



Città di  
**CERNUSCO  
SUL NAVIGLIO**  
Provincia di Milano



**Distretto 4 ASL MI 2**

Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiagio, Carugate, Cassina dè Pecchi,  
Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago.

# DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE DEL WELFARE LOCALE INTEGRATO

**TRIENNIO 2015/2017**



Regione Lombardia - DGR nr.. 2941 DEL 19.12.2014



## Sommario

<b>AGENDA POLITICA.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITOLO 1 - ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2012-2014.....</b>	<b>12</b>
1. PREMESA: LA STRUTTURA DI GOVERNO .....	12
2. I SERVIZI DISTRETTUALI IMPLEMENTATI .....	14
3. LE PROGETTAZIONI DISTRETTUALI E INTERDISTRETTUALI .....	20
4. L'EROGAZIONE DI BUONI E VOUCHER ALLE FAMIGLIE.....	25
5. LE ATTIVITA' DI COORDINAMENTO DISTRETTUALE E INTERDISTRETTUALE.....	28
6. LE ATTIVITA' DI COORDINAMENTO ASL-AZIENDA OSPEDALIERA –DISTRETTI SOCIALI .....	31
<b>CAPITOLO 2 - IL CONTESTO: QUADRO EPIDEMIOLOGICO E CARATTERISTICHE SOCIO- DEMOGRAFICHE.....</b>	<b>34</b>
1. LA POPOLAZIONE RESIDENTE .....	34
2. LA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE .....	40
3. MORTALITÀ E CAUSE DI MORTE.....	41
<b>CAPITOLO 3 - I CONSUMI SOCIOSANITARI E L'ASSISTENZA DOMICILIARE.....</b>	<b>43</b>
1. SERVIZI PER ANZIANI .....	43
2. SERVIZI PER DISABILI .....	44
3. SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE.....	45
<b>CAPITOLO 4 - I CONSUMI SOCIALI: LA SPESA SOCIALE DEI COMUNI .....</b>	<b>47</b>
1. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO .....	47
2. AREE DI INTERVENTO .....	47
3. INTERVENTI SOCIALI .....	49
4. TIPOLOGIA DI COSTO E DI FINANZIAMENTO.....	54
5. INDICATORI MEDI DI SPESA.....	55
6. L'OFFERTA SOCIALE (III TRIM. 2014) .....	56



**CAPITOLO 5 - L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....58**

1. PREMessa ..... 58
2. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ..... 60

**CAPITOLO 6 - LA PROGRAMMAZIONE LOCALE NEL NUOVO TRIENNIO: OBIETTIVI E PRIORITA' DEL**

**DISTRETTO 4 ASL MI 2 .....82**

1. GESTIONE ASSOCIATA: A CHE PUNTO SIAMO ARRIVATI ..... 82
2. UNIONE DEI COMUNI – DI COSA SI TRATTA? ..... 85
3. PERCHE' L'UNIONE? UNO SGUARDO AL CONTESTO GENERALE: LA CITTA' METROPOLITANA E LE AREE  
OMOGENEE ..... 86
4. L'UNIONE DEI COMUNI COME OPPORTUNITA' ..... 87
5. LA NUOVA PROGRAMMAZIONE DEL WELFARE LOCALE NEL TRIENNIO 2015-2017..... 95
6. GESTIONE ASSOCIATA/ FUNZIONE TECNICA ..... 96
7. CONOSCENZA, RISORSE E SERVIZI LA NUOVA TRIENNALITA' ..... 99
8. LAVORO E OCCUPAZIONE ..... 99
9. DISABILITA' ..... 102
10. ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA..... 106
11. HOUSING ..... 109

**CAPITOLO 7 - IL RACCORDO CON ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE .... 113**

1. POLITICHE GIOVANILI ..... 114
2. AZIONI INTEGRATE IN CONTRASTO ALLE LUDOPATIE ..... 117
3. POLITICHE PER IL LAVORO: IL PIANO TERRITORIALE CONCILIAZIONE TEMPI LAVORO E FAMIGLIA DELLA RETE  
ADDA MARTESANA ..... 118
4. POLITICHE PER IL LAVORO: IL TAVOLO DI COORDINAMENTO PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO E IL  
PROTOCOLLO PER LA COLLABORAZIONE, LA PROMOZIONE E LA PROGETTAZIONE DELLO SVILUPPO ECONOMICO,  
DELL'INNOVAZIONE E DELL'OCCUPAZIONE ..... 120
5. LA COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA ..... 122



**CAPITOLO 8 - IL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE ..... 123**

1.	PRESENTAZIONE .....	123
2.	IL SEGRETARIATO SOCIALE NEL “WELFARE DI ACCESSO” ALLA RETE DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI... 124	124
3.	SEGRETARIATO SOCIALE ED ALTRI SERVIZI DI INFORMAZIONE SOCIALE .....	125
4.	L’ATTIVITÀ ISTITUZIONALE DEL SEGRETARIATO SOCIALE: L’INFORMAZIONE SOCIALE .....	125
5.	SEGRETARIATO SOCIALE E SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE .....	127
6.	FUNZIONI PRINCIPALI DEL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE .....	128

**CAPITOLO 9 - IL SERVIZIO DISTRETTUALE INTEGRATO PER LA FAMIGLIA E I MINORI ..... 131**

1.	PREMESSA .....	131
2.	UN PO’ DI STORIA.....	132
3.	LA SITUAZIONE LOCALE DELLE POLITICHE A FAVORE DELLA FAMIGLIA E DEI MINORI .....	133
4.	LE MOTIVAZIONI DI UNA GESTIONE ASSOCIATA .....	134
5.	RIFERIMENTI LEGISLATIVI .....	136
6.	ENTE TITOLARE DELLA FUNZIONE .....	137
7.	LE FINALITÀ GENERALI .....	137
8.	TIPOLOGIA DEL “SERVIZIO INTEGRATO PER LA FAMIGLIA E I MINORI” .....	138
9.	IL MODELLO ORGANIZZATIVO .....	139
10.	IL MODELLO OPERATIVO .....	140
11.	LA COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE .....	141
12.	LO SVILUPPO TEMPORALE .....	142
13.	LA FORMAZIONE E SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI .....	143

**CAPITOLO 10 - LA RICOMPOSIZIONE DEL SISTEMA DELLA CONOSCENZA ..... 131**



<b>CAPITOLO 11 - LA RICOMPOSIZIONE DEL SISTEMA DELLE RISORSE .....</b>	<b>131</b>
1.   PREMESSA .....	131
2.   FONTI DI FINANZIAMENTO: AREA MINORI GIOVANI E FAMIGLIA.....	148
3.   AREA FRAGILITA' .....	149
4.   AREA PROMOZIONE E INCLUSIONE .....	150
5.   SPESE PER SERVIZI ESTERNALIZZATI (rif. anno 2014): SERVIZI COMUNALI .....	151
6.   ULTERIORI SERVIZI COMUNALI .....	154
7.   SERVIZI DISTRETTUALI .....	154
8.   PERSONALE .....	155
<b>PER CONCLUDERE .....</b>	<b>156</b>



## **AGENDA POLITICA DEI COMUNI DEL DISTRETTO 4, TRIENNIO 2015-17**

L'*agenda politica* del territorio del Distretto 4 pone le sue basi, da un lato, sull'evoluzione generale dei fenomeni e del profilo demografico e, dall'altro, invece sulla lettura dei bisogni e delle criticità realizzata a conclusione del triennio precedente. Riportiamo in breve un'analisi di scenario in modo che possano essere comprese appieno le scelte politiche che si vogliono evidenziare nel Documento di Programmazione Territoriale.

In particolare sono stati rilevati un continuo e preoccupante calo delle risorse, un aumento della domanda di cura e una crescita della risposta privata legata all'invecchiamento della popolazione, una frammentazione della domanda e quindi un'inadeguatezza delle risposte standardizzate prodotte storicamente dalle politiche sociali, una difficoltà di integrazione degli ambiti socio-sanitario che producono, da un lato risposte scarsamente adeguate ai bisogni e, dall'altro, invece difficoltà per le famiglie.

A questo si aggiunge negli anni passati una collaborazione altalenante con il *terzo settore*, che per il futuro dovrà diventare un interlocutore privilegiato non solo in qualità di "gestore" di servizi, ma come soggetto con cui condividere la definizione dei bisogni e delle politiche di welfare; riteniamo infatti prioritario per gli anni a venire promuovere politiche innovative e promozionali in grado di continuare a far crescere il capitale sociale dei territori.

Il triennio 2015-2017, in questa direzione, vedrà le Amministrazioni del Distretto 4 impegnate nel perseguimento di obiettivi comuni. La comunanza degli intenti e delle strategie è rafforzata dalla scelta di istituire una **Unione dei Comuni della Martesana** alla quale sarà delegata la funzione sociale inizialmente di 6 Comuni (Bussero, Gorgonzola, Cambiagio, Carugate, Cernusco sul Naviglio, Pessano con Bornago).

L'Unione dei Comuni è un Ente Locale di secondo livello normato dal Dgls 267/2000, art. 32, costituito tra due o più comuni che intendono esercitare in maniera associata alcune funzioni e servizi. Mantiene la rappresentanza politica dei comuni che vi aderiscono attraverso il Presidente, la Giunta dei Sindaci e il Consiglio dell'Unione. Svolge in maniera autonoma le funzioni conferite, attraverso le risorse e il personale che i comuni devolvono all'Unione per lo svolgimento di tali funzioni.

I comuni del Distretto 4 vedono nell'Unione dei Comuni una opportunità di miglioramento dei servizi per i propri cittadini e di risparmio di risorse economiche. Di fronte ai crescenti problemi dei cittadini del territorio e ai continui e ben tangibili tagli di risorse a cui i comuni sono sottoposti, è necessario trovare nuove risposte, partendo dal cambiamento di modelli di servizio che ormai non rispondono più, in maniera ottimale, alle esigenze nuove e mutevoli del territorio.

Affinché l'Unione dei Comuni riesca a produrre gli effetti desiderati sarà necessario

- dotarsi di strumenti decisionali più veloci,
- sperimentare e innovare,
- specializzare il personale e aumentarne le competenze,
- diminuire la burocrazia e praticare un'organizzazione più efficace degli uffici e dei servizi,
- portare a disposizione di tutti le buone prassi che sono già in atto in alcuni comuni,
- garantire gli stessi livelli standard di base sui servizi del territorio,



- ottenere maggiori livelli di efficienza nella gestione dei servizi,
- acquisire maggiore forza nelle relazioni inter-istituzionali con Città Metropolitana, Regione e ASL
- aggregare le risorse e ridistribuirle in modo più razionale

Questi sono i cambiamenti che i comuni del Distretto 4 si pongono come obiettivo nella gestione associata dei Servizi Sociali.

A questi aspetti si dovranno aggiungere le conseguenze positive degli incentivi nazionali e regionali nei confronti delle Unioni dei Comuni e il fatto che le Unioni dei Comuni non sono assoggettate al Patto di Stabilità.

L'Unione dei Comuni della Martesana sarà quindi uno *strumento* utile a favorire una maggiore specializzazione dei servizi, perseguire livelli di offerta omogenei sul territorio, sviluppare politiche volte alla costruzione di un **Welfare Generativo e Partecipativo, in grado di rispondere in maniera adeguata all'evoluzioni e alle personalizzazione dei bisogni emergenti.**

La scelta politica di investire su un **Welfare Generativo si declinerà nello sviluppo di interventi che pongano il cittadino al centro degli stessi e lo interpretino anche come soggetto portatore di competenze e risorse evitando, in questo modo, di ridurlo esclusivamente a utente portatore di bisogni.** L'obiettivo è quello di sperimentare servizi che vedano il cittadino coinvolto come soggetto attivo nella fase di progettazione e realizzazione di servizi a lui rivolti. Esperienze innovative potranno essere sperimentate in un Comune, e replicate su più larga scala in caso di successo.

Questo significherà investire su processi di promozione del capitale sociale preferendo le soluzioni tecniche in grado di accrescere la collaborazione tra cittadini, tra cittadini e Amministrazione Pubblica e tra cittadini, Amministrazioni Pubbliche e soggetti *profit* e *no-profit*.

In questo quadro assumerà un ruolo fondamentale la capacità di costruire **processi partecipati nella costruzione del Welfare** attraverso il coinvolgimento del *terzo settore* nella definizione degli indirizzi di sviluppo. Per questo è ancora più fondamentale porre al centro del *welfare locale* il tema della sussidiarietà orizzontale. Il mandato politico vuole promuovere forme di collaborazione tra *Amministrazione Comunale* e *Terzo Settore* che permettano di coniugare l'innovazione e la collaborazione con gli elementi della trasparenza e della concorrenza. Siamo convinti che in questa direzione si debbano seguire e sviluppare le linee di indirizzo di Regione Lombardia definite nella DGR 1353/2011 sviluppando processi di co-progettazione e di accreditamento. Questo approccio faciliterà l'accesso a risorse extra-bilancio in grado di facilitare sperimentazione sociale.

Il tema della partecipazione all'interno dei processi produttivi di **welfare locale dovrà sempre più trovare una dimensione di collaborazione anche con l'ambito profit**, in questa direzione gli interventi di *welfare aziendale* e di *conciliazione lavoro e famiglie* saranno una chiave interessante per instaurare un dialogo tra le imprese e la pubblica amministrazione. I **meccanismi di partecipazione, descritti nel documento, assumono rilevanza perché hanno la finalità di costruire un'ampia coalizione in grado di implementare policy a favore dei cittadini e delle cittadine.** Immaginiamo che questa coalizione, questa alleanza abbia come finalità quella di realizzare un *pool* delle differenti risorse presenti sui territori comprendendo al suo interno diversi attori sociali: dalle Pubbliche Amministrazioni alle imprese, dalle Cooperative Sociali alle Associazioni di Volontariato,



dai singoli cittadini ai gruppi di interesse (gas, associazioni culturali, ...), dagli enti impegnati nel sostegno alla ricerca attiva del lavoro (Afol, CFP, ecc.) fino alle scuole del territorio.

Per realizzare questo sarà fondamentale sviluppare una **governance di sistema flessibile e inclusiva in grado di integrare le diverse risorse del territorio, di permettere la costruzione di un'alleanza territoriale e di integrare i diversi livelli istituzionali**. Sempre più il Piano di Zona dovrà svolgere questo ruolo di *governance* accompagnando i processi di partecipazione sia istituzionali sia comunitari.

Il quadro demografico del nostro Paese e le dinamiche che ormai sono sotto gli occhi di tutti pongono al centro di questo scenario alcuni temi che dovranno avere una rilevanza nell'**agenda politica del territorio della Martesana**:

**Sviluppare meccanismi di welfare in grado di ricomporre i diversi tipi di spesa pubblica e spesa privata**, soprattutto nell'ambito della cura degli anziani. Gli elementi che guideranno quest'operazione saranno i seguenti:

- *Principio di equità* -> il nuovo modello ISEE sarà posto al centro delle modalità di compartecipazione della spesa al fine di garantire la tenuta economica dei servizi e porre un'attenzione particolare ai cittadini più fragili;
- *Creazione di forme di Quasi Mercato* -> creazione di sistemi di accreditamento che prevedano la possibilità di scelta per il cittadino all'interno di una rete di attori selezionati su criteri di qualità e trasparenza. Appare fondamentale soprattutto all'interno di politiche, come per esempio la cura domiciliare degli anziani, che non riescono ad esaurire i bisogni esclusivamente attraverso il contributo pubblico;
- *Integrazione delle diverse Unità Socio-Assistenziali* -> sviluppare prassi di integrazione tra le diverse unità socio-assistenziali facilitando i percorsi che i cittadini si trovano a dover affrontare di fronte all'evoluzione dei loro bisogni;
- *Integrazione dei diversi sussidi pubblici* -> cercare di facilitare i cittadini nell'utilizzo dei diversi sussidi, ma all'interno di un sistema di servizi che garantisca l'adeguatezza e la qualità della cura.

