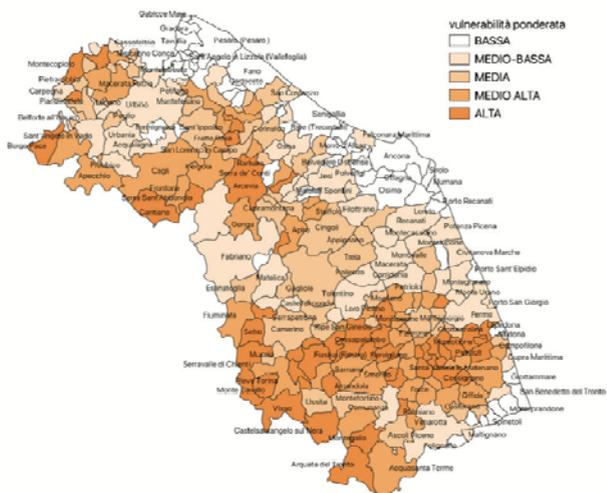


Fig. 11 - Vulnerabilità totale ponderata



Conclusioni

Le caratteristiche sociali del territorio regionale hanno rivelato l'esistenza di una frattura spaziale dove sono presenti aree caratterizzate da una forte vulnerabilità e aree in cui la vulnerabilità è più limitata.

Il concetto stesso di vulnerabilità è stato utilizzato per mappare quei territori che mostrano la sovrapposizione di diversi fattori di rischio. In particolare, la ricerca ha evidenziato una struttura spaziale disomogenea all'interno del territorio regionale: sono state registrati diversi livelli di vulnerabilità in relazione alle sette dimensioni indagate, ognuna delle quali ha dato un contributo diverso alla condizione complessiva di vulnerabilità.

Come abbiamo visto, la mappa di vulnerabilità ponderata fornisce informazioni sulla distribuzione geografica del fenomeno, nello specifico, le aree interne montane risultano maggiormente colpite. A questo proposito si può osservare una bipartizione di tipo orizzontale "montagna/mare": bassa o media vulnerabilità nella parte orientale e vulnerabilità medio alta e alta nei Comuni più occidentali. Si conferma comunque la più tradizionale segmentazione verticale con direttrice "nord-sud" che, pur mantenendo il gradiente in orizzontale, mostra una condizione di vulnerabilità più severa e diffusa nei comuni a sud della Regione. Altro dato interessante è la presenza di due diverse tipologie di vulnerabilità: una caratterizzata da fattori di natura esogena, legati alle caratteristiche di contesto e dalla localizzazione spaziale; e la seconda da fattori di natura endogena, maggiormente influenzati dalle caratteristiche individuali/familiari.

La presenza di disuguaglianze territoriali nelle opportunità individuali di convertire capacità e risorse in realizzazioni effettive è evidenziata dalla concentrazione di un maggiore livello di vulnerabilità nelle aree montane. Il fatto stesso di risiedere in queste aree rappresenta un rischio aggiuntivo perché determina una limitazione della libertà per gli individui di accedere a mezzi e risorse necessari per convertire le proprie capacità in funzionamenti realizzati e una potenziale riduzione della capacità di far fronte ai rischi e agli shock.

Il diverso livello di vulnerabilità registrato all'interno della Regione Marche, in relazione a ciascuna dimensione, consente di evidenziare come i rischi possono colpire in modo e in intensità differente i residenti, mentre la mappatura della vulnerabilità distinta per tipologie esogena ed endogena (Galster, 2012) fornisce uno strumento di valutazione e gestione del rischio e consente di pianificare interventi di prevenzione e mitigazione tenendo conto delle specificità del territorio e della popolazione.

La ricerca presenta tuttavia alcuni limiti: la scelta di un indice sintetico determina la perdita di una parte dell'informazione; l'assenza di informa-

zioni relative a determinate dimensioni della vulnerabilità (quali salute, reddito, meccanismi istituzionali, localizzazioni dei servizi pubblici e privati) le lascia inesplorate; la limitata disponibilità di geodati aggiornati limita inoltre la potenzialità informativa dell'analisi della vulnerabilità a livello comunale.

Ulteriori sviluppi della metodologia possono essere ottenuti attraverso il completamento delle informazioni contenute nei dati censuari con informazioni amministrative che possono essere utili per ampliare le dimensioni della vulnerabilità investigate e il monitoraggio dei cambiamenti nel tempo utilizzando informazioni più recenti. Ciò significa che da un punto di vista pratico, i risultati della ricerca potrebbero essere utilizzati dai decisori pubblici per rilevare lo stato di vulnerabilità nelle diverse zone della Regione Marche e per identificare le leve adeguate a migliorare le condizioni di vita in ciascuna zona.

In particolare, alla luce degli eventi sismici occorsi tra il 2016 e il 17, la mappatura offre le coordinate per diversificare gli interventi di ripristino e *recovery* alla luce del differente impatto del sisma sia nei territori, tenendo conto delle specifiche caratteristiche socioeconomiche, sia alla luce delle singole dimensioni analizzate.

A questo proposito, l'osservazione della figura 12, che riporta l'indice di vulnerabilità ponderata e evidenzia i comuni che sono parte del cratere sismico, ci permette di rilevare che gran parte dei territori colpiti dal recente terremoto avevano già una vulnerabilità alta o medio alta prima degli eventi sismici, in particolare proprio quelli più prossimi agli epicentri del terremoto del 2016/2017.

L'impatto multidimensionale della calamità, che ha interessato il comparto abitativo ma anche il tessuto economico e sociale, si è inserito in un contesto già fragile sia dal punto di vista demografico ma anche dal punto di vista delle caratteristiche stesse della popolazione residente, molto spesso anziana e isolata.

La stessa marginalità geografica dei territori colpiti dal terremoto rispetto ai centri socialmente ed economicamente più dinamici e alla localizzazione dei servizi essenziali ha rappresentato un ulteriore fattore di amplificazione degli esiti del sisma.

La figura 13 che mostra la vulnerabilità della dimensione abitativa evidenzia che nei territori in cui si sono susseguiti i terremoti del 2016 e 2017, i Comuni avevano un livello di vulnerabilità bassa e medio bassa, salvo alcune eccezioni, come ad esempio Arquata del Tronto. Alla luce della localizzazione delle aree SAE (soluzioni abitative di emergenza), evidenziate e quantificate dai pallini rossi, non è avventato supporre una aumentata vulnerabilità anche in questa dimensione.

L'opportunità offerta dalla costruzione di un IC permette dunque di valutare a posteriori, date le condizioni di partenza dei territori, gli effetti prodotti dalle catastrofi naturali, ancorché delle trasformazioni economiche in corso, quali sono le dimensioni sulle quali occorre intervenire per ristabilire la qualità della vita delle popolazioni residenti e il loro benessere.

Inoltre, l'elaborazione dell'IC relativo alla vulnerabilità complessiva permette di individuare quelle aree in cui i differenti fattori di rischio si cumulano. La manifesta sovrapposizione delle dimensioni di vulnerabilità e di rischio in alcune aree della Regione Marche implica dunque una serie di riflessioni: è necessario considerare che, poiché alla base della configurazione spaziale dei territori agiscono dinamiche di stratificazione sociale, essa rappresenta l'esito della proiezione sullo spazio di processi sociali ed economici, attribuibili alle trasformazioni che hanno investito le dinamiche di residenzialità, il mercato del lavoro, la struttura familiare, l'organizzazione spaziale dei servizi e lo stesso sistema di welfare, ancorché fenomeni naturali, come il terremoto o la pandemia da Covid-19 tra gli ultimi.