### **Sviluppare politiche di welfare promozionale**

Siamo convinti che il welfare non debba preoccuparsi solo dei bisogni emergenti, ma debba porsi come obiettivo il *mantenimento e miglioramento della qualità della vita dei nostri cittadini*. Per questo, oltre alle politiche di cura e sostegno alle fragilità, verranno sviluppate politiche di promozione sociale, volte a sviluppare e consolidare la partecipazione attiva dei cittadini; questo ci permetterà di perseguire più obiettivi: favorire il mantenimento di relazioni sociali, coesione con il tessuto comunitario, da parte dei cittadini più a rischio di esclusione sociale (pensionati, disoccupati, etc); coinvolgere attivamente i cittadini nella costruzione di risposte ai bisogni, attivando forme di volontariato; costruire sempre di più un Welfare di comunità, che veda le Amministrazioni Pubbliche a regia e supporto delle iniziative organizzate dai cittadini.

**Promuovere e presidiare l'integrazione socio-sanitaria:** incrementare l'integrazione tra l'ambito socio-assistenziale e sanitario in modo da non creare delle ulteriori difficoltà ai cittadini che



necessitano di interventi tempestivi e adeguati. In questa direzione il Distretto 5 dovrà porre particolare attenzione allo sviluppo di un *segretariato sociale* d'ambito capace di interfacciarsi con il *Distretto socio-sanitario* e nel sollecitare quest'ultimo alla definizione condivisa di alcune prassi. Resta prioritaria la determinazione delle attribuzioni dei costi di carattere sanitario che sempre più spesso ricadono sui comuni.

### **Sviluppare una rete integrata di interventi in favore dei minori e delle famiglie**

Un servizio delicato come quello della tutela minori e famiglia necessita di un'attenzione particolare da parte delle Politiche Sociali di tutto il territorio. E' intenzione dei comuni del Distretto 4 progettare una gestione associata di tale servizio al fine di dedicare maggiori risorse alla prevenzione e alla promozione della genitorialità.

La finalità della gestione associata è quella di coordinamento di tutte le attività volte a garantire una crescita ed uno sviluppo sano ed armonico del minore in un contesto socio-familiare adeguato. E' intenzione del Distretto 4 uscire da una logica di intervento di emergenza per avviare nuove politiche che pongano al centro il minore come soggetto con dei diritti, con bisogni propri e come facente parte di un contesto più ampio come quello della sua famiglia di origine e dei suoi luoghi di vita.

E' quindi necessario e funzionale all'attività di tutela, un'azione di integrazione con le reti esistenti nelle comunità locali composte da scuola e altre agenzie, servizi educativi, associazioni e gruppi, parrocchie e oratori, realtà sportive e culturali, ecc. La valorizzazione delle reti territoriali dovrà essere affiancata da azioni di promozione alla genitorialità rivolte alla famiglia di origine, e sostegno alla famiglia nell'assolvimento dei compiti educativi e di cura del minore.

### **Garantire un sistema adeguato di protezione giuridica**

I comuni del Distretto 4 riconoscono nel tema della protezione giuridica una priorità assoluta alla quale dedicare risorse ed energie.

Sempre di più i comuni vivono la difficoltà di confrontarsi con utenti in condizioni di fragilità o di grave compromissione dell'integrità psicofisica dovuti all'avanzamento dell'età, alle malattie o a gravi incidenti.

L'istituto della Protezione Giuridica, introdotto con la L. 6/2004, prevede la nomina di un amministratore di sostegno che si affianca alla persona fragile sostenendola ed indirizzandola nelle decisioni che riguardano la propria salute o la gestione del proprio patrimonio, salvaguardandone il pieno interesse. Il procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno non richiede l'assistenza di un legale, ed è gratuito.

L'obiettivo del Distretto è quello di:

1. promuovere sul territorio l'informazione su questa importante figura al fine di creare conoscenza e di costruire una rete di referenti sul territorio
2. avviare un sistema di rete che possa accogliere i bisogni dei cittadini, orientarli e accompagnarli nella scelta e nell'avvio di percorsi di tutela
3. offrire un supporto tecnico a tutti i Servizi Sociali Territoriali e ai singoli tutori su questioni inerenti le tutele, curatele e amministrazioni di sostegno.



4. offrire alle famiglie un supporto sociale professionale per la definizione del progetto di vita per i casi d'interdizione, inabilitazione e amministrazione di sostegno, consultazione, consulenza, supervisione e controllo;

I comuni del distretto sono convinti che dall'Unione dei Servizi Sociali sia possibile creare le sinergie e le competenze per avviare un servizio di protezione giuridica distrettuale che sia di ausilio ai Servizi stessi e a tutti i cittadini del territorio che esprimano il bisogno di essere aiutati.

### **Rinnovare l'attenzione per la presa in carico dei minori disabili e delle loro famiglie**

Il Punto Unico di Accesso Disabilità è un servizio di presa in carico globale per minori con disabilità. Il servizio si pone l'obiettivo di accogliere i bisogni delle famiglie e di assisterle nell'orientamento e nella creazione del progetto di vita del minore, facendo da interfaccia e da coordinamento di tutti i soggetti che, a vario titolo, si relazionano con il minore stesso: scuola, terapisti, medici, educatori, allenatori sportivi, servizio sociale di base, etc. Il PUAD diventa il luogo di confronto e di sostegno per la famiglia in tutte le fasi evolutive del minore e garantisce continuità e coordinamento degli interventi sul minore.

Il PUAD deve diventare anche il luogo di divulgazione delle informazioni, competenze e conoscenze, anche attraverso percorsi formativi, e il punto di riferimento sul territorio di tutti gli attori che a diverso livello operano nell'area della disabilità minorile.

I comuni del Distretto intendono portare a beneficio di tutto il territorio questo servizio che ad oggi opera in uno solo dei 9 comuni.

### **Sostenere la definizione della "porta unica d'accesso" al sistema di welfare**

Data la crescente complessità sociale delle problematiche che arrivano ai servizi, i comuni del Distretto sentono la necessità di offrire ai cittadini un servizio di grande competenza e in grado di garantire multidisciplinarietà, capace di trovare le risposte più idonee ai bisogni e ai problemi espressi quotidianamente dagli utenti.

Le figure professionali del servizio hanno il compito di effettuare colloqui con l'utenza, e, attraverso l'ascolto attivo dei bisogni, fare una prima valutazione sociale e dare una prima risposta all'utente stesso. Il professionista valuterà se effettuare una presa in carico oppure se fare un approfondimento con la persona e reindirizzarla ad altri servizi.

I comuni del Distretto ritengono che il servizio di segretariato sociale distrettuale debba essere la rappresentazione primaria di un welfare di prossimità e debba garantire equità di accesso e procedure operative analoghe e condivise sul territorio.

Con la gestione associata di questo servizio oltre a garantire una maggiore professionalità delle figure di riferimento, si dovrà garantire lo stesso diritto di fruizione e la stessa qualità dei servizi a tutta la popolazione residente sul territorio distrettuale.

Dovrà essere attivato un coordinamento e una supervisione delle attività dei professionisti, un confronto sull'operato e la continua messa a punto di procedure condivise.

### **Potenziare il focus su lavoro e l'occupazione**

Lo sviluppo economico e le politiche attive del lavoro, pur non di diretta pertinenza dei Comuni, rientrano oggi a pieno titolo fra gli obiettivi del sistema di welfare locale, integrati con le politiche



sociali attraverso forme sinergiche fra soggetti innovativi che coordinino lo sviluppo territoriale in un'ottica di sostenibilità economica, sociale e ambientale.

Nella situazione di crisi economica e finanziaria e di difficoltà del settore produttivo e terziario attuale, si pone l'esigenza di prevedere la possibilità di attivare forme di coordinamento dei vari interventi per fronteggiare l'emergenza Welfare con le altre politiche attive in materia "sociale".

In quest'ottica, con la consapevolezza che la questione non è trattabile a livello comunale, ma necessita di un accordo territoriale più ampio, un ruolo attivo e propulsivo possono svolgere:

Il "*Tavolo permanente di coordinamento sullo sviluppo delle politiche attive del lavoro*", organismo interdistrettuale disciplinato da un Protocollo d'intesa sottoscritto da Enti locali, Organizzazioni sindacali, Enti datoriali, Acli, Caritas e soggetti del terzo settore, con l'obiettivo di svolgere un'azione congiunta sul territorio di contrasto al fenomeno della crisi occupazionale ed orientata alla ricollocazione lavorativa;

il "*Protocollo d'intesa tra Amministrazioni comunali dell'area Adda Martesana*" finalizzato a rilanciare l'occupazione in tale area, anche attraverso la sperimentazione di modalità innovative di rilancio produttivo e di iniziative che la rendano maggiormente attrattiva a nuove imprese.



## CAPITOLO 1 ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2012-2014

### 1. PREMessa: LA STRUTTURA DI GOVERNO

I 9 comuni del distretto 4 hanno affrontato la gestione del piano di zona 2012-2014 mantenendo l'assetto istituzionale ed organizzativo già attivo dal precedente triennio.

Sono stati mantenuti di organismi di governo tecnici e politici già consolidati:

- **Assemblea distrettuale dei Sindaci**
- **Tavolo tecnico**
- **Ufficio di Piano**

In relazione alle altre istituzioni territoriali, ASL e Azienda ospedaliera in primis, sono proseguiti i lavori di raccordo, attraverso gli organismi ad hoc istituiti:

**Il Tavolo interistituzionale** riorganizzato in "cabina di regia", con la presenza di dirigenti Asl e degli 8 responsabili degli uffici piano o di loro delegati, finalizzato alla trattazione e definizione di tematiche di natura socio-sanitaria;

A questo organismo centrale, si affiancano una serie di altri tavoli e spazi di approfondimento integrati, coordinati da ASL Mi 2 e attinenti ad aree tematiche differenti, come **il Comitato rete prevenzione** (dipartimento dipendenze) e **il tavolo territoriale di Coordinamento sulla Protezione Giuridica** (u.o.c. welfare territoriale).

L'Azienda ospedaliera ha mantenuto e coordinato i lavori dell'**Organismo di Coordinamento sulla salute mentale** (OCSM), struttura che nel triennio ha però registrato una graduale riduzione nella partecipazione degli ambiti sociali.

Il distretto 4, congiuntamente ai distretti 3, 5 e 8, ha di fatto mantenuto un livello di coordinamento a livello locale (l'U.O. 34), attraverso spazi di confronto su tematiche e progettazioni di integrazione socio sanitaria in materia di salute mentale, quali le attività risocializzanti e la residenzialità leggera.

Centrale nel triennio è risultato il lavoro di raccordo del **Coordinamento degli 8 Uffici di Piano** della ASL Milano 2, spazio di coordinamento programmatico, con particolare centratura sul percorso di evoluzione dell'integrazione socio- sanitaria. Il coordinamento degli 8 Uffici di piano ha prodotto un documento di sintesi contenente i punti di alta attenzione e criticità sui temi socio-sanitari del territorio, sottoponendolo all'attenzione del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci. Nel corso del 2014 il coordinamento ha ricevuto formale riconoscimento da parte del Consiglio di Rappresentanza, iniziando a svolgere una funzione consultiva alla politica locale per le tematiche di interesse comune e nello specifico per quanto di attinenza all'area socio-sanitaria.

Con il **Terzo Settore**, inteso nell'accezione più ampia di parti sociali ed enti profit e no profit del territorio, il triennio ha registrato un generale ripensamento dell'organizzazione della sussidiarietà orizzontale dei tavoli di area, introducendo la possibilità di sviluppo di tavoli trasversali partecipati e incentrati su specifiche progettazioni distrettuali e interdistrettuali, quindi con un taglio operativo-gestionale e con percorsi di monitoraggio condiviso.



Questo nuovo modello di lavoro è stato avviato su sue tematiche specifiche, ma a causa di una graduale contrazione delle risorse in capo allo staff dell'Ufficio di piano, non è stato mantenuto con la tempistica e la continuità auspicata inizialmente.

In una prospettiva riorganizzativa, il tema "partecipazione " e "co-responsabilità" avranno una centralità importante nella gestione della nuova triennalità.



## 2. I SERVIZI DISTRETTUALI IMPLEMENTATI

In questa sessione vengono riportati i Servizi strutturati, gestiti nel tempo a livello distrettuale e consolidati sul territorio. Risultano unità di offerta sui 9 comuni che si sono negli anni integrate con i servizi a gestione comunale, rappresentandone in alcuni casi un'integrazione, in altri un potenziamento a supporto di quanto già a livello comunale viene erogato alla cittadinanza.

I servizi riportati nella tabella regionale specifica rappresentano per la maggior parte eredità di anni di gestione associata del Piano di Zona e hanno subito nel tempo alcune modifiche, integrazioni o interruzioni, dettate sia da ragioni di natura istituzionale (es. passaggio di un servizio tra enti) sia da esiti di valutazione congiunte tra i 9 Comuni sull'utilità dei servizi per la cittadinanza.

Tali Servizi sono stati finanziati prevalentemente con i fondi del Piano di zona - (FNPS/FNA), con una forte integrazione di risorse comunali, che in alcuni casi risultano preponderanti (come ad esempio per il SAD). In relazione a servizi specifici si riporta l'integrazione di risorse afferenti ad ASL MI 2 (es. gestione del Centro Adozioni Territoriale), alle Scuole del territorio (es. servizio di Mediazione e Facilitazione Linguistica) e alla Provincia di Milano (es. Servizio di Assistenza alla comunicazione nelle scuole e al domicilio).

Anche i soggetti del Terzo settore gestori di servizi, hanno in molti casi integrato le risorse pubbliche disponibili, attraverso ore aggiuntive di personale, risorse strumentali e competenze specialistiche.

Per alcuni servizi è prevista anche la compartecipazione dell'utenza al costo del servizio, principalmente attraverso l'applicazione dello strumento ISEE.

DISTRETTO 4 ASL MI 2 - PIANO DI ZONA 2015-2017

**A CHE PUNTO SIAMO**  
il triennio 2012-2014 – Servizi associati

<p><b>ADULTI E FRAGILITÀ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reddito di Promozione Sociale</li> </ul>	<p><b>IMMIGRAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediazione e facilitazione linguistica</li> </ul>
<p><b>NON AUTOSUFFICIENZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SAD - coordinamento</li> <li>• Sportello Assistenti Familiari</li> <li>• Teleassistenza</li> <li>• Disabilità sensoriale</li> </ul>	<p><b>MINORI GIOVANI E FAMIGLIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centro Adozioni</li> <li>• Spazio Incontri</li> </ul>

DISTRETTO 4 ASL MI 2 - PIANO DI ZONA 2015-2017

**A CHE PUNTO SIAMO**  
il triennio 2012-2014 – qualche numero

	2012	2013	2014
<b>CAT</b>	137 iter	108 iter	/
<b>SAD</b>	165 persone	150 persone	130 persone
<b>Spazio Incontri</b>	23 minori	23 minori	23 minori
<b>Disabilità sensoriale</b>	30 minori	29 minori	28 minori
<b>RPS</b>	87 persone	85 persone	80 persone
<b>Mediazione e facilitazione linguistica</b>	150 situazioni	72 situazioni	102 situazioni



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
<p>Supporto alla domiciliarità in favore della popolazione non autosufficiente del distretto e alle famiglie</p> <p>Gestione associata degli interventi</p>	<b>SERVIZIO DISTRETTUALE DI ASSISTENZA DOMICILIARE</b>	<p>Fondo nazionale politiche sociali</p> <p>Fondo Sociale Regionale</p> <p>Fondo non autosufficienza</p> <p>Risorse dei comuni</p> <p>Compartecipazione quota utenza</p> <p>Investimento diretto soggetto del terzo settore gestore</p>	<p>Implementazione di un servizio distrettuale per l'assistenza al domicilio di persone anziane e adulte in stato di media e grave non autosufficienza.</p> <p>Definizione di una regolamento distrettuale del servizio e di rette uniche di compartecipazione utenza sui 9 comuni dell'Ambito.</p>	<p><u>Risultati raggiunti:</u></p> <p>Uniformità organizzativa e gestionale del servizio sul distretto</p> <p>Uniformità regolamentare</p> <p>Uniformità nei criteri di compartecipazione per l'utenza (tariffe distrettuali)</p> <p>garanzia di risposte tempestive e specializzate in favore dell'utenza</p> <p><u>Risultati non raggiunti:</u></p> <p>Limitato raccordo del servizio con le prestazioni e gli interventi di natura socio-sanitaria in capo alla ASL Mi 2 e alla Azienda Ospedaliera.</p> <p>Limitato radicamento del servizio sul territorio, assenza di sinergie o interazioni con enti di promozione sociale territoriale.</p>
<p>Supporto alla domiciliarità in favore della popolazione non autosufficiente del distretto e alle famiglie</p> <p>Gestione associata degli interventi</p>	<b>SPORTELLO ASSISTENTI FAMILIARI</b>	<p>Fondo non autosufficienza</p> <p>Fondo Intesa famiglie</p> <p>Risorse dei comuni</p> <p>Investimento diretto soggetto del terzo settore gestore</p>	<p>Istituzione di uno sportello alla cittadinanza con funzione di:</p> <p>Informazione orientamento alle famiglie</p> <p>Incrocio domanda/ offerta</p> <p>Gestione cicli formativi assistenti familiari</p> <p>Bilancio competenze di candidati</p>	<p><u>Risultati raggiunti</u></p> <p>4 percorsi formativi realizzati</p> <p>Creazione di un registro degli assistenti familiari, adeguatamente formate e selezionate dal Servizio.</p> <p>Attività informatica qualificata sul territorio in materia di assistenza domiciliare privata.</p>



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
			assistenti familiari  Creazione e aggiornamento elenco assistenti familiari formate e qualificate	<u>Risultati non raggiunti:</u>  Il servizio, per la sua strutturazione e organizzazione non ha rivestito un ruolo particolarmente rilevante dal punto di vista dell'incrocio domanda e offerta e non ha contribuito in modo significativo a limitare il fenomeno dell'irregolarità del lavoro domiciliare privato.
Supporto alla domiciliarità in favore della popolazione non autosufficiente del distretto e alle famiglie  Gestione associata degli interventi	<b>SERVIZIO DI TELEASSISTENZA</b>	Fondo non Autosufficienza  Risorse comuni	Dal febbraio 2014 il servizio è passato totalmente in gestione al distretto per esaurimento risorse economiche provinciali.  Il servizio consiste nell'attivazione presso il domicilio delle persone richiedenti di un servizio di emergenza telefonico.  Attraverso il gestore del servizio vengono mantenuti monitoraggi telefonici settimanali delle persone in situazione di fragilità (perlopiù anziani) presi in carico.	<u>Risultati raggiunti:</u>  Mantenimento di un servizio dismesso da Provincia di Milano per mancanza di fondi, alle medesime condizioni organizzative per l'utenza.  Mantenimento di un servizio con finalità preventiva e di supporto alla domiciliarità di persone in stato di parziale non autosufficienza.
Supporto alle azioni di tutela minori in capo ai comuni con specifico riferimento alla garanzia del diritto di visita tra minore e genitore non convivente in situazioni	<b>SERVIZIO DISTRETTUALE SPAZIO INCONTRI</b>	Fondo nazionale politiche sociali  Risorse dei comuni  Investimento diretto soggetto del terzo settore	co-gestione tra servizio distrettuale e servizi di tutela minori comunali di situazioni di conflittualità genitoriale.	<u>Risultati raggiunti:</u>  Modello di intervento unitario su casistica specifica  Contenimento del numero di situazioni di conflittualità genitoriale



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
familiari di separazione conflittuale. Gestione associata degli interventi		gestore		Qualificazione delle azioni di tutela minori e supporto all'attività quotidiana dei servizi  Presenza in carico di tutta la casistica segnalata dai servizi (assenza di lista d'attesa)  <u>risultati non raggiunti</u>  Non è stato attivato un gruppo di auto mutuo aiuto in favore dei genitori, previsto in fase di avvio di contratto.
Gestione integrata delle azioni a supporto dei percorsi di adozione nazionale e internazionale.  gestione associata degli interventi a livello interdistrettuale.	<b>CENTRO ADOZIONI TERRITORIALE INTERDISTRETTUALE</b>	Fondo nazionale politiche sociali;  Risorse ASL;  Risorse comuni;  Investimento diretto soggetto del terzo settore gestore  Risorse in capo ad associazioni del territorio	Gestione dal 2010 al 2013 del servizio Centro Adozioni Territoriale con un'equipe integrata ASL e Distretti e con l'approvazione di una convenzione interdistrettuale con capofila il comune di Cernusco sul Naviglio.  Attività di informazione e presa in carico di coppie aspiranti l'adozione, attraverso indagini psico-sociali e supporto sociale e clinico nei percorsi post adottivi.  la funzione e il servizio sono tornati totalmente in capo alla ASL a partire dal 1 gennaio 2014.	<u>Risultati raggiunti:</u>  Gestione integrata di un servizio specialistico a livello interdistrettuale;  Assenza di lista d'attesa e rispetto dei tempi istituzionali degli iter adottivi;  Risposte di presa in carico tempestive e qualificate;  Azioni di formazione rivolte al territorio e agli operatori dei servizi;  Supporto e consulenza alle scuole, ai servizi e alle coppie anche oltre i termini di presa in carico del servizio.
Supporto e accompagnamento al	<b>SERVIZIO DISTRETTUALE REDDITO DI PROMOZIONE</b>	Fondo Nazionale Politiche	Attivazione e gestione di percorsi individualizzati di	<u>Risultati raggiunti:</u>



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
<p>lavoro in favore di giovani e adulti in situazione di fragilità.</p> <p>Gestione associata degli interventi</p>	<b>SOCIALE</b>	<p>Sociali</p> <p>Risorse dei Comuni</p> <p>Investimento diretto soggetto del terzo settore gestore</p>	<p>accompagnamento socio – educativo al lavoro in favore di persone in situazione di fragilità segnalate dai servizi sociali e specialistici del territorio, mediante l'impiego di un'equipe specializzata in mediazione al lavoro e l'utilizzo di aziende profit e no profit del territorio.</p>	<p>numero significativo di assunzioni in azienda;</p> <p>Costituzione di una rete di aziende che collaborano con il distretto per gli interventi specifici;</p> <p>Co-gestione tra Servizio distrettuale e servizi sociali comunali di situazioni emergenziali e di grave fragilità;</p> <p>Integrazione di più risorse professionali nella gestione della casistica fragile.</p> <p><u>Risultati non raggiunti:</u></p> <p>L'evoluzione del servizio RPS in un servizio unitario per il distretto di accompagnamento e inserimento al lavoro. Obiettivo rinviato al nuovo triennio.</p>
<p>Supporto all'integrazione culturale dei minori e famiglie straniere</p> <p>Gestione associata degli interventi</p>	<b>SERVIZIO DISTRETTUALE DI MEDIAZIONE E FACILITAZIONE LINGUISTICA NELLE SCUOLE E NEI SERVIZI</b>	<p>Fondo Nazionale politiche sociali</p> <p>Risorse dei Comuni</p> <p>Risorse delle scuole</p> <p>Investimento diretto soggetto del terzo settore gestore</p> <p>Risorse regionali fondo annuale legge 40/98</p>	<p>Gestione di percorsi personalizzati e di gruppo di mediazione linguistico culturale (mediante l'impiego di mediatori madrelingua) e di interventi/laboratori di facilitazione linguistica in favore di minori stranieri neo arrivati.</p> <p>Tutte le proposte si sono realizzate perlopiù nelle scuole del territorio. Dal 2014 si è aperta la possibilità di</p>	<p><u>Risultati raggiunti:</u></p> <p>Acquisizione da parte delle scuole di strumenti e metodologie di accoglienza in favore di minori stranieri neo arrivati e delle loro famiglie.</p> <p>Creazione di un maggiore raccordo tra scuole e territorio con l'avvio dei laboratori pomeridiani di approfondimento della lingua italiana.</p> <p><u>risultati non raggiunti</u></p>



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
			gestire laboratori di apprendimento della lingua italiana in orario extra scolastico in collaborazione con enti e associazioni di volontariato locale.	Sviluppo e utilizzo del servizio da parte dei servizi comunali (servizi sociali).
Integrazione scolastica minori disabili sensoriali Gestione associata degli interventi	<b>SERVIZIO DISTRETTUALE DI ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE IN FAVORE DI MINORI DISABILI SENSORIALI PURI E PLURIMI IN AMBITO SCOLASTICO E DOMICILIARE</b>	Risorse Provinciali Risorse dei Comuni Risorse delle scuole Investimento diretto soggetto del terzo settore gestore	Gestione del servizio di assistenza alla comunicazione in ambito scolastico e domiciliare in favore di minori Disabili sensoriali puri e plurimi.	<u>Risultati raggiunti:</u> Gestione qualificata di un servizio di integrazione scolastica disabilità e di sostegno domiciliare, in raccordo con le scuole e i servizi sociali comunali; Garanzia per le famiglie di prestazioni qualificate e continuative per tutto l'arco temporale di una scolastico; <u>Risultati non raggiunti:</u> A causa della incertezza di risorse annuali da parte di Provincia di Milano, titolare della funzione, il servizio mantiene una scadenza annuale, concomitante con l'anno scolastico e non è stato possibile stabilire ad oggi una durata più ampia nel tempo del Servizio e un conseguente livello di investimento su azioni aggiuntive e sperimentali. Non sono state realizzate una serie di azioni informative, seminariali previste in fase di avvio di contratto.



### 3. LE PROGETTAZIONI DISTRETTUALI E INTERDISTRETTUALI

In questa sezione vengono riportate le azioni distrettuali e interdistrettuali che a varia titolarità, con diversi canali di finanziamento e con durate temporali differenti, si sono realizzate sul territorio distrettuale o sovrazonale. Alcune di queste azioni risultano ancora in corso nell'anno 2015).

Per tutte le progettazioni sottoriportate si sottolinea la criticità principale, dettata proprio dalla tipologia di erogazione delle risorse (previa pubblicazione di delibera regionale o bando, con scadenza annuale o biennale), a fronte delle quali in generale non è sempre possibile garantire un pensiero condiviso a più livelli, una programmazione duratura tempo, una tenuta temporale degli interventi in un'ottica evolutiva e di integrazione tra policy differenti.

Si segnala comunque la presenza di molte azioni interdistrettuali, a conferma di una prassi operativa consolidata di integrazione tra territori e la necessità, per alcune aree di progettazione, di un respiro territoriale più ampio rispetto al singolo distretto. Questo processo di collaborazione ha messo in luce non poche difficoltà legate alle diverse "storie" di welfare dei territori e ha richiesto uno sforzo di confronto metodologico e gestionale notevole ai singoli distretti, comuni e operatori coinvolti.

Al contempo, ragionare programmare e progettare su territori più ampi e con più soggetti ha promosso un apporto di risorse, non solo finanziarie, maggiore e di qualità e la possibilità per molti ambiti di accelerare processi innovativi e sperimentali che avrebbero di contro richiesto tempi ben più lunghi.

Per tutte le **aree di progettazione in capo al terzo settore** (es. *progetti Area Carcere adulti e minori, progettazioni legge 23/99.*), i distretti sociali hanno garantito una presenza e una co-responsabilità maggiore rispetto al passato, non solo per la promozione e diffusione informativa sui Servizi proposti, bensì a partire dalla fase di individuazione delle priorità territoriali e nel monitoraggio costante delle azioni e degli interventi realizzati. Questo alto livello di coinvolgimento nella regia di progettazioni a gestione privata, ha richiesto e richiede tutt'ora un presidio costante da parte dell'Ente pubblico (ASL, Comuni e Distretti), a garanzia dell'adeguatezza delle risposte sul territorio e dell'integrazione di queste progettualità specifiche e innovative con la rete di servizi e interventi già attivi nei territori, al fine di evitare sovrapposizioni e promuovere una fattiva sinergia tra risorse di diversa provenienza e impostazione metodologica.

Tra le azioni di sistema si sottolinea l'esperienza del **Piano Territoriali Politiche Giovanili** (2012-2014), azione progettuale biennale, che ha visto coinvolti 3 distretti/21 comuni e Provincia di Milano, in un percorso di costruzione di una governance interdistrettuale delle politiche giovanili. Il raccordo stretto tra le attività del Piano con il coordinamento Spazio Giovani Martesana, (azione a titolarità di un comune del distretto 4 – Cassina de' Pecchi) si è rivelato fondamentale, in quanto base consolidata da cui la nuova progettazione regionale ha potuto svilupparsi, partendo da un tessuto istituzionale già strutturato e funzionante, che ha svolto un ruolo propulsore rispetto alla Piano delle Politiche Giovanili interdistrettuale.



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Sviluppo di una governance interdistrettuale delle politiche giovanili e promozione del protagonismo giovanile	<b>AZIONE DI SISTEMA: PIANO TERRITORIALE POLITICHE GIOVANILI DEI DISTRETTI 3,4,5,8 ASL MI 2 2012/2014</b>	Fondo regionale specifico; Risorse dei Comuni; Risorse dei Distretti; Risorse di provincia di Milano; Investimento diretto dei soggetti del terzo settore gestori	<i>Azioni di sistema</i> Definizione di organismi distrettuali e interdistrettuali di governo delle politiche giovanili, attraverso il coinvolgimento diretto di gruppi di giovani organizzati; <i>Azioni dirette</i> Creazione di un sistema interdistrettuale di radio web; Creazione e diffusione di un sito interdistrettuale delle politiche giovanili; Creazione e diffusione di un sistema di certificazione delle esperienze realizzate da giovani in ambiti esperienziali informali.	<u>Risultati raggiunti:</u> Avvio del confronto tecnico-politico anche a livello interdistrettuale in materia di giovani; Partecipazione attiva di gruppi giovanili a spazi istituzionali di governo, e avvio di forme di coordinamento tra gruppi giovanili del distretto. Istituzione dell'Assemblea Interdistrettuale sulle politiche giovanili con specifico regolamento; Avvio di un sistema radio web interdistrettuale; Costruzione di una sito interdistrettuale; Costruzione e diffusione sul territorio di un sistema di certificazione delle esperienze. <u>Risultati non raggiunti</u> Insediamento stabile di organismi <u>interdistrettuali</u> di politiche giovanili; Uniformità tra distretti in termini di consolidamento delle politiche giovanili sia in relazione al coinvolgimento attivo di gruppi giovanili.