In una logica di processo, la rilevazione della gerarchizzazione degli spazi, oltre a manifestarsi come un esito di queste trasformazioni, agisce a sua volta come fattore di vulnerabilizzazione degli individui. All'interno dei territori dei Comuni in cui è maggiore la concentrazione di individui fragili, si instaura una sorta di circolo vizioso, in cui interagiscono meccanismi di tipo sociale e meccanismi di tipo geografico. A questo proposito, le capacità degli individui residenti nelle aree più marginali sono sottoposte a una serie di rischi: laddove la qualità delle abitazioni, dei servizi e il capitale sociale ed economico è più deprivato si innescano dinamiche di indebolimento e marginalizzazione che si autoalimentano.

La vulnerabilità sociale dei territori e la loro disparità pone, dunque, una serie di problemi, non solo legati alla valutazione delle disuguaglianze tra i territori stessi ma, piuttosto, alle conseguenze che il perdurare di questa situazione di periferizzazione può determinare nel lungo periodo. In particolare, gli effetti di isteresi spaziale e di omogeneizzazione della popolazione che vi risiede, se protratti nel tempo, possono rinforzare i processi di isolamento fino a giungere a veri e propri fenomeni di frammentazione e secessione territoriale.

Al potenziale offerto dall'utilizzo dell'IC nel restituire la vulnerabilità multidimensionale si aggiunge anche la potenzialità della cartografia quale strumento di analisi e interpretazione delle condizioni dei Comuni marchigiani. Il potenziale esplicativo della cartografia permette di arricchire la conoscenza del fenomeno e di cogliere immediatamente la sua distribuzione spaziale. Permette, inoltre, di identificare tratti comuni, prossimità, distanze e intensità dei fenomeni rivelandosi uno strumento supplementare di indagine.

Laddove alcuni esiti dell'analisi sono difficilmente interpretabili attraverso i grafici, la mappa può essere utilizzata per comprendere e individuare caratteristiche fisiche, socioeconomiche peculiari di una determinata localizzazione spaziale.

L'analisi speculativa dell'impatto del sisma ha, a tal proposito, messo in relazione la localizzazione stessa dell'evento sismico, con l'identificazione del cratere e con le dimensioni della vulnerabilità multidimensionali investigate.

È risultato quindi evidente come il sisma del 2016 e 2017 abbia determinato la ridefinizione di alcune dimensioni strategiche per il benessere delle popolazioni e per il capitale territoriale delle aree del cratere: in primis il patrimonio immobiliare ma anche il capitale economico, sociale e relazionale. Allo stesso modo il Covid-19 ha ulteriormente evidenziato i tradizionali punti di debolezza del territorio regionale, in particolare gli squilibri centro-periferia tra aree montane e aree costiere della Regione Marche, proprio perché, nei Comuni del cratere, gli effetti prodotti dal Covid-19 hanno incontrato un territorio già fortemente isolato e deprivato dal punto di vista delle caratteristiche demografiche, delle reti di comunità, del tessuto economico, della disponibilità di servizi pubblici e privati e non da ultimo, degli strumenti di connessione a distanza.

Il terremoto prima e il Covid-19 poi, hanno mostrato che, affinché si possa ristabilire un equilibrio tra le differenti aree del territorio della Regione Marche e colmarne le disparità, è necessario tener conto dei singoli profili di vulnerabilità multidimensionale dei Comuni.

Le proposte, alla luce delle evidenze emerse dal presente lavoro di ricerca si concentrano, quindi, su due livelli: da un lato, la territorializzazione delle politiche; dall'altro il ripristino dell'abitabilità dei Comuni più vulnerabili, in particolare di quelli inclusi nel cratere sismico.

Le disparità territoriali in termini di vulnerabilità emerse nel presente lavoro, evidenziano quanto la dimensione territoriali sia determinante per elaborare politiche di prevenzione, di mitigazione e *recovery*. Niente, quanto il susseguirsi e il sovrapporsi delle due calamità (sisma e Covid-19) ha mostrato l'urgenza di esaltare la dimensione territoriale quale metro interpretativo della complessità degli esiti prodotti. Il paradigma territoriale e spaziale fornisce, dunque, gli strumenti conoscitivi necessari alla elaborazione di politiche di produzione di valore e contestualmente di riduzione di vulnerabilità attraverso rinnovati modelli di welfare di tipo *people and place-based*, capaci di coniugare differenze, specificità sociali e territoriali.

Le dinamiche di scivolamento orizzontale, dalla montagna verso la costa, che hanno interessato popolazioni e servizi a partire dagli anni Cinquanta, hanno determinato una progressiva riduzione dell'abitabilità di que-

sti territori. Lo spopolamento, l'invecchiamento della popolazione, la riduzione dei servizi territoriali (scuole, ospedali, imprese) hanno man mano riconfigurato le comunità residenti rendendole più vulnerabili alle trasformazioni socioeconomiche alle quali si sono sommati, a più riprese, gli eventi estremi che si sono verificati negli ultimi anni, amplificando ed accelerando il processo di vulnerabilizzazione delle aree più fragili del territorio marchigiano. Questi territori sono quindi divenuti via via sempre meno attraenti per nuove traiettorie insediative di imprese e servizi e sempre meno abitabili per le persone.

Fig. 12 - Vulnerabilità totale ponderata e cratere sismico

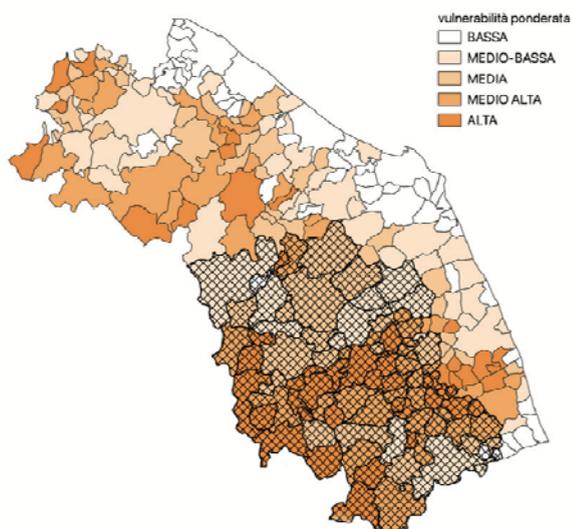
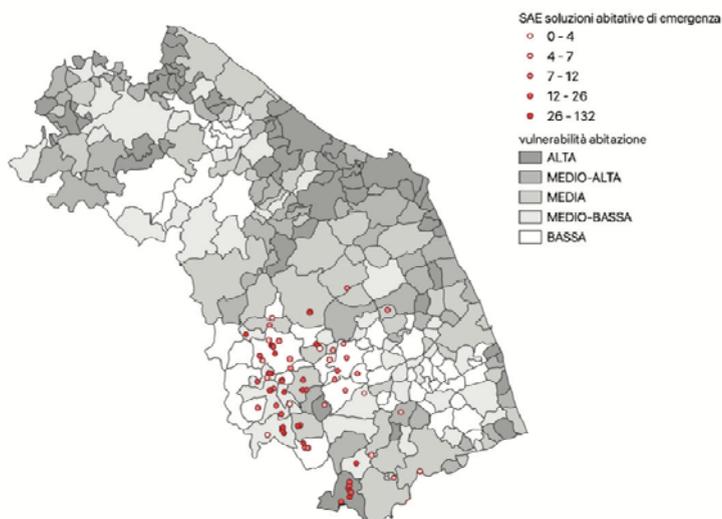


Fig. 13 - Vulnerabilità abitativa e soluzioni abitative di emergenza



Riferimenti bibliografici

- Anderson, M. B., (2000), “Vulnerability to disaster and sustainable development: A general framework for assessing vulnerability”, in R. Pielke Jr. & R. Pielke SR. (eds.), *Storms* (Vol. 1, pp. 11–25), London: Routledge Press.
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., & Wisner, B., (1994), *At risk: Natural hazards, people’s vulnerability, and disasters*, London: Routledge.
- Brandolini, A., D’Alessio, G., (2000), *Measuring Well-Being in the Functioning Space*, General Conference, IARIW.
- Burton, I., Kates, R. W., & White, G. F., (1993), *The environment as hazard* (2nd ed.), New York: Guildford.
- Cardona, O. D. (2005), *Indicators of disaster risk and risk management: Program for Latin America and the Caribbean: Summary report*. Technical Report. Inter-American Development Bank.
- Chakraborty, J., Tobin, G. A., & Montz, B. E. (2005), “Population evacuation: Assessing spatial variability in geophysical risk and social vulnerability to natural hazards”, *Natural Hazards Review*, 6(1), <https://ascelibrary.org/toc/nhrepo/6/1>.
- Chambers, R., (1989), “Vulnerability. How the poor cope”, *IDS Bulletin*, 20(2), 1-7.
- Cutter, S. L., Boruf, B., & Shirley, W. (2003), “Social vulnerability to environmental hazards”, *Social Science Quarterly*, 84(2), 242–261.
- Cutter, S. L., Barnes, L., Berry, M., Burton, C., Evans, E., Tate, E., et al. (2008), “A place-based model for understanding community resilience to natural disasters”. *Global Environmental Change*, 18, 598–606.
- Davino, C., Gherghi, M., Sorana, S. et al., (2021), “Measuring Social Vulnerability

- in an Urban Space Through Multivariate Methods and Models”. *Soc Indic Res*, <https://doi.org/10.1007/s11205-021-02680-0>.
- Didkovskiy, O., Azzone, G., Menafoglio, A., & Secchi, P. (2020), *Social and material vulnerability in the face of seismic hazard: An analysis of the Italian Case*. MOX-report no. 04/2020, <https://mox.polimi.it/>.
- Dolan, G., & Messen, D., (2012), “Social vulnerability: An emergency managers’ planning tool”, *Journal of emergency management*, 10(3), 161–169.
- Esping-Andersen, G., (1999), *Social foundation of postindustrial economics*, Oxford: Oxford University Press.
- Forrest, R., e Kearns, A., (2001), “Social cohesion, social capital and neighbourhood”, *Urban Studies*, Vol. 38, n. 12, pp. 2125–2143.
- Friedrichs, J., Galster, G.C., e Musterd, S., (eds.), (2005), *Life in Poverty Neighbourhoods: European and American Perspective*, London, Routledge.
- Frigerio, I., & De Amicis, M., (2006), “Mapping social vulnerability to natural hazards in Italy: A suitable tool for risk mitigation strategies”, *Environmental Science & Policy*, 63(c), 187–196.
- Galster, G. C., (2012), “The mechanism(s) of neighbourhood effects: Theory, evidence, and policy implications”, in M. Van Ham, D. Manley, L. Simpson, N. Bailey, & D. Maclennan (eds.), *Neighbourhood effects research: New perspectives* (pp. 23–56), Dordrecht: Springer.
- Hewitt, K., (1997), *Regions of risk: A geographical introduction to disasters*, London: Routledge.
- Kasperson, R.M, Renn, O., Slovic, P., Brown, H. S., Emel, J., Goble, R., Kasperson, J. X., and Ratick, S., (1988), “The Social Amplification of Risks: A Conceptual Framework”, *Risk Analysis* 8: 177-87.
- Kasperson, J. X., Kasperson, R. E., & Turner, B. L. (eds.). (1995), *Regions at risk: Comparisons of threatened environments*, Tokyo: United Nations University Press.
- Palvarini, P., e Pavolini, E., (2010), “Housing deprivation and vulnerability in Western Europe” in Ranci, C. (ed), *Social Vulnerability in Europe: The new configuration of Social Risks*, London, Palgrave Macmillan, pp. 126-158.
- Ranci, C., (2002), *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Ranci, C., (2010), *Social vulnerability in Europe. The new configuration of social risks*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Robeyns, I., (2003), “Sen’s Capability Approach and Gender Inequality: Selecting Relevant Capabilities”, *Feminist Economics* 9 (2–3), 61–92, <https://doi.org/10.1080/1354570022000078024>.
- Sen, A.K., (1999), *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press.
- Smit, B., & Wandel, J., (2006), “Adaptation, adaptive capacity and vulnerability”, *Global Environmental Change*, 16(3), 282–292.
- Taylor-Gooby, P., (2004), “New risks and social change”, in P. Taylor-Gooby (ed.), *New Risks, new Welfare?*, Oxford, Oxford University Press.
- Tate, E., Cutter, S., & Berry, M., (2010), “Integrated multihazard mapping”, *Environment and Planning b*, 37(4), 646–663.
- Zajczyk, F., (2000), *Tempi di vita e orari della città. La ricerca sociale e il governo urbano*, Milano, FrancoAngeli.

19. La nuova programmazione sociale territoriale e le sfide ancora aperte*

di Angela Genova, Giuliano Tacchi, Franco Pesaresi**

Introduzione

Questo capitolo conclusivo del volume propone alcune riflessioni maturate nel corso di questi ultimi mesi. Un tempo arricchito dalla lettura dei diversi contributi dei colleghi e delle colleghe, ma anche un tempo di bilancio, ripensando al lavoro del 2008 *Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche*. Le ultime pagine di quel lavoro presentano una attualità sulla quale interrogarsi. Questo capitolo è articolato in tre parti, la prima propone alcune riflessioni che nascono dalla comparazione tra l'analisi del 2008 e quella attuale del sistema di welfare sociale regionale. La seconda si focalizza sul ruolo degli ATS come protagonisti del welfare sociale territoriale. La terza mette in evidenza alcune sfide ancora aperte per il sistema delle politiche sociali marchigiane.

19.1 Il welfare nelle Marche nel 2008 e oggi, in prospettiva comparata

Nel 2008 le Marche venivano così descritte: “La metafora più aderente sembra essere quella di una regione che si colloca “a metà del guado””: sono

* Il capitolo è frutto del lavoro congiunto dei tre autori, tuttavia Angela Genova è responsabile del primo paragrafo *Il welfare nelle Marche nel 2008 e oggi in prospettiva comparata*, Giuliano Tacchi del secondo paragrafo *La programmazione sociale territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali: tra costanti e variabili*, Giuliano Tacchi e Franco Pesaresi del terzo paragrafo *Le principali sfide per la programmazione sociale*.

** Angela Genova è ricercatrice presso l'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo; Giuliano Tacchi è Direttore ASP “Ambito 9” Jesi (AN); NNA Network Non Autosufficienza; Franco Pesaresi, già Direttore dei Servizi sociali/educativi del Comune di Pesaro e Coordinatore dell'ATS 1, insegna all'Università di Urbino Carlo Bo.

state poste le basi per il superamento del tradizionale assetto del sistema di welfare regionale (caratterizzato da un profilo spiccatamente assistenziale, finalizzato essenzialmente a ridurre il disagio delle fasce più fragili della popolazione e da una estrema parcellizzazione e diversificazione degli interventi, gestiti essenzialmente dai Comuni molti dei quali di ridotte dimensioni demografiche)..., ma si è ancora lontani dall'aver raggiunto un assetto istituzionale, organizzativo e gestionale efficace e maturo, anche se sono stati sicuramente conseguiti importanti risultati in tale direzione” (Genova, Palazzo, 2008, p. 337).

Le Marche sono ancora in un punto intermedio, a “metà strada”, come i capitoli di questo volume ben evidenziano. L’analisi comparata tra quanto presentato in questo lavoro e quello del 2008 evidenzia delle strategie comuni e delle sfide ancora aperte. In sintonia con quanto espresso 13 anni fa, vi è una nuova attenzione alla modalità di *governance* partecipativa (Genova, Mura, 2019; Genova, Palazzo, 2008). Nei primi dieci anni del 2000 si è raggiunto l’apice delle pratiche partecipative, in un contesto istituzionale dove l’attore pubblico regionale istituzionale giocava il ruolo del ‘falegname’ perché protagonista della costruzione dei tanti tavoli di lavoro tematici. Negli ultimi dieci anni, il cambiamento nel sistema di finanziamento e gli orientamenti politici nazionali e regionali hanno fortemente attenuato le pratiche di *governance* partecipata (Genova, Mura, 2019; Genova, 2010; Genova, 2011). È solo in questi ultimi anni, con il nuovo Piano Sociale Regionale 2020-2022 che l’attenzione per il coinvolgimento dei diversi portatori di interesse è ritornato centrale, all’interno di un contesto regolativo nazionale che ha sancito chiaramente le modalità operative di una amministrazione condivisa nelle linee guida ministeriali del 31/3/2021 (vedi capitolo 2 di questo volume).