				Rispetto delle tempistiche in relazione a precise azioni dirette (es avvio radio web interdistrettuale).
Sviluppo di cultura e azioni di Conciliazione tempi lavoro e famiglia	<b>PIANO BIENNALE CONCILIAZIONE</b>	Fondo regionale specifico; Risorse dei Distretti; Risorse di Città metropolitana; Investimento diretto dei soggetti del terzo settore gestori e delle parti sociali coinvolte.	Il nuovo piano conciliazione ha avuto formale avvio alla fine del 2014. L'aspetto che ha differenziato il presente Piano dal precedente (2012- 2013) è l'intento di costruire un percorso di coinvolgimento attivo delle aziende del territorio finalizzato alla diffusione della cultura della conciliazione. Tale percorso verrà realizzato nel corso del 2015 sia attraverso incentivi economici alle aziende sia attraverso consulenze e formazione rivolte alle organizzazioni e imprese contattate.	Il primo piano locale di conciliazione (2012-2013) ha contribuito prevalentemente a diffondere una cultura specifica tra i tecnici e politici del welfare istituzionale in materia di conciliazione. Non è stato possibile, sia per le esigue risorse in campo, sia per la tempistica dettata da Regione, ampliare il raggio di azione istituzionale alle aziende profit del territorio, obiettivo rinviato al nuovo biennio di programmazione.  Il nuovo progetto è in fase di realizzazione. L'implementazione avverrà prevalentemente nel triennio 2015-2017.
Promozione cultura integrazione e supporto alle famiglie straniere	<b>"STRANIERI IN RETE: L'INTEGRAZIONE POSSIBILE"</b>	Anno 2012 Finanziamento regionale legge 40/98 Fondo nazionale politiche sociali Risorse dei Comuni Investimento diretto dei soggetti del terzo settore	Le tre annualità di finanziamento regionale sulle politiche migratorie hanno permesso un'integrazione operativa dei servizi distrettuali già attivi in materia di immigrazione e nello specifico Sportelli di orientamento e interventi di mediazione linguistico culturale.  Per gli anni 2012 e 2013, i progetti	<u>Risultati raggiunti:</u> Raccordo interdistrettuale in materia di politiche migratorie, confronto metodologico e trasferimento di competenze tra enti differenti.  I tre anni di progettazione congiunta hanno permesso una implementazione delle risorse sui territori e una messa a



Promozione cultura integrazione e supporto alle famiglie straniere	<b>CITTÀ PLURALI. POLITICHE LOCALI PER L'INTEGRAZIONE DEGLI STRANIERI</b>	gestori Anno 2013 Finanziamento regionale legge 40/98 Fondo nazionale politiche sociali Risorse dei Comuni Investimento diretto dei soggetti del terzo settore gestori	sono stati presentati dall'alleanza dei distretti afferenti all'area nord della ASL Mi 2, mentre nel 2014 è stata sperimentata l'opportunità di presentazione di un unico progetto a titolarità del distretto 2, in favore di tutti i comuni della ASL. Quest'ultima azione progettuale è ancora in corso e ha in previsione l'attivazione di consulenze legali, la costituzione di un sito interattivo oltre che l'avvio di moduli formativi rivolti ad operatori e volontari.	regime di interventi volti a favorire l'integrazione della popolazione straniera.  I fondi regionali a disposizione per la tematica risultano complessivamente esigui e insufficienti per co-finanziare adeguatamente tutte le azioni che vengono proposte nei diversi distretti: della ASL mi 2. Per tale ragione nel 2014 è stata prevista un'unica progettazione in capo al distretto 2 che raccorda azioni in sviluppo sugli 8 distretti ASL.
Promozione cultura integrazione e supporto alle famiglie straniere	<b>PROGETTO INTERDISTRETTUALE HELP FO(U)R YOU  (TITOLARITÀ IN CAPO AL DISTRETTO 2 ASL MI 2)</b>	Anno 2014 Finanziamento regionale legge 40/98 Fondo nazionale politiche sociali Risorse dei Comuni Investimento diretto dei soggetti del terzo settore gestori	Risulta una sperimentazione in merito all'utilizzo centralizzato di risorse limitate e pertanto la possibilità di garantire su un territorio ampio forme di sperimentazione di servizi innovativi anche tramite l'uso del web.	
Sostegno a percorsi di integrazione sociale dei minori disabili e potenziamento delle azioni per il tempo libero	<b>PROGETTO ARCOBALENO 2014  (TITOLARITÀ IN CAPO AD UN SOGGETTO DEL TERZO SETTORE - DISTRETTO 4 PARTNER)</b>	Finanziamento regionale legge 23/99 Risorse dei comuni Investimento diretto dei soggetti del terzo settore gestori	Percorsi individualizzati educativi e di sollievo in favore di minori con autismo residenti nel distretto	Azione per la quale risulta necessario implementare il coinvolgimento del distretto nel monitoraggio dei risultati.
Sviluppo di reti e interventi in favore di	<b>PROGETTAZIONI VARI A CURA DI SOGGETTI DEL</b>	Finanziamento legge	Azioni differenziate rivolte a minori	Azione per la quale risulta necessario implementare il coinvolgimento del



minori e adulti coinvolti in percorsi penali	<b>TERZO SETTORE</b> <b>PROGETTO PUZZLE 1-2 (2012-2013)</b> <b>PROGETTO POLARIS (2014-2015)</b> <b>PROGETTO TRIO (2014-2015)</b>	regionale 8/2005 Risorse dei comuni Investimento diretto soggetti del terzo settore gestori	e adulti inseriti in circuiti penali. Definizione di percorsi individualizzati a supporto delle attività di enti preposti (UEPE e USSM) e dei comuni del territorio ASL MI 2.	distretto nel monitoraggio dei risultati.
Attivazione di azioni di sistema a supporto delle persone, uomini e donne vittime della tratta. Sensibilizzazione al tema sul territorio.	<b>PROGETTO FUORI DAL GIOGO (2013-2014-2015)</b> <b>(TITOLARITÀ IN CAPO AD UN SOGGETTO DEL TERZO SETTORE – DISTRETTO 4 PARTNER)</b>	Finanziamento Ministeriale Fondi regionali specifici co-finanziamento comuni e distretti Investimento diretto soggetti del terzo settore gestori	Percorsi di sostegno in favore di donne e uomini vittime della tratta: dall'aggancio in strada all'inserimento in percorsi di accoglienza in strutture protette, fino alla denuncia dei propri sfruttatori.	Azione per la quale risulta necessario implementare il coinvolgimento del distretto nel monitoraggio dei risultati.



#### **4. L'EROGAZIONE DI BUONI E VOUCHER ALLE FAMIGLIE**

In questa sezione vengono riportati gli interventi, promossi da Regione Lombardia e gestiti dai singoli distretti in sinergia con ASL MI 2, a seguito di specifiche Delibere, con l'obiettivo di erogare titoli sociali, voucher o buoni, in favore di famiglie e cittadini in situazione di fragilità (età, composizione familiare e situazione socio-sanitaria).

Il distretto 4 ha nel tempo maturato una impostazione politica e tecnica incentrata prevalentemente sullo sviluppo di Servizi stabili nel tempo in favore della cittadinanza in stato di fragilità. L'erogazione di titoli sociali, con particolare riferimento ai buoni, non risponde adeguatamente l'impostazione perseguita dal distretto. L'utilizzo del titolo "voucher" ha comunque una valenza differente dal buono, in quanto attraverso questo strumento, i cittadini vengono supportati economicamente all'accesso di servizi ed interventi qualificati e accreditati.

Nel triennio precedente le erogazioni di buoni e voucher sono state effettuate nel rispetto delle linee dettate da specifiche DGR regionali.

L'utilizzo di questi interventi ha visto periodo di riferimento un'ampia differenziazione tra gli Ambiti della ASL MI 2 in termini di tempistica e criteri utilizzati e per quanto attiene al FNA, una difficile applicazione di alcune tipologie di intervento, non sempre rispondenti alle situazioni dei potenziali destinatari.

Nell'ottica di ricomposizione delle risorse si auspicano per il futuro finanziamenti ai territori prevalentemente impostati all'implementazione dei servizi di welfare.



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
sostegno alla popolazione non autosufficiente	<p><b>EROGAZIONE, PREVIA PUBBLICAZIONE DI BANDO, DI BUONI IN FAVORE DI FAMIGLIE CON PARENTE NON AUTOSUFFICIENTE A CARICO.</b></p> <p><b>EROGAZIONE, PREVIA PUBBLICAZIONE DI BANDO, DI BUONI IN FAVORE DI FAMIGLIE CON PARENTE NON AUTOSUFFICIENTE A CARICO E CON ASSISTENTE FAMILIARE REGOLARMENTE ASSUNTA.</b></p> <p><b>EROGAZIONE, PREVIA PUBBLICAZIONE DI BANDO, DI BUONI IN FAVORE DI PERSONE ADULTE DISABILI, A SOSTEGNO DI PROGETTI DI VITA INDIPENDENTE.</b></p> <p><b>POTENZIAMENTO AZIONI INTEGRATIVE AL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE</b></p>	<p>Fondo Non autosufficienza 2013 – dgr 740/2014</p> <p>Periodo di erogazione: luglio 2014/ giugno 2015</p>	<p>Totale buoni erogati: 71 per 12 mensilità (luglio 2014 – giugno 2015) del valore mensile pari a € 250,00.</p> <p>Totale buoni erogati: 9 per 12 mensilità (luglio 2014 – giugno 2015) del valore mensile di € 250,00.</p>	<p>Benchè le tempistiche previste da Regione non siano state completamente rispettate (erogazione avvenuta a cavallo tra il 2014 e il 2015), tutto il Fondo destinato agli interventi stabiliti dalla misura B2 è stato utilizzato garantendo sollievo economico alle famiglie che quotidianamente si fanno carico, direttamente o tramite l'ausilio di assistenza privata, del supporto e della cura a parenti anziani e disabili in stato di grave non autosufficienza.</p> <p>Si ravvisa la necessità di potenziare l'informazione sul territorio per raggiungere il maggior numero di aventi diritto.</p> <p>Per l'azione di potenziamento SAD il distretto a garantito ad una media di 260 persone non autosufficienti l'erogazione del servizio di teleassistenza gratuito per tutto l'anno 2014.</p>
Sostegno alle famiglie con figli in età 0-3 anni e 0-13 anni, attraverso la facilitazione e la garanzia	<b>EROGAZIONE DI VOUCHER IN FAVORE DI FAMIGLIE CON FIGLI IN ETÀ 0/3 ANNI, IN DIFFICOLTÀ</b>	Fondo Intese e famiglie Periodo di erogazione	I Comuni del distretto hanno provveduto ad erogare voucher in favore di famiglie con le seguenti	Il tipo di finanziamento proposto, essendo temporaneo e non continuativo, non garantisce l'attivazione di un servizio stabile e utile alla cittadinanza in stato di



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
all'accesso ai servizi territoriali per la prima infanzia.	<b>ECONOMICA, FINALIZZATI ALL'ACQUISTO DI SERVIZI PRIMA INFANZIA.</b>  <b>EROGAZIONE DI VOUCHER IN FAVORE DI FAMIGLIE CON FIGLI DISABILI IN ETÀ COMPRESA TRA 0/13 ANNI PER L'ACQUISTO DI SERVIZI DI SOLLIEVO.</b>	giugno 2013 – luglio 2014	caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"><li>• figli minori 0/3 anni;</li><li>• figli minori 0/13 anni con disabilità.</li></ul> Nel primo caso i voucher sono stati finalizzati all'acquisto di servizi per la prima infanzia, dando priorità a situazioni familiari di grave difficoltà economica.  Nel secondo caso sono stati finalizzati a garantire una corretta e adeguata frequenza di minori disabili ai centri ricreativi diurni autorizzati.  I voucher sono stati erogati con diverso valore a seconda dei progetti individualizzati condivisi dai servizi sociali professionali.	fragilità, ma rappresenta una momentaneo sollievo alle spese derivanti dall'utilizzo di servizi pubblici e privati accreditati.  La mancanza di continuità delle risorse provoca la frammentazione degli interventi, la loro connotazione come prestazioni una tantum, crea infine aspettative disattese nei cittadini.



## 5. LE ATTIVITA' DI COORDINAMENTO DISTRETTUALE E INTERDISTRETTUALE

In questa sessione vengono riportate alcune delle più significative e durature esperienze di coordinamento e raccordo formalizzato tra più Enti e soggetti in relazione a tematiche e aree di intervento specifiche. Alcuni dei coordinamenti attivati ed analizzati nelle tabelle regionali vedono la titolarità dell'azione in capo a singoli comuni, facenti parte del distretto. Queste azioni di sistema hanno un valenza territoriale extra distrettuale, ovvero vedono la partecipazione di più comuni afferenti ad ambiti distrettuali diversi (le interazioni si sono sviluppare perlopiù con i distretti limitrofi 3 – Pioltello - e 5 - Melzo).

Queste azioni di coordinamento interdistrettuale rappresentano la base e il contesto generale dal quale molte progettazioni e alcuni servizi distrettuali hanno avuto sviluppo.

Svolgono un'importante azione di osservatorio territoriale relativamente alle tematiche trattate e garantiscono una fonte aggiornata di informazioni rispetto al target di popolazione a cui si rivolgono e ai bisogni/potenzialità espressi.

Questi organismi verranno mantenuti per tutti il prossimi triennio.



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
<p>Obiettivo di tutti i Coordinamenti e Tavoli attivi nel distretto è la volontà istituzionale di creare raccordo, confronto, uniformità e partecipazione nelle politiche di welfare del territorio distrettuale o interdistrettuale, in relazione a specifiche aree di intervento.</p> <p>Questo coordinamento specifico ha l'obiettivo di governare e qualificare il lavoro sulle politiche giovanili del territorio garantendo un'attenzione specifica, integrazione con i vari soggetti e istituzioni del territorio e continuità temporale.</p>	<b>ACCORDO DI PROGRAMMA PER IL COORDINAMENTO SPAZIO GIOVANI MARTESANA</b>	Istituzionali + risorse in capo al terzo settore	<p>Tavolo di governo delle politiche giovanili interdistrettuale (distretti 4 e 3);</p> <p>Coordinamento pedagogico degli operatori dei servizi per adolescenti;</p> <p>Supervisione degli operatori a cura di ASL MI 2;</p> <p>Gestione di iniziative coordinate sul territorio e nelle scuole, con il focus rivolto al benessere e al protagonismo giovanile.</p>	<p>Coordinamento attivo da anni su 10 comuni di due distretti che ha permesso la continuità e la qualità del funzionamento dei servizi per giovani, l'implementazione di nuove iniziative con i giovani, anche a livello europeo, lo sviluppo di specifiche progettualità interdistrettuali e uniformità metodologica sul territorio in relazione ai servizi e interventi sviluppati.</p>
<p>Questo coordinamento ha l'obiettivo di mantenere una interlocuzione stabile tra ente pubblico e gestori dei servizi per disabili, al fine di monitorare costantemente le politiche</p>	<b>ACCORDO QUADRO CON COORDINAMENTO MACRAME'</b>	Istituzionali + risorse in capo al terzo settore	<p>Tavolo di confronto e raccordo in tema di disabilità e sistema di offerta territoriale pubblico e privato in risposta ai bisogno delle persone disabili e delle famiglie.</p>	<p>Presidio costante delle politiche in favore dei disabili sul territorio, con particolare attenzione ai bisogni dei disabili e delle famiglie.</p> <p>Analisi puntuale dei costi e dell'offerta in capo ai servizi erogati.</p>



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
a supporto della disabilità e la qualità dell'offerta territoriale.				Tavolo ancora in sviluppo, in quanto il lavoro avviato nel precedente triennio non ha trovato la continuità auspicata in fase di avvio.
Coordinamento nato con l'obiettivo di presidiare costantemente il fenomeno della crisi occupazionale e produttiva del territorio, intercettando soluzioni condivise e progettazioni sperimentali volte a far fronte ai bisogni dei cittadini.	<b>TAVOLO DI COORDINAMENTO DELLE POLITICHE ATTIVE DEL TERRITORIO</b>	Istituzionali + risorse in capo al terzo settore	Tavolo interdistrettuale, con la partecipazione di enti datoriali, parti sociali, terzo settore, finalizzato alla lettura dei bisogni del territorio da un punto di vista occupazionale e all'individuazione di possibili strategie di politica attiva in risposta ai bisogni più emergenti.	Azione di osservatorio sulle dinamiche occupazionali del territorio.  Avvio e realizzazione di una progettazione specifica rivolta a disoccupati over 40 (donne) e over 50 (uomini).  Presidio e attivazione di interventi di emergenza su specifiche situazioni di crisi aziendale.
Azione di coordinamento a potenziamento dell'attenzione dei comuni di tre distretti sul tema lavoro e rilancio produttivo del territorio, con l'obiettivo di avviare nuove azioni anche sperimentali sul territorio.	<b>PROTOCOLLO D'INTESA TRA AMMINISTRAZIONI COMUNALI DELL'AREA TERRITORIALE PROVINCIA NORD EST MILANO PER LA PROMOZIONE E LA PROGETTAZIONE DELLO SVILUPPO ECONOMICO, DELL'INNOVAZIONE E DELL'OCCUPAZIONE.</b>	Istituzionali + risorse in capo al terzo settore	Azione di coordinamento interdistrettuale di neo istituzione, finalizzata ad individuare nuove progettualità e finanziamenti per rilanciare da un punto di vista produttivo ed occupazionale il territorio dell'asse Adda – Martesana, prevalentemente attraverso l'accesso a nuovi fondi anche europei (costituzione di uno staff bandi)	Coordinamento in sviluppo che ha ad oggi realizzato una fotografia del tessuto imprenditoriale dei comuni aderenti al protocollo e individuato specifici filoni progettuali da implementare attraverso bandi e nuovi finanziamenti.



## 6. LE ATTIVITA' DI COORDINAMENTO ASL-AZIENDA OSPEDALIERA –DISTRETTI SOCIALI

In questa parte vengono riportate le azioni di coordinamento finalizzate all'integrazione socio sanitari tra ASL, Azienda ospedaliera e distretti sociali.

Alcuni di questi coordinamenti sono previsti a livello istituzionale, talvolta impostati a livello regionale (es. **Cabina di regia, Comitato Prevenzione ASL...**), altri si sono invece sviluppati dalla volontà e necessità degli operatori attivi nei diversi coordinamenti, di strutturarsi in modo formale e riconosciuto e di acquisire maggiore visibilità e peso rispetto agli organi politici decisionali. E' questo il caso del **Coordinamento degli 8 Uffici di Piano**, ambito tecnico riconosciuto con funzioni di supporto e consulenza anche dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci della ASL MI 2.

La cabina di regia integrata ASL/distretti ha assunto negli anni un ruolo significativo, benché da potenziare, nella trattazione e condivisione di analisi e prassi relative a tematiche di natura socio sanitaria. Ambito privilegiato di scambio informativo, messa in rete di banche dati, sperimentazione di nuove prassi e di uniformità territoriale, ha favorito nel tempo la definizione di criteri omogenei sul territorio ASL di una serie di interventi, quali a titolo esemplificativo, l'erogazione del fondo sociale regionale e l'avvio degli interventi previsti dal fondo non autosufficienza.

Da recuperare e ridefinire risultano i rapporti istituzionali con l'Azienda Ospedaliera, con particolare attinenza alla programmazione di interventi sociali in materia di salute mentale. L'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale, istituito presente da molti anni sul territorio, ha nell'ultimo triennio diradato la propria funzione programmatoria e non ha rappresentato un ambito stabile di condivisione integrata di prassi operative tra i diversi soggetti della rete.



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Definire in modo condiviso le priorità della programmazione del welfare locale sul territorio della ASL MI 2 con particolare attenzione a tematiche relative all'integrazione socio sanitaria.	<b>COORDINAMENTO 8 UFFICI DI PIANO</b>	Risorse istituzionali	Incontri di coordinamento, analisi dei bisogni, raccordo interdistrettuale.  Supporto tecnico al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.  Definizione di un documento unitario con le priorità territoriali da approfondire e trattare in materia di integrazione socio sanitaria.	Aumento della comunicazione tra territori e della condivisione di obiettivi ed azioni specifiche.  Potenziamento del raccordo tra parte tecnica e parte politica (Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci)
Definire in modo condiviso le priorità della programmazione del welfare locale sul territorio della ASL MI 2 con particolare attenzione a tematiche relative all'integrazione socio sanitaria.	<b>CABINA DI REGIA ASL MI 2 – 8 DISTRETTI</b>	Risorse istituzionali	Incontri di coordinamento e analisi delle azioni in capo al sociale e al socio sanitario.  Definizione di criteri e regole validi su tutto il territorio ASL in relazione alle varie azioni regolate da Regione Lombardia	Aumento della comunicazione tra territori e ASL MI 2, rinforzo del confronto in materia socio-sanitaria, condivisione di scelte strategiche ed operative.
Definire in modo condiviso le priorità della programmazione del welfare locale sul territorio della ASL MI 2 con particolare attenzione alla prevenzione al disagio giovanile e alle dipendenze.	<b>COMITATO RETE PREVENZIONE</b>	Risorse istituzionali + risorse in capo al terzo settore	Incontri di coordinamento misti con rappresentanti di enti pubblici, del privato sociale e dell'istituzione scolastica, finalizzati a definire linee di programmazione condivise ed integrate a più livelli nella prevenzione al disagio giovanile, al consumo e alla messa in atto da parte dei giovani di comportamenti rischiosi per la salute. E' stata	Mantenimento di una rete istituzionale stabile e allargata di attenzione al tema prevenzione e consumi.  Approfondimento condiviso di tematiche inerenti i giovani e fattori di rischio.



Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
			realizzata una ricerca qualitativa con focus sulla dispersione scolastica.	
Definire in modo condiviso le priorità della programmazione del welfare locale sul territorio della ASL M 2 con particolare attenzione a tematiche della protezione giuridica in favore delle persone fragili, creando una rete di operatori e soggetti deputati a gestire l'istituto specifico dell'amministrazione di sostegno.	<b>TAVOLO DI COORDINAMENTO PER LA PROTEZIONE GIURIDICA</b>	Risorse istituzionali+ risorse in capo al terzo settore e istituzionali	Incontri di coordinamento misti con rappresentanti di enti pubblici, del Privato sociale, delle parti sociali, con lo specifico obiettivo di sviluppare la rete di servizi a supporto della funzione di tutela in favore di persone fragili.	Attività da sviluppare con azioni concrete e risorse aggiuntive, sia economiche che di personale.
Definire in modo condiviso le priorità della programmazione del welfare locale sul territorio della ASL M 2 con particolare attenzione a tematiche della salute mentale e all'integrazione di interventi prettamente sanitari con azioni e servizi di natura sociale.	<b>ORGANISMO DI COORDINAMENTO SALUTE MENTALE</b>	Risorse istituzionali+ risorse in capo al terzo settore	Incontri di raccordo tra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale che a vario titolo programmano e gestiscono i servizi di promozione della salute mentale, con una particolare attenzione all'età evolutiva.	Partecipazione della rappresentanza sociale da riattivare.

## CAPITOLO 2

### IL CONTESTO: QUADRO EPIDEMIOLOGICO E CARATTERISTICHE SOCIO- DEMOGRAFICHE

#### 1. LA POPOLAZIONE RESIDENTE

L'ASL Milano 2 è articolata in 8 distretti e comprende 53 Comuni per una popolazione residente di 626.871 unità al 31.12.2013.

I dati sono stati estratti da quelli messi a disposizione dall'ISTAT, derivanti dalle indagini effettuate presso gli uffici di anagrafe ed elaborati per il calcolo di specifici indicatori di carattere socio-demografico, alcuni dei quali sono stati messi a confronto con i dati regionali e nazionali disponibili.

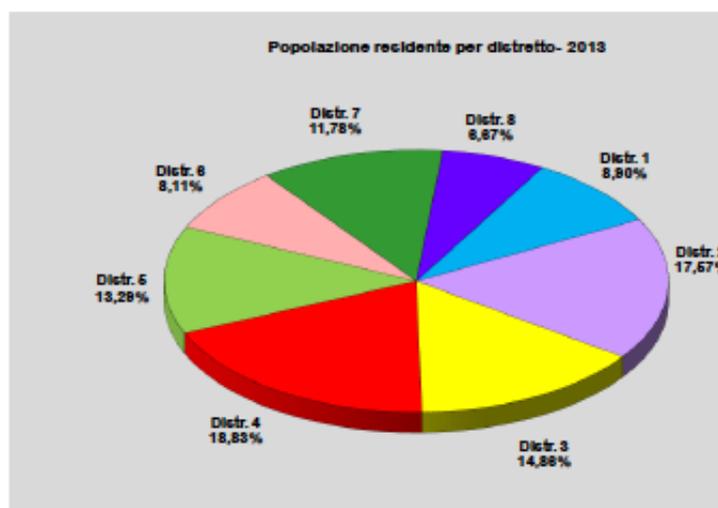


Gli elementi principali che emergono dall'analisi dei dati, riferiti al periodo 2009-2013, sono di seguito sinteticamente tracciati:

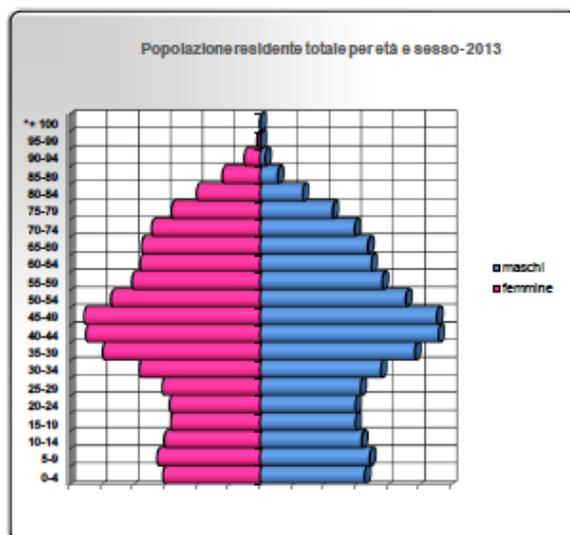
- l'andamento della popolazione dell'ASL nei cinque anni in esame risente, nel 2011, dall'uscita di 4 Comuni del Distretto 8 con una conseguente diminuzione della popolazione residente di 25.000 unità;
- si nota anche una flessione negativa nel 2012 (per presumibile fenomeno migratorio delle fasce lavorative), con successiva ripresa di crescita della popolazione totale nell'anno 2013.

### Popolazione residente per distretto 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Delta 2013-2009	
						n.	%
Distr. 1	54.925	55.409	55.607	55.019	55.778	853	1,55
Distr. 2	107.547	109.188	110.007	107.003	110.113	2.566	2,39
Distr. 3	90.540	92.095	92.900	90.849	93.169	2.629	2,90
Distr. 4	113.694	115.061	116.056	115.266	118.023	4.329	3,81
Distr. 5	81.541	82.398	83.079	82.437	83.299	1.758	2,16
Distr. 6	50.054	50.145	50.505	48.830	50.837	783	1,56
Distr. 7	72.311	72.847	73.272	71.220	73.859	1.548	2,14
Distr. 8	65.294	66.252	41.304	41.312	41.793	-23.501	-35,99
<b>TOT.</b>	<b>635.906</b>	<b>643.395</b>	<b>622.730</b>	<b>611.936</b>	<b>626.871</b>	<b>-9.035</b>	<b>-1,42</b>



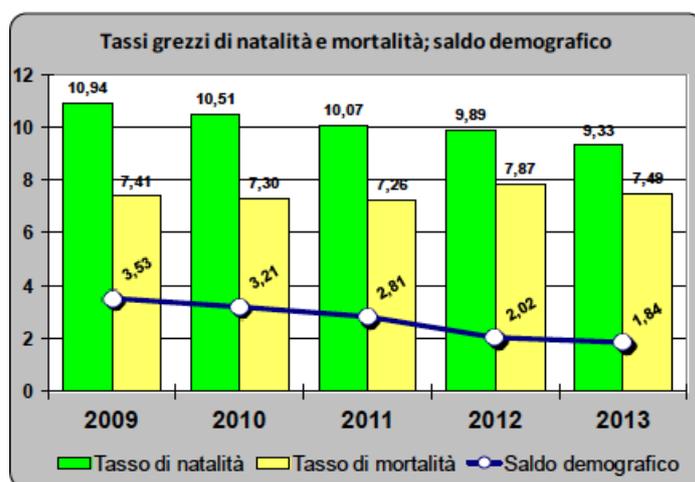
- una rappresentazione sintetica delle caratteristiche demografiche della popolazione è data dalla “Piramide delle età” che mostra il rapporto tra femmine e maschi alle diverse classi di età e ben descrive la composizione delle macroaggregazioni demografiche (giovani, adulti e anziani); tale rappresentazione permette inoltre di fare previsioni per il futuro. Infatti, una base larga con una forma a piramide indica una popolazione che crescerà; l’andamento a piramide è rintracciabile solo a partire dalla popolazione intorno ai 40 anni, vale a dire le generazioni nate negli anni ‘60, periodo del boom economico e demografico, cui va ad aggiungersi una componente relativamente giovane di popolazione immigrata;
- nella nostra realtà odierna, la rappresentazione assume una configurazione a “botte” (tipica dei paesi industrializzati), indice di una comunità a bassa natalità, bassa mortalità infantile e di un numero sempre crescente di anziani, con un rapporto maschi/femmine fortemente sbilanciato a favore delle donne nelle età più avanzate;
- la popolazione invecchia: negli ultimi anni la fascia di età di maggior rappresentatività continua a spostarsi verso l’alto della piramide, passando dai 35-39 anni nel 2002 a 45-49 anni nel 2013.



### Andamento di alcuni indicatori demografici (tutta la ASL)

	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
<b>Popolazione totale</b>	<b>635.906</b>	<b>643.395</b>	<b>622.730</b>	<b>611.936</b>	<b>626.871</b>	<b>-9.035</b>
<b>Nuovi nati</b>	<b>6.956</b>	<b>6.763</b>	<b>6.268</b>	<b>6.053</b>	<b>5.849</b>	<b>-1.107</b>
<b>Deceduti</b>	<b>4.712</b>	<b>4.699</b>	<b>4.520</b>	<b>4.816</b>	<b>4.694</b>	<b>-18</b>
<b>Differenza</b>	<b>2.244</b>	<b>2.064</b>	<b>1.748</b>	<b>1.237</b>	<b>1.155</b>	<b>-1.089</b>
<b>Tasso di natalità</b>	<b>10,94</b>	<b>10,51</b>	<b>10,07</b>	<b>9,89</b>	<b>9,33</b>	<b>-1,61</b>
<b>Tasso di mortalità</b>	<b>7,41</b>	<b>7,30</b>	<b>7,26</b>	<b>7,87</b>	<b>7,49</b>	<b>0,08</b>
<b>Saldo demografico</b>	<b>3,53</b>	<b>3,21</b>	<b>2,81</b>	<b>2,02</b>	<b>1,84</b>	<b>-1,69</b>

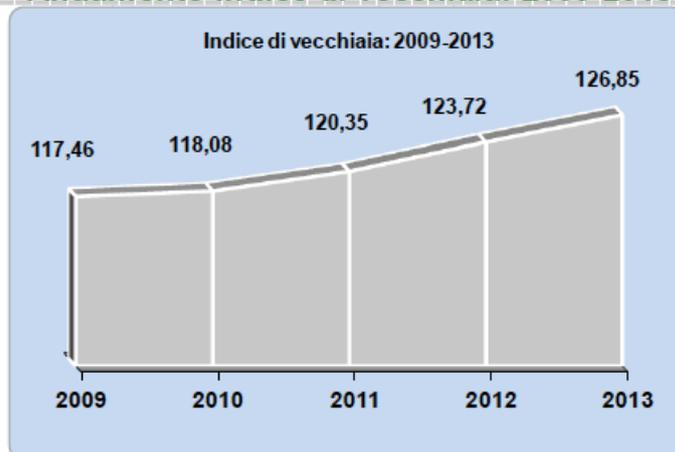
- il tasso grezzo di natalità continua il suo decremento: da 10,94 nel 2009 a 9,33 nel 2013 (-1,61);
- il tasso grezzo di mortalità ha mostrato in questi anni un andamento altalenante con una lieve tendenza all'aumento: da 7,41 nel 2009 a 7,49 nel 2013. La variabilità annuale (delta) va da un minimo di -0,38 (2013-2012) a +0,61(2012-2011);
- il saldo demografico risulta, come conseguenza di quanto sopra, in decremento: da 3,53 nel 2009 a 1,84 nel 2013 (-1,69).