Nel 2008, venivano evidenziati tre nodi fondamentali che rimangono ancora tali:

1. il superamento del livello comunale quale bacino territoriale di reale programmazione e di gestione della rete dei servizi;
2. il perseguimento (a livello politico, programmatico e operativo) di una effettiva integrazione sociosanitaria;
3. il consolidamento (e in parte la ridefinizione) del rapporto di sussidiarietà con il “Terzo settore”.

Questi tre nodi permangono come centrali per lo sviluppo del sistema di welfare sociale marchigiano ma a differenza del 2008, l’orizzonte al cui interno questi temi si collocano presenta dei marcati aggiornamenti.

Il superamento del livello comunale a favore del ruolo centrale degli ATS è confermato come uno degli elementi cardine del Piano Sociale Re-

gionale 2020-2022 che pone il “Rafforzamento del sistema degli Ambiti Territoriali Sociali” come primo obiettivo strategico di sistema. E a questo dedichiamo il prossimo paragrafo.

Il secondo tema, quello dell’integrazione sociosanitaria è stato ampiamente trattato nel capitolo scritto da Stefano Ricci in questo volume: l’integrazione sociosanitaria è stata abbandonata come priorità e come orientamento strategico a favore da una parte di pratiche molto differenziate e volontaristiche sviluppate nei diversi territori (Arlotti, Catena, Genova, 2015), ma dall’altra da un orientamento specifico del piano verso la costruzione di pratiche di integrazione con altre aree di policy. Prima di tutto, integrazione tra le politiche sociali e le politiche per il lavoro e la formazione nell’ambito degli interventi di contrasto alla povertà, in sintonia con le indicazioni del Piano Sociale Nazionale 2021-2023. Inoltre, il tema del contrasto alla povertà ha stimolato nuovi percorsi integrati con le politiche per la casa. La prospettiva di un welfare territoriale attento alla promozione del benessere dei suoi cittadini e alla partecipazione delle persone svantaggiate e disabili apre, inoltre, la strada a nuove relazioni anche con le politiche per lo sviluppo rurale, soprattutto nelle aree interne, attraverso il tema dell’agricoltura sociale. Le politiche per il contrasto alla violenza di genere delineano ulteriori ponti con le politiche formative e la scuola. La prospettiva proposta nel Piano Sociale Nazionale di un’integrazione e coordinamento con le politiche per l’ambiente apre la strada alla visione one health / one welfare anche se ancora non esplicitamente menzionata: non è infatti possibile programmare il benessere di un territorio senza considerare il benessere ambientale e animale di quello stesso spazio. Lo stesso modello organizzativo recentemente proposto a livello regionale sembra dare priorità a queste nuove modalità di integrazione, attraverso la costituzione di un unico dipartimento con la formazione e il lavoro.

Per quanto riguarda la ridefinizione del rapporto con il Terzo settore, le indicazioni del Piano Sociale Regionale 2020-2022 sono esplicite e ancora di più l’impegno formativo sostenuto dalla Regione nel processo di accompagnamento al rilancio della programmazione sociale territoriale di ATS (vedi capitolo 2 di questo volume).

Alla luce di questo contesto l’istituzione pubblica delle Politiche Sociali Regionali ha negli ultimi anni portato avanti un lavoro di tessitura con le altre aree di policy e gli altri attori del welfare territoriale, in parte reso necessario dal ridefinirsi delle fonti di finanziamento e dalla necessità quindi di valorizzare le potenziali diverse risorse. Possiamo quindi sintetizzare che i servizi sociali della Regione Marche hanno strutturalmente cambiato la loro funzione prioritaria trasformando la metafora del falegname in quella

del sarto. Un sarto che cuce tra diverse aree di policy – contrasto alla povertà, lavoro, formazione, agricoltura sociale (Genova, 2018), casa... – per la costruzione del benessere di un territorio, del suo farsi comunità, nella logica della piena realizzazione della sussidiarietà orizzontale.

Ma se a livello regionale questo appare chiaro, la principale sfida adesso si gioca a livello dei singoli ATS in questo momento impegnati nella elaborazione della nuova programmazione sociale territoriale.

19.2. La programmazione sociale territoriale degli Ambiti Territoriali Sociali: tra costanti e variabili

Gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della regione Marche sono stati attivati nel 2002, con la finalità di organizzare una risorsa nella quale, dalla quale, attraverso la quale, venissero eseguite tutte le attività sociali, interne ed esterne alle istituzioni pubbliche. Uno “strumento” che aveva (e ha) un ruolo da protagonista nella gestione del benessere di una comunità. Dopo la legge di riforma n. 328 del 2000, dopo lo strutturarsi delle politiche sociali nell’area operativa dell’ente locale Comune, l’ATS è diventato uno strumento chiave e un fattore abilitante per le articolate azioni del welfare territoriale (Arlotti, Sabatinelli, 2020). La capacità di gestire adeguatamente gli ATS, e di raggiungere la superiorità operativa sulle tradizionali forme di “servizi alla persona”, ha portato e porterà innovazioni significative a livello tecnico/organizzativo e a livello di gestione politica del “sociale”. Utilizziamo anche il “futuro” perché, data la crescente complessità dell’ambiente operativo, è evidente che le “politiche sociali” richiederanno livelli di coordinamento e integrazione non ancora raggiunti, comunque impossibili senza risorse strutturali ma soprattutto umane, che supportino il processo di innovazione promosso, nei territori, dalla “328”. Per questo si è rilanciato il percorso della pianificazione sociale territoriale nella regione Marche, non solo come recupero di una prassi “dimenticata” ma come un’esigenza emergente che comprende attività di sviluppo e implementazione, con servizi funzionali che supportino adeguatamente tutto il sistema locale di sicurezza sociale, con protagonista l’ente locale Comune che non agisce più da solo ma si coordina con altri Comuni in un territorio definito.

Oggi le politiche sociali, le attività e le organizzazioni collegate hanno a disposizione gli ATS, caratterizzati da una regia collegiale politica (Comitato dei Sindaci dei singoli Comuni che fanno parte degli Ambiti) che supervisiona, controlla e indirizza la regia, anch’essa collegiale, tecnica (Coordinatore d’ATS e Ufficio di Piano con dirigenti e responsabili dei Comuni), con il valore aggiunto della rete locale dei portatori d’interesse che è

necessario coinvolgere nei processi di programmazione, progettazione e gestione partecipata. Gli ATS sono anche gli interlocutori diretti della sanità territoriale, in tutti i processi d'integrazione sociale e sanitaria. Lo strumento strategico per la programmazione e gestione di attività, servizi di aiuto, sostegno, accompagnamento, promozione, a persone e famiglie, è l'attività di pianificazione sociale. La storia dei servizi sociali territoriali è piena di esperienze organizzative e gestionali condizionate da urgenze ed emergenze, per questo pianificare e programmare, nel medio e lungo periodo, è sempre stato un problema.

Dalla complessità dei processi di pianificazione e programmazione è maturata l'attenzione per il tema dell'accompagnare i territori": se ne parla, infatti, fin dal primo apparire "operativo" della legge 328 del 2000 nella regione Marche. All'indomani della Delibera di Giunta che riprendeva gli articoli della normativa nazionale, la Regione Marche, per iniziativa dell'assessore Marcello Secchiaroli, oltre all'attivazione dei 24 Ambiti Territoriali Sociali, alla nomina, nel 2002, dei Coordinatori degli stessi, predispose le "linee guida" per la realizzazione dei Piani Sociali Territoriali e realizzò specifici momenti di formazione per "gli addetti ai lavori" nel territorio.