Focus: POPOLAZIONE ANZIANA						
I.V.	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009
Distr. 1	98,52	101,18	108,35	109,76	114,69	16,17
Distr. 2	129,96	129,74	132,37	134,91	137,96	8,00
Distr. 3	128,45	125,44	119,36	122,93	127,58	-0,87
Distr. 4	118,25	118,15	119,94	124,03	126,68	8,43
Distr. 5	121,85	125,47	125,01	128,5	133,24	11,39
Distr. 6	93,98	98,57	103,71	106,02	107,97	13,99
Distr. 7	123,34	123,93	127,54	134,43	133,79	10,45
Distr. 8	105,05	103,90	108,02	109,64	113,11	8,06
ASL	117,46	118,08	120,35	123,72	126,85	9,39

Indice di vecchiaia (I.V.): Rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0\_14 anni

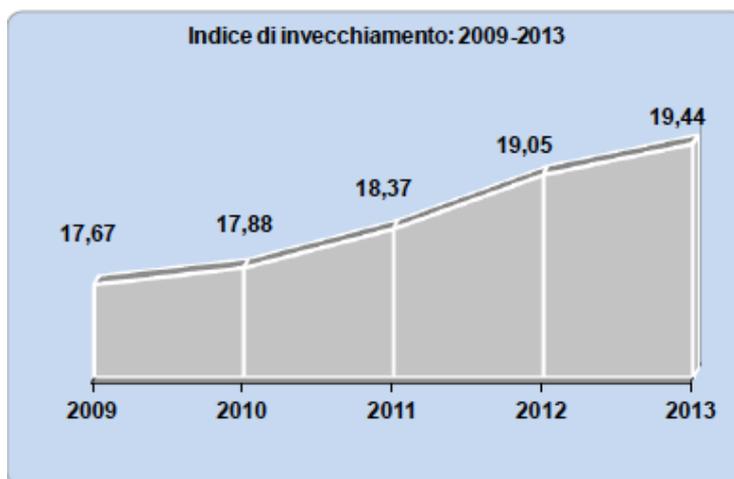
### Andamento Indice di vecchiaia: 2009-2013



- l'indice di vecchiaia continua il suo aumento: da 117,46 nel 2009 a 126,85 nel 2013 (+9,39). La variabilità distrettuale va da -0,87 (Distretto 3) a 16,17 (Distretto 1).

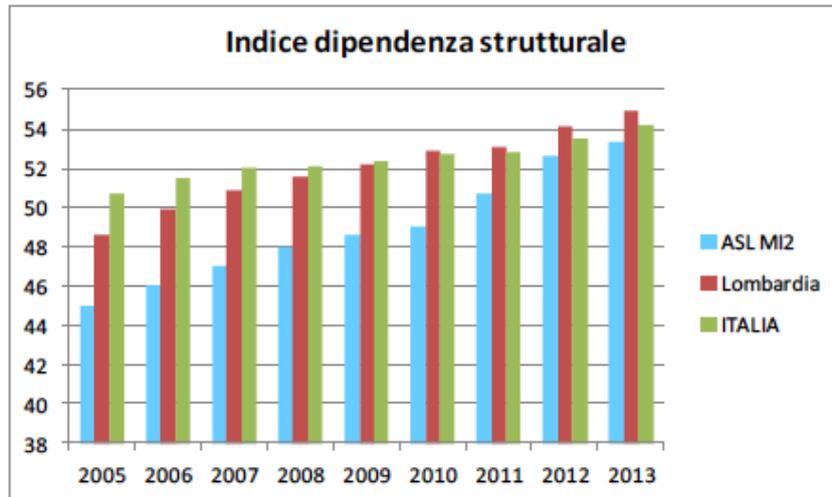
Focus POPOLAZIONE ANZIANA:						
I.I.	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009
Distr. 1	15,60	15,93	16,94	17,54	18,17	2,57
Distr. 2	19,16	19,24	19,65	20,39	20,63	1,47
Distr. 3	18,52	18,67	18,54	19,3	19,69	1,17
Distr. 4	17,97	18,13	18,62	19,3	19,76	1,79
Distr. 5	18,02	18,31	18,49	19,06	19,63	1,61
Distr. 6	14,56	15,17	15,87	16,54	16,74	2,18
Distr. 7	18,54	18,84	19,47	20,25	20,37	1,83
Distr. 8	16,23	16,23	16,73	17,23	17,77	1,54
ASL	17,67	17,88	18,37	19,05	19,44	1,77

Indice di invecchiamento (I.I.): Percentuale di popolazione di 65 anni e più sul totale della popolazione



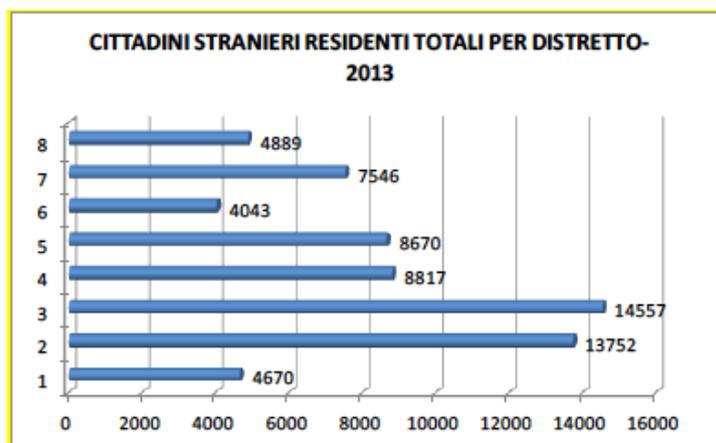
- anche l'indice di invecchiamento è in costante aumento: da 17,67 nel 2009 a 19,44 nel 2013 (+1,77). La variabilità distrettuale ha lo stesso comportamento dell'Indice di Vecchiaia (da 1,17 del Distretto 3 a 2,57 del Distretto 1).
- infine, l'indice di dipendenza strutturale rappresenta anche quest'anno, se confrontato al dato regionale e nazionale, una delle caratteristiche della popolazione locale: il rapporto tra popolazione "dipendente" e popolazione attiva è più favorevole rispetto agli indici medi nazionali e regionali.

Questo rapporto è considerato un indicatore di rilevanza economica e sociale, il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene non autonoma, cioè dipendente, (gli anziani di età  $\geq$  ai 65 anni e i giovanissimi, con età compresa tra 0 e 14 anni); il denominatore è costituito dalla fascia di popolazione attiva che dovrebbe provvedere al sostentamento della quota dipendente (15-64 anni). L'indice rappresenta il divario tra la popolazione potenzialmente lavorativa rispetto a quella non lavorativa. Quanto più l'indice si avvicina a 100 tanto più è consistente la parte di popolazione non lavorativa rispetto a quella lavorativa.



### 2. LA POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE

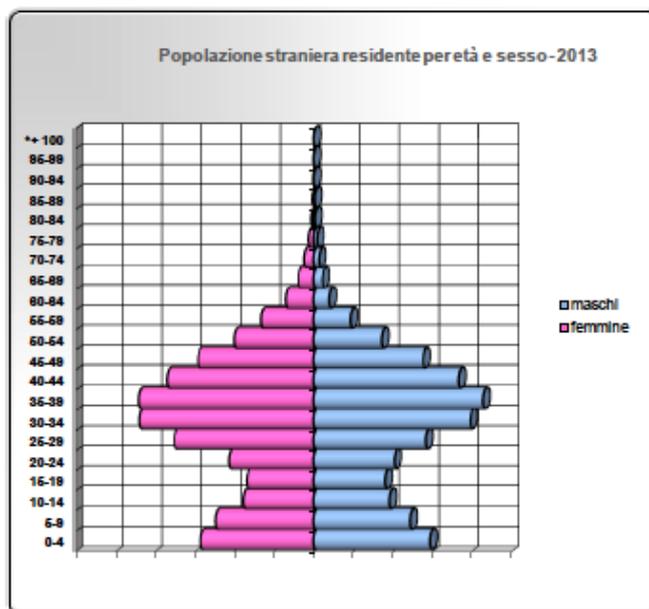
La conoscenza del fenomeno immigratorio sia in termini numerici, che di distribuzione territoriale e Paese di provenienza, è necessaria anche per la programmazione sanitaria e sociale. Una programmazione passa dalla necessità di garantire servizi in grado di soddisfare i bisogni ma anche di attuare politiche di integrazione linguistiche e culturali.



La popolazione straniera residente nella ASL Milano 2 al 31 Dicembre 2013 è di 66.944 unità, pari al 10,68% del totale dei residenti. Nell'anno 2013 i residenti con cittadinanza straniera sono aumentati del 17,43% rispetto all'anno 2009.

Residenti stranieri ASL	2009	2010	2011	2012	2013	Delta	
						n.	%
Distr. 1	4042	4420	4713	4288	4670	628	15,54
Distr. 2	11437	12543	13655	11857	13752	2315	20,24
Distr. 3	11989	13319	14343	13147	14557	2568	21,42
Distr. 4	6873	7392	7486	7709	8817	1944	28,28
Distr. 5	7234	7635	8258	8097	8670	1436	19,85
Distr. 6	3476	3547	3815	3290	4043	567	16,31
Distr. 7	6204	6614	7024	6345	7546	1342	21,63
Distr. 8	5755	6213	4387	4668	4889	-866	-15,05
<b>TOT.</b>	<b>57010</b>	<b>61683</b>	<b>63681</b>	<b>59401</b>	<b>66944</b>	<b>9934</b>	<b>17,43</b>

Prevale, analizzando la distribuzione territoriale, la forte presenza degli stranieri nei Distretti 2 e 3, ambiti in cui si confermano valori di gran lunga superiori alla media ASL.



- Confrontando la piramide dell'età della popolazione straniera e quella della popolazione residente totale, si osserva come la popolazione straniera sia più giovane;
- la fascia d'età maggiormente rappresentata è 35-39 anni, versus i 45-49 anni della popolazione residente totale. Si nota anche qui, come per la popolazione generale, che la fascia più numerosa si sposta di anno in anno verso il gruppo di età superiore.

### 3. MORTALITÀ E CAUSE DI MORTE

Le statistiche di mortalità sono storicamente fra i primi esempi di epidemiologia descrittiva. Le indicazioni che possono essere derivate da tali studi sono molteplici. Forniscono non solo informazioni sintetiche sullo stato di salute di una popolazione attraverso indici come la mortalità giovanile, mortalità per fasce di età o la speranza di vita ma contribuiscono alla definizione degli specifici bisogni di salute di una popolazione attraverso le principali misure di occorrenza delle patologie che hanno determinato il decesso. In questo senso svolgono anche l'importante ruolo di mettere in rilievo eventuali concentrazioni anomale di eventi in luoghi o territori ben definiti e quindi a spingere ad effettuare studi analitici per l'individuazione delle esposizioni che le hanno indotte.

La mortalità di una popolazione ha quindi importanti ricadute socio-economiche e la sua conoscenza è un utile strumento epidemiologico per valutazioni a fini gestionali e di programmazione. Di seguito sono riportati alcuni dati sintetici sulla mortalità in modo da rendere maggiormente esaustivo il quadro epidemiologico del territorio della ASL.

### Focus: MORTALITA' (confronto tra i Distretti)

N. deceduti	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Distretto 1	335	395	364	433	381	46
Distretto 2	859	893	862	888	894	35
Distretto 3	641	664	632	681	629	-12
Distretto 4	859	848	862	870	912	53
Distretto 5	692	632	627	700	679	-13
Distretto 6	331	314	336	354	357	26
Distretto 7	557	505	543	586	543	-14
Distretto 8	438	448	294	304	299	-139
<b>Tutta la ASL</b>	<b>4712</b>	<b>4699</b>	<b>4520</b>	<b>4816</b>	<b>4694</b>	<b>-18</b>

Tasso mortalità	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013/2009
Distretto 1	6,10	7,13	6,55	7,87	6,83	0,73
Distretto 2	7,99	8,18	7,84	8,29	8,12	0,13
Distretto 3	7,08	7,21	6,8	7,49	6,75	-0,33
Distretto 4	7,56	7,37	7,43	7,54	7,73	0,17
Distretto 5	8,49	7,67	7,55	8,49	8,15	-0,34
Distretto 6	6,61	6,26	6,65	7,24	7,02	0,41
Distretto 7	7,70	6,93	7,41	8,22	7,35	-0,35
Distretto 8	6,71	6,16	7,12	7,35	7,15	0,44
<b>Tutta la ASL</b>	<b>7,41</b>	<b>7,30</b>	<b>7,26</b>	<b>7,87</b>	<b>7,49</b>	<b>0,08</b>

Il numero assoluto di decessi di residenti nella ASL Milano 2 nell'anno 2013 è di 4.694, con un delta del tasso di mortalità di 0,08 tra inizio e fine del periodo analizzato (2009-2013).

Il confronto con la mortalità regionale e nazionale nel 2013 mostra ancora una volta come il territorio della ASL sia caratterizzato da un tasso grezzo (7,49) inferiore rispetto alla Regione Lombardia (9,31) e all'Italia (10,06).

Analizzando le cause di morte viene confermato come i tumori e le malattie del sistema cardiocircolatorio siano complessivamente responsabili di più dei 2/3 dei decessi.

Tra i singoli tumori, indipendentemente dal sesso, quelli più frequenti sono rappresentati dalle neoplasie polmonari.

CAUSA	ANNO							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tutti i tumori	38,30%	36,09%	36,29%	35,60%	36,82%	35,69%	36,62%	35,50
Malattie del sistema circolatorio	32,00%	31,67%	31,95%	33,80%	31,27%	31,27%	30,90%	29,72

*Nota: i valori percentuali indicano la quota della patologia rispetto al totale dei decessi*

CAUSA	ANNO							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tumori del polmone	20,60%	22,90%	21,70%	21,30%	21,57%	21,92%	21,52%	20,97%
Tumori del colon/retto	11,40%	10,16%	10,60%	11,60%	10,23%	10,50%	9,40%	8,89%
Tumore mammella (solo F)	7,80%	7,80%	7,30%	8,80%	7,97%	8,11%	7,68%	7,01%

*Nota: i valori percentuali indicano la quota della patologia rispetto al totale dei decessi per tumore*

### CAPITOLO 3 I CONSUMI SOCIOSANITARI E L'ASSISTENZA DOMICILIARE

#### 1. SERVIZI PER ANZIANI

Come ben evidenziato dal quadro epidemiologico e dal contesto socio-demografico della ASL Milano 2 (si veda il capitolo a riguardo) la popolazione invecchia, in quanto negli ultimi anni la fascia di età di maggior rappresentatività continua a spostarsi verso l'alto della piramide, passando dai 35-39 anni nel 2002 ai 45-49 anni nel 2013. Tale fenomeno inesorabile associato all'indice di dipendenza strutturale, ci rileva come la maggioranza della popolazione si ritiene non autonoma e quindi "dipendente" da qualcuno. Possiamo quindi confermare come il territorio della ASL Milano 2 necessiti sempre di più di azioni e strumenti a sostegno della domiciliarità.

Prima di entrare nel dettaglio di come sono soddisfatti i bisogni delle persone anziane non autosufficienti sul territorio della ASL Milano 2, può essere utile una breve lettura "integrata" delle "scelte" effettuate dalle famiglie con un anziano fragile all'interno della rete dei servizi per rispondere alle necessità assistenziali e di cura. In questa prospettiva, è utile fare riferimento a tre macrocategorie di *setting* assistenziale: residenziale (RSA), semi residenziale (CDI) e domiciliare (ADI), utilizzato in una percentuale intorno all'85 % da persone anziane. Le linee di tendenza dell'utilizzo di questi *setting*, mettono in evidenza, con riferimento all'anno 2014: nell'ambito residenziale: una riduzione intorno al -2%; nell'ambito semi residenziale: un incremento del +6%; nell'ambito domiciliare: un aumento del +11%.

A questi servizi "tradizionali" vanno aggiunti quelli in risposta ai nuovi bisogni, standardizzati nel 2014 e confermati nel 2015, quali la residenzialità leggera (che ha visto un significativo utilizzo da parte di persone con autonomie ancora presenti) e la RSA aperta (di cui hanno iniziato ad usufruire alcune persone con demenza e le loro famiglie).

Il quadro emerso sui consumi permette quindi di affermare che le scelte delle famiglie si stanno orientando verso una prioritaria assistenza a domicilio delle persone anziane fragili, anche attraverso il supporto dei servizi semi residenziali. Il ricorso alla residenzialità (RSA) avviene in età avanzata (media età di ingresso: 84 anni) e in presenza di situazioni più critiche e complesse rispetto al passato, che si associano a difficoltà.

Relativamente ai consumi, le prestazioni di assistenza domiciliare hanno registrato nel 2014 un significativo incremento rispetto all'anno precedente, sia in termini di risorse assorbite che di persone che ne hanno usufruito e di "prese in carico", le risorse utilizzate sono state pari a €. 3.667.274,16 (+20% rispetto al 2013), mentre le persone assistite a domicilio sono risultate complessivamente 2.561 (+11% rispetto al 2013), per un totale di 2.989 "prese in carico".

Si conferma inoltre, in linea con il 2013, un minor utilizzo, nell'area anziani, delle RSA. Infatti, l'analisi dei cosiddetti "posti letto pieni" mette in evidenza come l'utilizzo in termini assoluti di questo tipo di risorsa - n. 2.470 persone (- 3%, una settantina in meno - come valore assoluto -, rispetto al 2013) sia sempre al di sotto dell'indice di fabbisogno individuato dalla Regione. Ciò significa che aumentando annualmente (in virtù dell'allungamento dell'aspettativa di vita) la popolazione con età superiore ai 75 anni non vi è un proporzionale aumento dei ricoveri in RSA di questa fetta di popolazione. In altre parole, l'aumento degli ingressi in strutture ha un trend di crescita inferiore all'incremento della popolazione over 75 anni. Inoltre, riguardo all'ubicazione delle RSA utilizzate, anche per il 2014 (come nel 2013) l'incremento maggiore si è registrato nelle strutture della ASL Milano 2, che soddisfano il 59,8 % della domanda.

Su questa linea, si aggiunge come i dati dei consumi sanitari registrati nel 2013 rispetto al 2012 confermano evidenze già consolidate al riguardo, con una costante crescita dei valori economici delle risorse utilizzate dagli assistiti affetti da patologie croniche degenerative (comprese quelle non autosufficienti) nel comparto della assistenza specialistica ambulatoriale (+4%). Per i ricoveri si conferma una ulteriore lieve flessione (-0,4%).

Infine, si vuole ricordare come il territorio della ASL continua a essere sede di sperimentazione da parte del MMG della nuova modalità di cura dei pazienti (con patologie croniche) integrati denominata "CReG", indicatore di come il territorio sia sempre più ricettivo alla nuova cultura di integrazione operativa a sostegno della domiciliarità tra ambito socio sanitario, sociale e cure primarie.

## 2. SERVIZI PER DISABILI

Relativamente area delle persone disabili, la lettura integrata del soddisfacimento dei bisogni va concentrata sulle strutture residenziali: RSD e CSS.

Riguardo le RSD, il territorio della ASL presenta un numero di posti letto che non soddisferebbe pienamente la domanda (come confermato dal significativo numero di persone ospiti di strutture ubicate in altre ASL). A livello locale, è ipotizzabile che la risposta sia attualmente integrata, per i casi con disabilità grave, dalle Comunità sociosanitarie. In esse, infatti, trovano posto sia disabili che necessitano di un impegno assistenziale basso, sia disabili con vari livelli di gravità per i quali non è possibile un trasferimento in RSD.

Va, comunque, tenuto presente che a determinare questa situazione concorrono anche altre motivazioni che vanno dalla richiesta delle famiglie di inserimento in ambienti più piccoli e "familiari", alla disponibilità dei gestori a farsi carico di problematiche sanitarie sopravvenute, evitando all'ospite il disagio di un trasferimento in un ambiente nuovo.

La misurazione e il monitoraggio di tale specificità territoriale può essere effettuata attraverso alcuni indicatori quali:

- la media della Classe SIDI per valutare la complessità del bisogno, dove registriamo come la media delle classi SIDI nelle CSS sia di ASL (2,76) che delle due macro aree distrettuali sia al di sotto del 3 (area distrettuale nord 2,87 e area distrettuale sud 2,36), a conferma di quanto esplicitato nella breve analisi di contesto; inoltre, il territorio con meno posti letto in RSD (area distrettuale sud) presenta una media di classe SIDI più vicina al 2 e inferiore a quella dell'area distrettuale nord, maggiormente vicina al 3, caratterizzata da un maggior numero di posti letto in RSD;
- il rapporto sulla media della Classe SIDI RSD/CSS per fornire indicazioni riguardo l'appropriato utilizzo delle unità d'offerta residenziali per disabili sul territorio: più il valore di questo rapporto si avvicina all'unità, più vi è sovrapposizione tra il livello di gravità degli ospiti delle due tipologie di unità d'offerta. Considerando l'indice per ogni area distrettuale si evidenzia come nell'area distrettuale sud (con meno posti letto in RSD rispetto all'area nord) il valore si avvicini all'unità, confermando un maggiore utilizzo della CSS da parte di persone con livelli più alti di gravità, persone per le quali potrebbe essere più appropriato un ingresso in RSD.

Per quanto riguarda i consumi, nelle RSD anche nel 2014 si riscontra una stabilità dei consumi in atto dal 2012; rimane, quindi, confermato – attraverso l'applicazione del metodo di calcolo dei cosiddetti "posti letto pieni" - come poco meno di un terzo dei ricoveri avvenga in strutture della ASL, seguite da quelle ubicate nella ASL Milano 1 e in quelle della ASL di Cremona. L'età media di ingresso in struttura è intorno ai 40 anni.

Per le CSS in termini assoluti, facendo riferimento ai dati economici, i consumi risulterebbero in calo. Tuttavia, una lettura analitica mette in evidenza come questa contrazione sia da attribuire a fattori tecnici, legati al percorso di riconversione che ha interessato in passato alcune strutture. Una analisi più realistica, evidenzia l'avvio di una tendenza verso un incremento dell'utilizzo di questa unità d'offerta sul territorio della ASL Milano 2 che assorbono poco più del 75 % delle risorse.

Dopo gli incrementi avvenuti nel 2012 e nel 2013 (legati ad una maggiore presenza degli ospiti), nei CDD si assiste nell'anno 2014 ad sostanziale stabilità sia nell'entità dei consumi e che nella loro distribuzione: l'85% dei consumi avviene nelle strutture ubicate sul territorio della ASL, con un 11 % di prestazioni usufruite nella ASL Milano 1, fondamentalmente nell'Istituto Sacra Famiglia di Cesano Boscone, dove sono presenti da tempo cittadini della ASL.

### 3. SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Come già anticipato nel paragrafo sui servizi per anziani, le prestazioni di assistenza domiciliare sociosanitaria hanno registrato nel 2014 un significativo incremento rispetto all'anno precedente, sia in termini di risorse assorbite che di persone che ne hanno usufruito e di "prese in carico, assorbendo verosimilmente anche in modo esclusivo gli utenti che prima erano prese in carico presso i SAD comunali. Le risorse utilizzate sono state pari a €.3.667.274,16. (+20,8 % rispetto al 2013). Mentre le persone assistite a domicilio sono risultate complessivamente 2.561 (+ 11% rispetto all'anno 2013), per un totale di 2.989 "prese in carico".

Il rapporto tra "prese in carico" (PIC) e n. utenti (espressione di più "ricoveri domiciliari" a carico di uno stesso utente) a livello di ASL è pari a 1,17.

Analizzata complessivamente, la dinamica dei consumi presenta le seguenti caratteristiche:

- il 2014 conferma e consolida il trend in crescita dei consumi, avviato nella seconda parte del 2013, con un incremento di circa il 21 % rispetto all'anno precedente
- relativamente le ragioni di questo incremento possono essere ricercate nei seguenti elementi:
  - l'andamento esprime un maggior utilizzo di questa unità d'offerta da parte delle persone con bisogni di ADI (+ 11% rispetto all'anno 2013). Al riguardo, va tenuto conto che la ASL Milano 2 presentava nel 2013 un indice di persone assistite in ADI di età superiore ai 65 anni pari al 1,54 % della popolazione over 65 anni. A conferma della maggiore domanda registratasi nel 2014 depongono: la percentuale, pari al 1,9 %, degli ultrasessantacinquenni in ADI, che sale al 2,15 % se si considerano i casi presi in carico; l'incremento delle nuove richieste di attivazione nel 2014, rispetto al 2013, intorno a + 20 %.
  - si conferma ancora, considerando la "vocazione" del servizio verso la presa in carico di situazioni complesse, come l'incremento della produzione del 2014 sia risultato più marcato per i profili 3 e 4.

- va evidenziato l'incremento (+51%) delle risorse per le cure palliative dal 2013 al 2014, a conferma di una maggiore presa in carico di questa tipologia di bisogni.
- il rapporto tra PIC/n. utenti relativamente basso e vicino all'unità, testimonia come l'utilizzo dell'ADI sul territorio della ASL Milano 2 sia soprattutto a favore delle persone con cronicità.
- per quanto riguarda i consumi dei distretti, l'incidenza del numero degli assistiti sulla popolazione generale x 1.000 evidenzia la tendenza alla riduzione delle disomogeneità tra i vari ambiti territoriali.

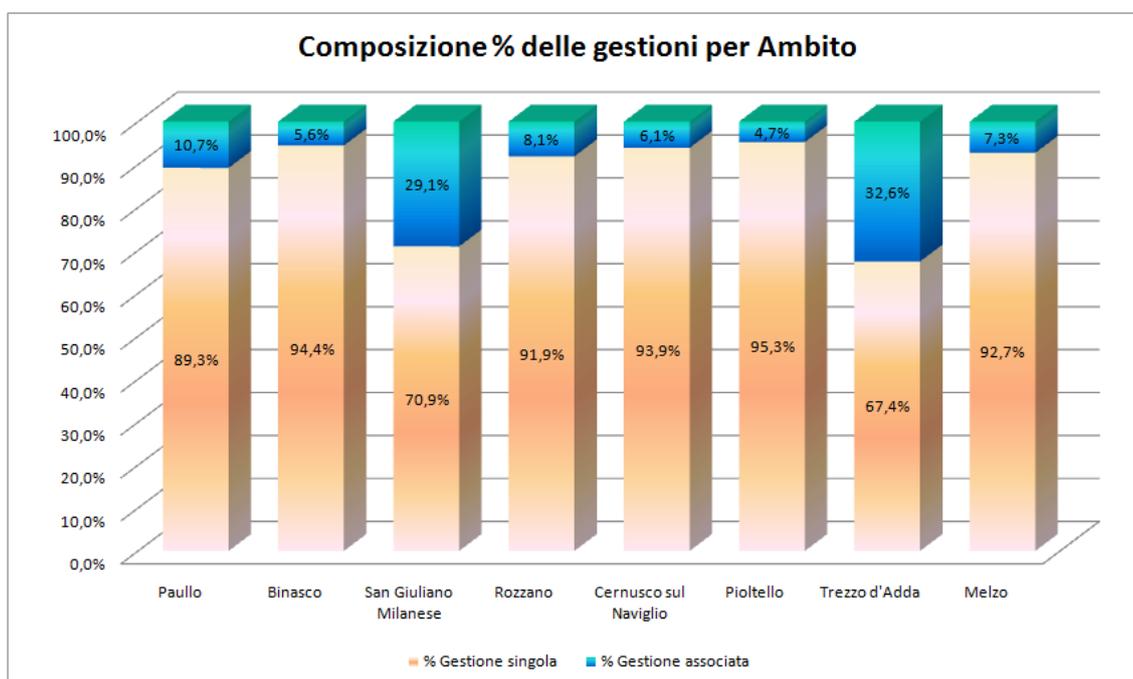
Per quanto riguarda invece i servizi di assistenza domiciliare sociale, nel 2014 a differenza dell'ADI, il SAD in modo uniforme in tutti i Piani di Zona della ASL, ha registrato un decremento degli utenti rispetto al 2013 pari al 20% (-171 utenti) passando da 1.045 nel 2013 a 874 nel 2014. I costi di gestione del servizio, in maniera più che proporzionale, sono diminuiti di circa il 32%, pari a €. 2.106.883,22. Tale decremento è verosimilmente giustificabile dal fatto che molti utenti sono stati assorbiti in modo esclusivo dal servizio ADI.

In modo analogo, anche gli altri servizi di assistenza domiciliare per disabili SADH e minori ADM hanno subito un decremento tra il 2013 e il 2014, passando da 315 a 255 utenti (pari a -23,5%) per il SADH e da 565 a 493 (pari a -14,6%) per l'ADM. Come per il SAD anche il SADH e l'ADM hanno subito una diminuzione più che proporzionale dei costi di gestione del servizio, pari a €.961.519,82 (-8,2% rispetto al 2013) per il SADH e €. 1.471.985,88 (-20% rispetto al 2013) per l'ADM.

## CAPITOLO 4 I CONSUMI SOCIALI: LA SPESA SOCIALE DEI COMUNI (DATI CONSUNTIVO 2012)

### 1. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO

Ai fini della programmazione zonale, di seguito si analizza la spesa sociale dei comuni del territorio della ASL Milano 2 in gestione singola e in gestione associata dei Piani di Zona. Gli ultimi dati a disposizione utili alla analisi fanno riferimento al consuntivo 2012.

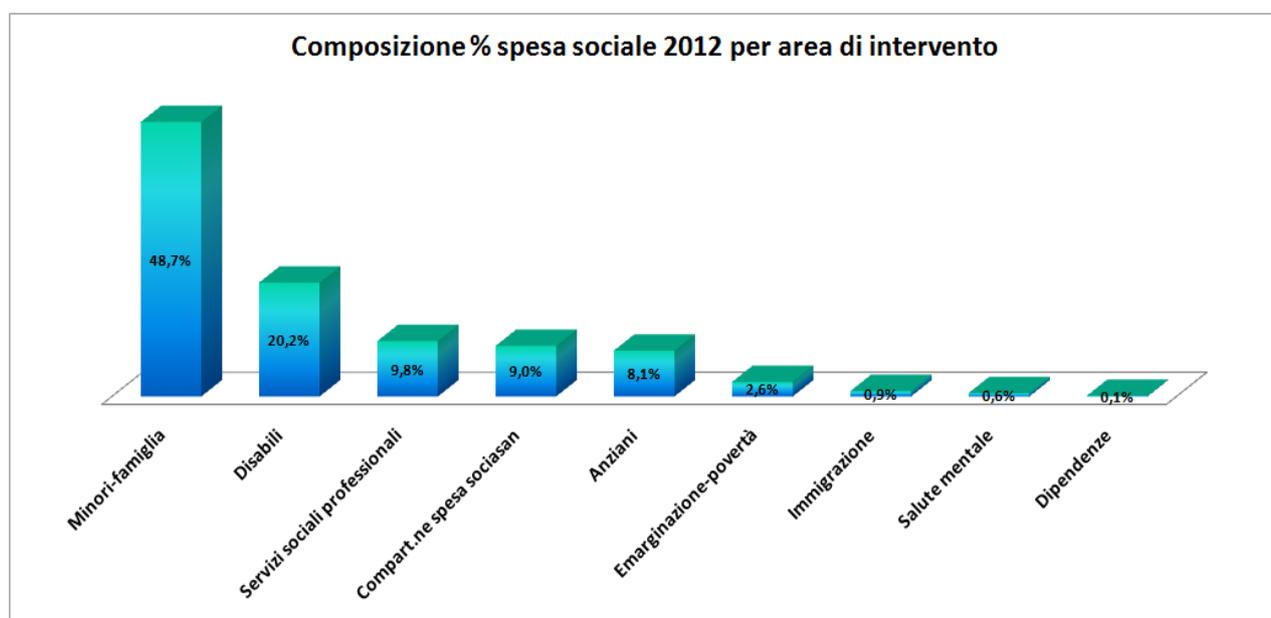


La spesa sociale nel territorio della ASL Milano 2 per entrambe le gestioni ammonta a circa 87,5 milioni di euro, di cui circa 80 milioni per la gestione singola e 11,5 milioni per quella associata. In termini di distribuzione sul territorio l'ambito di San Giuliano M.se è quello che registra la spesa più alta, pari al 22,7% del totale ASL, mentre Trezzo la più bassa con 5,6%. In termini invece di composizione % delle gestioni, vediamo come ci sia una distribuzione costante tra i territori, con una gestione singola che oscilla tra il 90% e il 94%, ad esclusione di Trezzo e San Giuliano M.se che fanno registrare la gestione associata più alta della ASL pari a circa il 30%.