Furono predisposti Piani Sociali Territoriali di ATS negli anni 2003, 2005, 2007: avevano una durata triennale ma erano implementati e aggiornati da Piani Attuativi annuali e questo permetteva di raccordarli (volendo), per la parte finanziaria, ai bilanci di previsione annuali dei singoli Comuni dell'Ambito. La Regione Marche attivò anche un percorso di valutazione e ci fu una fase nella quale era prevista una penalizzazione, nei trasferimenti monetari ai Comuni, per quegli ATS che non presentavano il Piano. Nel 2000, 2001, 2005, 2009 e 2010 organizzò corsi di formazione specialistica per i Coordinatori.

Successivamente furono coinvolte le Università, logica conseguenza del crescente interesse degli Atenei alla realtà dei territori che ha trovato, nel progetto WEMPU-Marche, una innovativa e operativa sperimentazione partita dal rapporto Università Di Urbino e ATS n.1 e poi allargato, nel 2014, a tutti gli ATS della Provincia di Pesaro e Urbino. Esperimento divenuto, con il tempo, programmazione e progettazione partecipata di attività formative, di "ricerca-azione", di valutazione sociale, sul lavoro di Comunità e sulle varie declinazioni del welfare territoriale. Il consolidamento di questa esperienza ha portato l'Università a essere interlocutore "abituale" anche negli aspetti più complessi, quali l'aggiornamento della normativa regionale "sociale", la predisposizione delle linee guida per il Piano Sociale e l'accompagnamento per la sua implementazione.

Il 2014 è l'ultimo anno in cui si sono predisposti i Piani Sociali Territoriali degli ATS in regione Marche, poi più nulla. Per sette anni non si è dato

seguito a un atto fondamentale e caratterizzante l'esistenza degli stessi ATS, con un dannoso effetto collaterale che, oltre a delegittimare ruolo e funzioni dell'Ambito (in un contesto nazionale che confermava l'utilizzo "sociale" di questo strumento), frenava progetti per l'integrazione delle risorse professionali e finanziarie dei Comuni, lo sviluppo della gestione associata e quei percorsi di sussidiarietà orizzontale che avrebbero messo in campo nuovi attori del territorio (privato sociale), potenziando l'efficacia delle politiche sociali. Fermare la pianificazione del sociale in ATS è stato un atto apparentemente innocuo, compiuto in silenzio, per abbandono delle parti (Sindaci, Assessori comunali, Coordinatori d'ATS, operatori sociali di varia provenienza, Presidenti, assessori e dirigenti di Regione Marche...). Silenzio assordante cui ha fatto eco la protesta, più rumorosa, di diversi portatori d'interesse: sindacati, associazioni e operatori sociali di diversa provenienza, molti dei quali avevano partecipato, tramite i "tavoli" tematici organizzati dagli ATS per aree di intervento, al percorso dei precedenti Piani Sociali. C'era dunque chi non voleva perdere la spinta innovativa che il sociale aveva avuto con l'avvento del nuovo millennio e ha costantemente sostenuto i valori della legge di riforma 328 del 2000 per non tornare indietro.

Costanti e variabili sono state "compagne" di strada nel percorso di accompagnamento, le evidenziamo perché non sono solo una "curiosità" ma caratterizzano la situazione. C'è una particolarità: gli stessi soggetti e le organizzazioni prese in considerazione spesso svolgono, contemporaneamente, la funzione di "variabile" e di "costante". Le "costanti" sono punti di forza sui quali si può agire per riprendere il lavoro di Pianificazione Sociale, le "variabili" interpretano sia la "buona occasione" per il cambiamento, sia l'ostacolo, il freno all'innovazione e dobbiamo tenerne conto.

Tra gli elementi costanti evidenziamo i seguenti:

- il ruolo degli ATS che, nonostante la precarietà odierna diffusa in quasi tutto il territorio regionale, a livello nazionale sono riconosciuti come interlocutori adeguati, a iniziare dal trasferimento di fondi (anche europei). La stessa Regione Marche, nelle sue esternazioni in materia, li individua come luoghi privilegiati e prioritari di confronto;
- il Coordinatore d'ATS è, oggi, una realtà riconosciuta, presente in tutti gli Ambiti ma... condizionato da molte "variabili";
- Terzo settore: un partner "complesso e articolato" ma strategico nel sostegno del ruolo degli Ambiti e della Pianificazione Sociale, disponibile alla partecipazione ai "tavoli" tematici organizzati in ATS e a condividere progetti e iniziative, oggi ancora più interessato (legittimato e motivato) a pretendere co-programmazione e co-progettazione;

- sindacati: non è riduttivo definire come trainante il loro ruolo accanto agli ATS. Si propongono come soggetto politico interessato alla Pianificazione Sociale, al tema dei “livelli essenziali”, alla formazione, alla definizione di un’organizzazione territoriale degli Ambiti funzionale ed efficace (in personale e strutture);

- la sanità: interlocutore essenziale, presente nei diversi livelli d’integrazione, da quello professionale (équipe multidisciplinari diffuse) a quello gestionale (nelle Unità Valutative Integrate, nell’avvio dei Punti Unici di Accesso, nelle innovazioni come l’organizzazione delle Uoses -Unità Operative Sociali Sanitarie e delle Case della Salute/di Comunità...). Nello specifico della fase di accompagnamento al Piano Sociale la sanità (operatori della Regione e del territorio) ha manifestato fasi alterne: da un iniziale distacco condito di diffidenza (atteggiamenti poco coerenti al tema della Pianificazione e Programmazione Integrata) a fasi conclusive di sostegno e condivisione;

- la formazione, la valutazione sociale, la ricerca-azione: strumenti che ci stanno accompagnando non solo per conoscere e capire i territori, le organizzazioni, la domanda e il bisogno ma per fare “manutenzione” delle professionalità sociali e per consolidare gruppi di lavoro, confermare il senso delle équipe multidisciplinari. Lo stesso percorso di accompagnamento, iniziato nel 2020 e svolto nel 2021, è stato un lungo e partecipato corso di formazione condivisa, nei contenuti e nelle modalità. Il Piano annuale della formazione specialistica è opportuno che sia descritto nel Piano Sociale d’ATS;

- P.S. Abbiamo sempre proposto (una costante) anche ai politici (Sindaci, Assessori, Consiglieri) di condividere percorsi di formazione o di organizzarne di specifici... con scarso successo (una costante!);

- partecipazione: una costante, sia pure con “con alti e bassi”, nelle diverse fasi temporali. Dal 2002 a oggi si sono moltiplicati tavoli di partecipazione tematici, assemblee plenarie d’ascolto, gruppi di lavoro per progettare. La partecipazione è stata (ed è) una pratica assidua e ricca di contributi per gli operatori del Terzo settore e così per i Sindacati, in particolare nei tavoli tematici e nei percorsi strategici (Piano Sociale). Dai colleghi degli ATS sono emersi atteggiamenti contrastanti: sul tema generale della partecipazione qualche Coordinatore ha trascurato il proprio ruolo, poco convinto di questa necessità.

- Regione Marche: è stata ed è presente con attenzione specifica alla ripresa della Pianificazione territoriale e con la competenza di dirigenti e funzionari, ci sono stati ritardi e omissioni (altra costante) in gran parte dovuti alla collocazione defilata delle politiche sociali nel contesto politico (Giunta, Presidenza, Consiglio) e nell’organizzazione interna alla Regione;

- la politica: fin dall'inizio operativo degli ATS lo strumento di regia politica è stato (ed è) il Comitato dei Sindaci. Composto dagli amministratori dei Comuni appartenenti all'ATS, ha compiti d'indirizzo, controllo, individuazione di priorità. Vi partecipano Sindaci e/o Assessori con la delega "sociale". Qualche problema naturalmente c'è, da sempre conosciuto e da sempre sottovalutato, come, ad esempio, il numero dei componenti il Comitato dei Sindaci che, in ATS che aggregano piccoli e piccolissimi Comuni, formano un organo collegiale con decine di amministratori quindi di difficile gestione. Anche i processi di aziendalizzazione dei Comuni aggregati e quindi degli ATS, pongono problemi alla politica per il ruolo forte che assumono i tecnici con funzione di direttori;

- la rete sociale: è compito dell'ATS e lavoro primario del Coordinatore/facilitatore, quindi, istituzionalmente, la sua organizzazione è un atto dovuto. In alcuni territori ci sono stati tentativi bizzarri come quello di affidare il ruolo di "organizzatore di rete" a soggetti esterni, diversi dal Coordinatore. Occorrono comunque indicatori per misurare qualità e quantità della rete: numero di "tavoli di partecipazione" attivati, aree d'intervento e organizzative interessate, numero di operatori coinvolti, quali professionalità e quale provenienza, periodicità degli incontri (quali/quantità, nel mese/anno...) e poi distinguere, tra i gruppi di lavoro coinvolti, tra l'ascolto, la concertazione, la programmazione partecipata, la co-progettazione;

- il progetto avviato dall'Ateneo di Urbino con gli ATS della provincia di Pesaro e Urbino e il successivo coinvolgimento delle Università marchigiane. Un percorso consolidato che, ancora oggi, mantiene l'obiettivo iniziale di condividere e confermare la necessità di un confronto costante delle politiche sociali territoriali sull'esperienza agita, verificando valori, limiti e modalità di "manutenzione" del sistema, utilizzando la rete sociale locale (con operatori del Terzo settore, sindacati, sanità, ente pubblico), per realizzare formazione specialistica, processi di ricerca e valutazione sociale, favorendo l'ascolto e il confronto.

Tra gli elementi variabili mettiamo in luce i seguenti:

- il ruolo degli ATS è una costante ma anche una variabile perché, indipendentemente dalla sua originaria organizzazione è mutato e sta mutando nel ruolo, condizionato da volontà, politiche e tecniche, contraddittorie. Negli anni si è evidenziata, in buona parte di Sindaci e amministratori, una scarsa visione di sistema sul ruolo cardine delle politiche sociali nei processi d'integrazione e partecipazione, una disattenzione al tema complesso e strategico del "welfare territoriale". Vediamo che spesso il politico "subisce" il tecnico (ad esempio si lascia campo libero al dirigente anche in fasi gestionali propriamente politiche) o addirittura veste i panni del "tecni-

co”, rinunciando a un’elaborazione politica di visione complessiva, d’indirizzo, verifica, controllo, conduzione istituzionale. Su temi strategici si procede a passo lento e con disomogeneità: è il caso della modalità di “gestione associata” dove i Comuni prendono strade diverse, si va dal “semplice” accordo di programma, all’Unione di Comuni, dal ruolo preponderante di Comuni grandi che supportano i piccoli Comuni, alla ricerca della efficienza dell’azienda ASP (Azienda Pubblica Servizi alla Persona), qualcun altro ripensa ai Consorzi anche se non contemplati nel contesto regolativo regionale. Ci sono 23 ATS, è così da inizio millennio (erano 24 ma un ATS è passato, armi e bagagli, ad altra regione, con la parte nord del Montefeltro finita in Emilia-Romagna), il risultato è una realtà organizzativa a macchia di leopardo, che fatica a trovare un’efficienza adeguata. Gli ATS sono tanti, troppi per una piccola regione e per 1,5 milioni di abitanti. La valutazione degli standard organizzativi dei singoli Ambiti porta a considerare la necessità di un accorpamento di territorio e degli staff tecnici ma prevalgono storici “campanilismi” che condizionano sia un riassetto operativo e funzionale interno al sociale (più efficienza ed efficacia), sia un’adeguata riorganizzazione esterna, nel rapporto con il Terzo settore e con la sanità territoriale.;

- il Coordinatore di ATS non ha ancora, dopo venti anni, un profilo professionale definito. Le situazioni di ruolo sono troppo diverse: contratti disuguali e quindi disparità di trattamento e precariato, ruoli dirigenziali svolti assieme alla funzione di coordinatore / facilitatore di reti con (inevitabile?) prevalere del primo ruolo, coordinatori “puri” sostenuti da efficaci equipe tecniche e in sintonia con dirigenti collaboranti ma esistono anche conflitti (ingiustificabili) tra dirigenti e coordinatori, alcuni staff di supporto sono adeguati altri inconsistenti, discontinua la formazione, ci sono anche Coordinatori che coordinano più ATS;

- l’assistenza. Gli interventi assistenziali stanno di nuovo condizionando pesantemente la pianificazione e programmazione dei servizi sociali comunali. La storia del moderno “servizio sociale” territoriale sembrava evolversi, senza ripensamenti, da una prevalente azione di sostegno economico (primo dopoguerra) alla prevenzione del disagio e alla promozione del benessere, emancipandosi dall’assistenzialismo ma poi c’è stata la crisi sociale ed economica iniziata nel 2008, alla quale si è aggiunta la devastazione della pandemia da Covid19, nel 2020. Nell’affannoso e rinnovato impegno di contrasto alle “nuove povertà” e nella massiccia erogazione di contributi, l’ente locale Comune sta, al momento, comprimendo e restringendo l’area dello sviluppo e dell’innovazione sociale e lo stesso ruolo dell’operatore sociale. Questo variare del rapporto domanda / bisogno, che rischia di vedere i diritti di cittadinanza ricondotti alla sola erogazione di

contributi, trova una via di uscita nella pianificazione e programmazione di servizi che, oltre al contrasto di vecchie e nuove povertà, può garantire attivazione di responsabilità;

- le diverse anime del privato sociale. Nel riattivare la pianificazione sociale abbiamo visto quanto sia potenzialmente importante il ruolo del Terzo settore ma le sue preziose varietà vanno gestite per non disperdere risorse e aiutare associazioni e gruppi a visioni ampie e d'integrazione. La Cooperazione Sociale è, da anni, parte integrante delle politiche sociali ma la sua azione nel territorio ha subito variazioni significative. Oggi abbiamo verificato la sua evoluzione come soggetto "politico" che sa programmare, mettere in campo professionalità di valore, organizzare strutture e servizi in autonomia ed è autorevole nella progettazione. La stessa Cooperazione è, però, anche soggetto protagonista di appalti pubblici, partecipa a gare per l'esternalizzazione di servizi ed è quindi gestore di servizi con titolarità pubblica. Due anime in uno stesso soggetto che oggi, insieme all'associazionismo di volontariato e di promozione sociale, rivendicano nuove modalità di partecipazione all'attività del pubblico. La chiamano "amministrazione condivisa" e richiedono pianificazione e programmazione partecipata... una bella sfida;

- il (doppio) ruolo del sindacato. Nelle prime fasi organizzative degli ATS il Sindacato era incline a far prevalere il suo ruolo di tutela dei lavoratori del sociale, poi si è fatto interprete di autorevoli rivendicazioni sui bilanci dei Comuni dedicati al sociale. In tempi più recenti ha partecipato a gruppi di lavoro integrati con l'ente pubblico e ATS (esempio la definizione dei regolamenti ISEE). Oggi esprime il suo ruolo politico nel territorio al punto di divenire il soggetto più garantista del ruolo degli ATS ed è un gran sostenitore della pianificazione sociale... da tenere in conto;

- la sanità si è presentata come una variabile di difficile gestione. Nel percorso di accompagnamento (2020) sono di nuovo emersi tutti i limiti all'integrazione, in particolare nella storica divergenza tra modalità di governo e *governance*, nel sociale e nella sanità. L'ATS rappresenta (o dovrebbe rappresentare) l'essenza della *governance*, con il suo ruolo funzionale alla rete sociale, all'integrazione, alla programmazione e progettazione partecipata con i portatori d'interesse del territorio. La sanità, con la sua verticalità gestionale, "fatica" a condividere. I Sindaci hanno poca voce in capitolo, la "geografia" mutevole del sistema sanitario territoriale è una variabile che ha creato problemi passati e presenti: cambia il ruolo dei Distretti (un tempo interlocutore privilegiato dell'ATS, oggi interlocutore, sì, ma privato di reali poteri gestionali), ci si confronta con l'Area Vasta che comprende più ATS (...a dire il vero anche nei Distretti sono compresi più Ambiti), abbiamo un'Azienda Unica Regionale (ASUR) ma non si sa fino a quando. Non da ultimo ricordiamo che di pianificazione territoriale sociale e sanitaria, integrata, non si parla;

- la politica: la variabile è composta dal diverso spessore dei politici messi in campo per giocare la partita del sociale e del welfare territoriale. A livello locale e regionale, abbiamo visto di tutto e di più, con alti e bassi dovuti a grandi figure di amministratori, pensiamo a Marcello Secchiaroli, assessore regionale, e a personaggi di basso profilo, se non addirittura poco inclini alla materia, incapaci di una visione di sistema sul “welfare territoriale” e, nel particolare, inadeguati nel ruolo di presidio sulla necessità di promuovere un’efficace e costante pianificazione sociale, nei territori;
- la rete sociale: attualmente sembra essere un obiettivo subordinato ad altre priorità/emergenze e qui la scelta è tra l’abbandono del lavoro di comunità o lo sviluppo di coesione sociale finalizzata alla partecipazione e alla responsabilità condivisa.

19.3. Le principali sfide per la programmazione sociale

Che cosa vuole essere dunque il Piano sociale d’ATS al quale stanno oggi lavorando i territori? Il piano sociale territoriale di ATS può e deve essere quello che il “sociale”, nei territori, non ha mai, sistematicamente e dignitosamente, avuto. Nei Comuni, c’erano e ci sono, piani regolatori urbanistici, per il commercio, ambiente, turismo...e il sociale? Il Piano Sociale introduce e monitora processi efficaci d’integrazione professionale, gestionale e istituzionale, sostiene l’organizzazione della gestione associata tra enti pubblici, istituzionalizza la pari dignità tra pubblico e privato, supporta il sociale nei processi di integrazione con la sanità, organizza il coordinamento, definisce una prassi di *governance* nel rispetto dei ruoli tra politica locale e portatori di interesse, tra politici e tecnici. Il luogo della Pianificazione Sociale è la comunità locale con i suoi problemi e le sue risorse, il metodo è nel lavoro di rete, nella programmazione e progettazione partecipata che sono gli strumenti, al momento, più idonei per aggregare e condividere, sviluppando, in quantità e qualità, il benessere e la sicurezza sociale.

In questa narrazione si riassume anche il senso del “rilancio” del ruolo degli ATS nella Regione Marche, perché la ripresa della Pianificazione Sociale Territoriale rimette al centro, da protagonisti, i territori e il lavoro di comunità.

Pianificare e programmare non sono, ovviamente, atti estranei all’ente locale Comune ma lo strumento ATS è l’occasione, politica e tecnica, di fare più e meglio, lavorando insieme. Gli amministratori (Sindaci, Assessori...) e i tecnici (dirigenti, funzionari...) che gestiscono le politiche sociali predispongono, annualmente, un bilancio di previsione e spesa, anche nelle diverse aree d’intervento dei servizi sociali (anziani, disabili, minori, fami-

glie, adulti in difficoltà, giovani e adolescenti, migranti...). Questo, da sempre, è l'atto politico e tecnico più importante del Comune e si sviluppa per tutto l'anno utilizzando il PEG (il Piano Esecutivo di Gestione), monitorando entrata e spesa, con una fase intermedia di valutazione, lo stato di attuazione dei programmi e verificando il tutto, a fine anno, con una relazione e consuntivo. Dentro il "bilancio" (e le sue declinazioni) del servizio sociale di un Comune ci sta buona parte dell'efficacia del sistema di sicurezza sociale della comunità, con i suoi operatori, servizi, attività, interventi. Il tutto avrebbe un respiro più ampio se integrato tra più Comuni, partecipato dai portatori interesse del territorio programmando e progettando insieme, se fosse capace di evidenziare priorità, monitorare un territorio ascoltando domande e valutando bisogni, raccogliere e integrare le risorse della rete locale per organizzare coesione, comunicare con i cittadini favorendo partecipazione, presentare lo stato della propria organizzazione (in professionalità necessarie e servizi efficaci), fino al punto di definire, con chiarezza, se si stanno rispettando standard adeguati di livelli, essenziali, di sostegno, aiuto e promozione sociale. Tutto questo non è compito del Bilancio di previsione di un singolo Comune, ma è l'obiettivo della pianificazione sociale territoriale di un ATS.

Quindi i Piani di ATS sono uno strumento superiore a quelli esistenti e non è pura utopia se qualcuno, oggi, autorevolmente, parla e scrive di "amministrazione condivisa" e "programmazione partecipata", con tanto di riferimenti a una sentenza della Corte Costituzionale (luglio 2020) e a una faticosa ma progressiva attivazione della riforma del Terzo settore, quel mondo complesso e articolato che comprende molteplici e preziosi partner dell'ente pubblico in campo sociale (associazioni di volontariato, di promozione sociale, cooperative sociali).

C'è dunque un prima e un dopo la "328", normativa responsabile di aver attivato la "pianificazione sociale integrata" nei territori, che ci porta ad alcune brevi riflessioni. Nell'immediato dopoguerra il sociale si organizzava essenzialmente sull'assistenza a molteplici e drammatiche situazioni di estrema povertà, lo strumento di "programmazione" era il bilancio gestito dagli ECA (enti Comunali di Assistenza) e i servizi sociali dell'ente erano sotto la gestione e supervisione della sanità (negli anni '80 c'erano ancora assessori comunali alla "sanità e sicurezza sociale") (Fargion, 1997). Poi c'è stato lo sviluppo e il consolidamento di "politiche sociali" del singolo Comune che, in enti locali di media grandezza, avevano organizzazioni complesse e articolate. Oggi utilizziamo il termine "welfare territoriale" per significare come le politiche sociali dei Comuni si stessero evolvendo ulteriormente, riuscendo anche a programmare il sistema di aiuto e sicurezza

sociale insieme con altri attori quali la sanità locale, il privato sociale, le agenzie di formazione, l'istruzione, il lavoro... Al centro la comunità locale e la necessità di creare coesione sociale finalizzata alla partecipazione e alla solidarietà.

La crisi sociale ed economia del 2008 ha messo alla prova questo sistema di welfare territoriale, evidenziando l'incapacità, complessiva, di sviluppare ulteriormente il lavoro di comunità per contenere sofferenza, disgregazione e povertà diffusa. Una lezione dalla quale la politica e il mondo del sociale avrebbe dovuto imparare molto.

Oggi siamo di nuovo impreparati: la pandemia rimanda ancora a urgenze ed emergenze. Non solo ci si ammala ma si perde lavoro, fiducia, coesione, benessere... Una pronta, coordinata, integrata e adeguata programmazione territoriale del sistema di aiuto (sociale e sanitario) non avrebbe sostituito la necessità del vaccino anti-Covid ma sarebbe stata un prezioso alleato, avrebbe attivato il territorio e definito, tempo prima, quali erano i livelli "essenziali" dei servizi necessari per dare più occasioni alla comunità locale di attivare recupero e (lo scriviamo anche noi) resilienza. Era uno dei compiti del Piano Sociale Territoriale di ATS che, all'origine (inizio nuovo millennio), si doveva addirittura predisporre congiuntamente alla pianificazione del Distretto Sanitario. Nessuno ci ha più pensato e si fatica a pensarlo anche oggi. Il tema sconfinava nel compito essenziale del fare politica, non ci soffermiamo, ma una democrazia adulta se ha creato, nel corso del suo esistere, coesione sociale nei territori, organizzando gli strumenti della partecipazione dei cittadini, è capace di mettere in campo anticorpi significativi, anche nelle politiche sociali, dando sostanza a parole super utilizzate, come solidarietà, auto aiuto, sussidiarietà orizzontale, comunità educante e responsabile.

Ecco perché, oggi, è complicato accompagnare i territori a riprendere un lavoro interrotto che ha prodotto effetti collaterali devastanti sulle responsabilità, sui ruoli, sulle competenze.

Le politiche concentrate sui soli interventi di assistenza sono quindi superate, non escluse ma comprese e integrate nelle azioni di prevenzione del disagio e promozione del benessere. Un'evoluzione complessa che si è dovuta dotare dei necessari strumenti per coordinare il tutto e integrarlo in quello che, oggi, chiamiamo il "welfare territoriale", cioè un mix virtuoso e funzionale con le politiche della formazione, del lavoro, dell'istruzione e, naturalmente, con la sanità locale.

Tuttavia, nonostante il processo di accompagnamento delle Università, il fatto che non si sia riusciti a consegnare i Piani Sociali Territoriali di ATS alla Regione entro ottobre 2021 evidenzia una pericolosa deriva che

porta l'azione di "pianificazione sociale" a essere accessoria, eventualmente collaterale ad azioni ritenute più importanti. Si è manifestata anche una richiesta (quasi) generale, da parte dei Coordinatori d'ATS, di rinvio all'anno successivo, dimenticando la coerenza temporale, il valore, la funzione e la necessità di riattivare un percorso strategico. La motivazione generale del "ritardo" è il carico di lavoro complessivo che pesa sui Coordinatori e i loro collaboratori. Una prima valutazione rileva che, effettivamente, il trasferimento di nuove risorse agli ATS, aggiunto al lavoro ordinario, ha messo in difficoltà gli operatori, anche per la complessità della gestione ma rileva anche l'inadeguatezza organizzativa della maggior parte degli Ambiti: personale insufficiente e accorpamento di funzioni rendono problematica l'attività amministrativa e ridotta l'attività nel territorio per compiti di facilitatore e organizzatore di reti.

Di qui la scelta: o cambiare sostanzialmente il ruolo degli ATS e dimenticare lo "spirito" innovativo della legge 328, rinunciando al lavoro di comunità e ai suoi strumenti di lavoro oppure riorganizzare gli ATS, ad esempio rivedendo il loro numero, potenziando la loro organizzazione e il loro personale, puntando sulla gestione associata, ridefinendo il profilo professionale del Coordinatore ecc.

Gli unici ATS che hanno portato a compimento l'azione di programmazione entro il 2021 sono l'ATS 1 di Pesaro (ATS 1, 2021) e l'ATS 9 di Jesi (ATS 9, 2021).

Con questa breve narrazione abbiamo cercato di fare sintesi di un processo in atto, articolato e complesso. Abbiamo riassunto la nostra visione dell'accompagnamento alla riattivazione dei Piani Sociali Territoriali d'ATS, organizzato dalle Università e dalla Regione Marche e partecipato dai territori, nella piena consapevolezza che pianificare e programmare è indispensabile per governare le potenzialità e accogliere le sfide.

Riferimenti bibliografici

- A. Genova, (2010) "La crisi come fattore di riassetto del welfare locale: il caso delle Marche", in *La Rivista delle politiche sociali*, 2010, n. 4, pp. 403-423.
- Arlotti M, Catena L., Genova A. (a cura di), (2015) *La dimensione territoriale dell'integrazione. Non autosufficienze e politiche sociosanitarie in Italia*, Carocci, Roma.
- Arlotti, M., & Sabatinelli, S. (2020). "Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla legge quadro 328/00", *Social Policies*, 7(3), 357-374.
- ATS 1 (2021) Piano Sociale Territoriale di ATS <http://www.comune.pesaro.pu.it/ambitoterritoriale sociale/>

- ATS 9 (2021) Piano Sociale Territoriale di ATS <https://www.aspambitonove.it/export/shared/asp-ambito-9/documenti/Allegato-A-Obiettivi-strategici-di-sistema-e-sviluppo-delle-politiche-di-settore.pdf>
- Di Gaetano A, Strom E, (2003) “Comparative Urban Governance: An Integrated Approach”, in *Urban Affairs Review*, 2003, n. 38(3), pp. 356-395.
- Fargion V., *Geografia della cittadinanza sociale in Italia: regioni e politiche assistenziali dagli anni Settanta agli anni Novanta*, il Mulino, Bologna 1997.
- Genova A. Palazzo F. (a cura di) (2008) *Il welfare nelle Marche. Attori, strumenti, politiche*, Carocci, Roma.
- Genova A., Mura B., (2019) “Le politiche sociali”, in Amatori F., Giulianelli R., Martellini A. (a cura di), *50 anni di Storia delle Regione Marche*. Istituto di Storia Marche. Presidenza del Consiglio Regionale, FrancoAngeli, Milano, pp. 245-264.
- Genova, (2011) “Analisi della struttura e dell’occupazione del settore dei servizi sociali nella regione Marche”, in *Quaderni della ricerca sociale*, 2011, n. 8.
- Genova, A. (2018) “L’innovazione nel welfare regionale: la governance dell’agricoltura sociale nel caso studio delle Marche”, in *Argomenti*, n. 11, pp. 77- 98.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2022 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835141921

Il Rapporto sull'assistenza nelle Marche 2022 propone analisi e riflessioni sull'insieme di servizi e interventi sociali, sociosanitari e socioeducativi preposti a rimuovere o prevenire condizioni di disagio e/o di mancanza di autonomia.

Analizza le politiche e i servizi territoriali rivolti ad anziani non autosufficienti, giovani e adulti con disabilità, minori e famiglie, soggetti in condizione di povertà o a rischio di cadervi, marginalità, dipendenze, migranti e individui con disagio psichico.

Prende in esame l'offerta e la gestione dei servizi ma anche le funzioni di finanziamento, programmazione, regolazione e indirizzo degli Enti locali e Regione, secondo le rispettive competenze, guardando al ruolo e alle azioni dei diversi soggetti pubblici, del terzo settore e privati.

È il frutto della collaborazione tra professionisti e professioniste dei servizi del territorio e ricercatrici e ricercatori delle università marchigiane.

Si rivolge a chi è protagonista del sistema di welfare territoriale nei diversi ruoli di cittadino, utente, esperto ed esponente politico; a chi disegna e amministra il welfare marchigiano, nell'ambito della struttura regionale e locale; a chi si occupa di welfare in altre Regioni, per favorire lo sviluppo di analisi comparate.

Propone dati e analisi valutative sul sistema di welfare sociale territoriale al fine di aumentare le conoscenze e le competenze di tutti i suoi attori in una logica costruttiva e migliorativa.

Angela Genova è ricercatrice presso il Dipartimento di Economia Società Politica dell'Università degli Studi di Urbino Carlo Bo. Svolge attività di ricerca sulle politiche sociali e sanitarie in prospettiva comparata. È segretaria dell'Associazione Italiana di Sociologia, sezione Salute e Medicina.

Franco Pesaresi è direttore dell'Azienda pubblica Servizi alla Persona ASP Ambito 9 di Jesi (AN) e coordinatore dell'ATS 9 delle Marche. È autore o co-autore di oltre 40 volumi sulle tematiche del welfare. È presidente dell'AIPAS Marche e vicepresidente operativo della Fondazione di comunità "Vallesina Aiuta".