### 2. AREE DI INTERVENTO

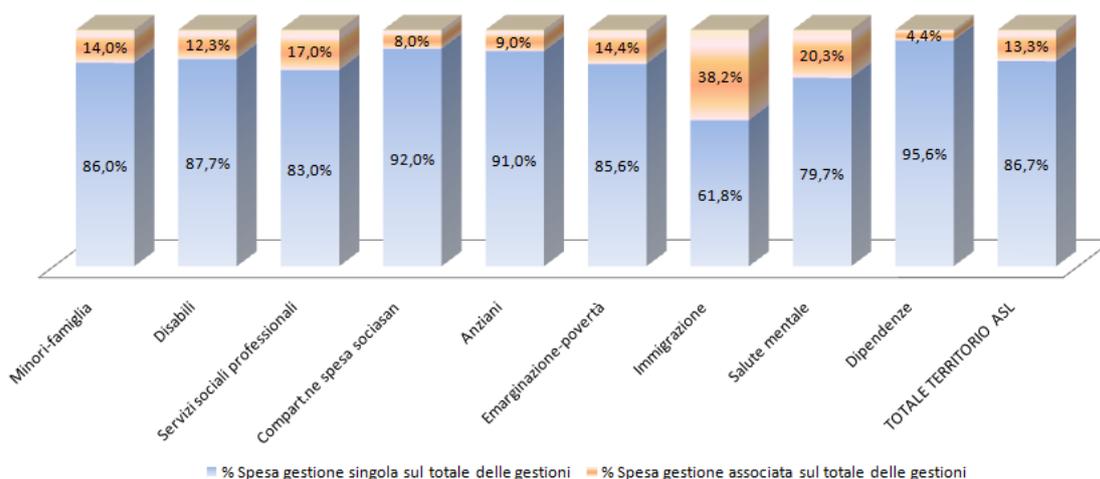
Di seguito si analizza la spesa sociale a livello territoriale ASL per area di intervento sociale.

Area di intervento	Spesa gestione singola	Spesa gestione	
		associata	Totale delle gestioni
Minori-famiglia	37.576.794,00	5.944.350,00	<b>42.565.529,00</b>
Disabili	16.401.635,00	2.171.298,00	<b>17.639.735,00</b>
Servizi sociali professionali	7.960.885,00	1.458.072,00	<b>8.577.960,00</b>
Compartecipazione spesa sociosanitaria	8.095.425,00	626.511,00	<b>7.831.691,00</b>
Anziani	6.492.133,00	641.161,00	<b>7.103.375,00</b>
Emarginazione-povertà	2.010.510,00	323.266,00	<b>2.244.990,00</b>
Immigrazione	510.095,00	315.810,00	<b>825.905,00</b>
Salute mentale	452.681,00	105.069,00	<b>517.586,00</b>
Dipendenze	111.631,00	5.180,00	<b>116.811,00</b>
<b>TOTALE TERRITORIO ASL</b>	<b>79.611.789,00</b>	<b>11.590.717,00</b>	<b>87.423.582,00</b>



L'area che assorbe per circa il 50% il totale della spesa sociale sia in gestione singola che associata è quella dei "Minori-famiglia", seguita dai "Disabili" (20%). I servizi sociali professionali (Servizio e Segretariato sociale più servizi di funzionamento del PdZ) è al terzo posto con il 10%. L'area di "Compartecipazione della spesa sociosanitaria" è pari al 9% mentre quella degli "Anziani" è pari all'8%.

**Composizione% delle gestioni per area di intervento**



La composizione delle gestioni per area di intervento mostra una costante percentuale che vede la gestione singola per tutte le aree oscillare tra l'80% e il 96%, tranne per l'area immigrazione dove la gestione associata è pari a circa il 40%.

### 3. INTERVENTI SOCIALI

Una volta analizzate le aree di intervento, possiamo ad analizzare gli interventi delle principali aree di intervento in termini di dimensione della spesa sociale (minori e disabili) e di significativa importanza di integrazione programmatica ASL/territorio (anziani e compartecipazione alla spesa sociosanitaria)

Area "Minori-famiglia"					Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da			% copertura da
Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a copertura dei costi	utenza a copertura dei costi	Fondo sociale regionale a	% copertura da Comune	% copertura da utenza	Fondo sociale regionale
Asili nido/Micronido	18.031.572,00	2.659.869,00	20.575.161,00	48,3%	12.610.189,00	6.108.744,00	599.682,00	61,3%	29,7%	2,9%
Comunità alloggio (per Minori e per Madri e Figli)	6.518.586,00	850.763,00	7.365.482,00	17,3%	6.593.989,00	1.200,00	567.009,00	89,5%	0,02%	7,7%
Servizio Tutela minorile	2.414.014,00	750.538,00	2.778.980,00	6,5%	1.349.608,00	1.177.851,00	104.944,00	48,6%	42,4%	3,8%
Centri ricreativi diurni	2.638.278,00	135.945,00	2.774.223,00	6,5%	2.827.609,00		17.236,00	101,9%		0,6%
Assistenza Domiciliare Minori	1.473.146,00	530.735,00	1.805.644,00	4,2%	1.451.993,00		212.505,00	80,4%		11,8%
Centri di aggregazione giovanile	1.340.095,00	216.415,00	1.511.563,00	3,6%	1.248.515,00	10.890,00	133.804,00	82,6%	0,7%	8,9%
Altri interventi sociali	976.746,00	174.230,00	1.137.396,00	2,7%	938.193,00	38.663,00		82,5%	3,4%	
Spazi ricreativi/aggregativi	868.430,00	60.149,00	881.356,00	2,1%	817.115,00	120.706,00	1.246,00	92,7%	13,7%	0,1%
Affidi familiari (L. 149/01)	715.573,00	33.892,00	749.465,00	1,8%	655.876,00		69.430,00	87,5%		9,3%
Assistenza economica generica	526.305,00	28.074,00	554.379,00	1,3%	545.888,00	78.140,00	33.731,00	98,5%	14,1%	6,1%
Interventi per progetto	484.522,00	58.631,00	527.427,00	1,2%	443.213,00		5.670,00	84,0%		1,1%
Iniziative di prevenzione e promozione	399.806,00	163.420,00	505.446,00	1,2%	418.380,00	5.238,00	1.607,00	82,8%	1,0%	0,3%
Centri di Prima Infanzia	317.845,00	26.668,00	344.513,00	0,8%	276.519,00	35.069,00	8.257,00	80,3%	10,2%	2,4%
Canoni di locazione ed utenze domestiche	230.811,00	19.700,00	250.511,00	0,6%	270.360,00		2.197,00	107,9%		0,9%
Centri di pronto intervento (per Minori e per Madri e Figli)	238.665,00		238.665,00	0,6%	222.897,00	1.531,00	1.714,00	93,4%	0,6%	0,7%
Adozioni	48.104,00	140.020,00	155.664,00	0,4%	163.695,00		8.257,00	105,2%		5,3%
Contributi ad Enti/Associazioni	149.188,00	5.200,00	154.388,00	0,4%	148.184,00			96,0%		
Sportello sociale	128.484,00		128.484,00	0,3%	66.281,00		3.295,00	51,6%		2,6%
Servizio Affidi	69.374,00	77.453,00	106.884,00	0,3%	53.304,00			49,9%		
Inserimenti lavorativi	7.250,00	12.648,00	19.898,00	0,05%	7.250,00			36,4%		
<b>TOTALE ASL</b>	<b>37.576.794,00</b>	<b>5.944.350,00</b>	<b>42.565.529,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>31.109.058,00</b>	<b>7.578.032,00</b>	<b>1.770.584,00</b>	<b>73,1%</b>	<b>17,8%</b>	<b>4,2%</b>

Il principale intervento è il servizio di asilo nido/micronido che assorbe quasi il 50% della spesa sociale dell'area. Interessante notare come i finanziamenti provenienti dal Comune coprano circa il 60% dei costi di gestione mentre l'utenza (con le rette) il 30%. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre circa il 3% dei costi.

Il secondo intervento dell'area è la Comunità Alloggio che assorbe il 17% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre la gran parte dei costi con circa il 90%, mentre l'utenza è sostanzialmente pari a zero; il fondo sociale regionale invece copre circa l'8% dei costi.

L'assistenza domiciliare per minori è il quinto intervento per dimensione economica (con il 4,2%); anche in questo caso il Comune copre i costi per circa l'80% mentre l'utenza è pari a zero; interessante notare come il fondo sociale regionale copra il 12% dei costi.

Area "Disabili"					Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da			% copertura da
Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a	utenza a copertura	Fondo sociale	% copertura costi da	% copertura da	Fondo sociale
					copertura dei costi	dei costi	regionale a	Comune	utenza	regionale
Assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolari	6.586.197,00	1.131.722,00	7.114.258,00	40,3%	6.788.801,00		80.709,00	95,4%		1,1%
Centri Socio Educativi - CSE	3.696.036,00	231.299,00	3.733.531,00	21,2%	3.406.856,00	181.928,00	43.909,00	91,3%	4,9%	1,2%
Trasporto sociale	1.766.693,00	137.790,00	1.904.483,00	10,8%	1.829.430,00	75.051,00		96,1%	3,9%	
Comunità alloggio per disabili	1.328.989,00		1.328.989,00	7,5%	1.015.447,00	274.975,00	38.567,00	76,4%	20,7%	2,9%
Servizi di formazione all'autonomia - SFA	786.071,00	135.224,00	921.295,00	5,2%	833.662,00	51.283,00	18.351,00	90,5%	5,6%	2,0%
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili	873.847,00	24.103,00	886.438,00	5,0%	656.978,00	44.432,00	106.450,00	74,1%	5,0%	12,0%
Inserimenti lavorativi	455.386,00	333.239,00	665.154,00	3,8%	434.775,00		103.753,00	65,4%		15,6%
Interventi per progetto	177.342,00	90.316,00	267.658,00	1,5%	196.838,00	3.000,00		73,5%	1,1%	
Altri interventi sociali	243.641,00	14.034,00	257.675,00	1,5%	224.268,00	17.183,00		87,0%	6,7%	
Assistenza economica generica	190.660,00	10.750,00	201.410,00	1,1%	189.856,00			94,3%		
Interventi a sostegno della domiciliarità	63.782,00	62.021,00	125.053,00	0,7%	45.892,00		9.377,00	36,7%		7,5%
Contributi ad Enti/Associazioni	122.537,00	800,00	123.337,00	0,7%	123.337,00			100,0%		
Sportello sociale	88.724,00		88.724,00	0,5%	78.724,00			88,7%		
Canoni di locazione ed utenze domestiche	21.730,00		21.730,00	0,1%	20.016,00			92,1%		
<b>TOTALE ASL</b>	<b>16.401.635,00</b>	<b>2.171.298,00</b>	<b>17.639.735,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>15.844.880,00</b>	<b>647.852,00</b>	<b>401.116,00</b>	<b>89,8%</b>	<b>3,7%</b>	<b>2,3%</b>

Il principale intervento è il servizio di assistenza educativa agli alunni disabili che assorbe il 40% della spesa sociale dell'area. Significativo notare come i finanziamenti provenienti dal Comune coprano la quasi totalità dei costi, con il 95,6% dei costi di gestione mentre l'utenza è pari a zero. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre solo l'1% dei costi.

Il secondo intervento dell'area sono i CSE che assorbono il 21% dei costi dell'area; anche in questo caso il Comune copre la quasi totale dei costi con più del 91% dei costi, mentre l'utenza circa il 5%; il fondo sociale regionale invece copre circa l'1% dei costi.

L'assistenza domiciliare per disabili è il sesto intervento per dimensione economica (con il 5%); in questo caso il Comune copre i costi per il 75% mentre l'utenza il 5%; interessante notare come il fondo sociale regionale copra il 12% dei costi.

Area "Anziani"					Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da			% copertura da
Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a	utenza a copertura	Fondo sociale	% copertura costi da	% copertura da	Fondo sociale
					copertura dei costi	dei costi	regionale a	Comune	utenza	regionale
Servizi di Assistenza Domiciliare	2.398.161,00	124.415,00	2.498.417,00	35,2%	1.658.391,00	248.028,00	382.198,00	66,4%	9,9%	15,3%
Centri sociali per anziani	876.732,00	193.261,00	1.069.993,00	15,1%	955.955,00	114.039,00		89,3%	10,7%	
Servizio pasti a domicilio	778.193,00		778.193,00	11,0%	436.776,00	339.793,00	1.625,00	56,1%	43,7%	0,2%
Altri interventi sociali	712.259,00	1.890,00	708.389,00	10,0%	570.729,00	137.590,00		80,6%	19,4%	
Trasporto sociale	623.327,00	84.396,00	707.723,00	10,0%	613.259,00	60.590,00		86,7%	8,6%	
Casa Albergo e case di soggiorno	462.406,00		462.406,00	6,5%	118.146,00	300.990,00		25,6%	65,1%	
Interventi a sostegno della domiciliarità	43.338,00	209.825,00	253.163,00	3,6%	34.257,00			13,5%		
Assistenza economica generica	229.200,00	4.180,00	233.380,00	3,3%	216.006,00		14.350,00	92,6%		6,1%
Contributi ad Enti/Associazioni	135.331,00	800,00	136.131,00	1,9%	128.171,00			94,2%		
Canoni di locazione ed utenze domestiche	75.548,00	2.040,00	77.588,00	1,1%	65.077,00		535,00	83,9%		0,7%
Sportello sociale	73.197,00		73.197,00	1,0%	73.197,00			100,0%		
Interventi per progetto	37.941,00	12.000,00	49.941,00	0,7%	37.941,00			76,0%		
Alloggi protetti per anziani	42.954,00		42.954,00	0,6%	42.954,00			100,0%		
Telesoccorso e Teleassistenza	3.546,00	6.688,00	10.234,00	0,1%	2.949,00	597,00		28,8%	5,8%	
Formazione per assistenti familiari		1.666,00	1.666,00	0,0%						
<b>TOTALE ASL</b>	<b>6.492.133,00</b>	<b>641.161,00</b>	<b>7.103.375,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.953.808,00</b>	<b>1.201.627,00</b>	<b>398.708,00</b>	<b>69,7%</b>	<b>16,9%</b>	<b>5,6%</b>

In questa area il principale intervento è il servizio di assistenza domiciliare SAD che assorbe circa il 35% della spesa sociale dell'area. I finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 67% dei costi, mentre l'utenza circa il 10%. Il principale fondo sociale, quello regionale, copre più del 15% dei costi.

Il secondo intervento dell'area riguarda i Centri sociali per anziani che assorbono il 15% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre la gran parte dei costi con circa il 90% dei costi, mentre l'utenza circa l'11%.

Significativo il servizio dei pasti a domicilio che come terzo intervento in termini di dimensione economica assorbe l'11% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre i costi per il 56% mentre l'utenza un significativo 44%.

Area "Compartecipazione servizio sociosanitari"					Finanziamento da	Finanziamento da		
	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a copertura dei costi	utenza a copertura dei costi	% copertura costi da Comune	% copertura da utenza
CDD	3.700.097,00	448.320,00	4.148.417,00	47,6%	3.625.144,00	271.655,00	87,4%	6,5%
RSA per ricoveri continuativi/definitivi	2.076.621,00	20.817,00	2.097.438,00	24,0%	1.741.178,00	299.718,00	83,0%	14,3%
RSD per periodi continuativi/definitivi	1.811.474,00	157.374,00	1.968.848,00	22,6%	1.665.606,00	303.242,00	84,6%	15,4%
CSS per periodi continuativi/definitivi	341.107,00		341.107,00	3,9%	313.147,00	27.960,00	91,8%	8,2%
CDI per periodi continuativi	77.802,00		77.802,00	0,9%	32.650,00	45.152,00	42,0%	58,0%
RSD per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (c)	53.791,00		53.791,00	0,6%	45.597,00	8.194,00	84,8%	15,2%
CSS per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (a)	22.196,00		22.196,00	0,3%	22.196,00		100,0%	
RSD per periodi temporanei/sollievo	11.265,00		11.265,00	0,1%	8.605,00	2.660,00	76,4%	23,6%
CDI per periodi temporanei/sollievo	1.072,00		1.072,00	0,01%	1.072,00		100,0%	
<b>TOTALE ASL</b>	<b>8.095.425,00</b>	<b>626.511,00</b>	<b>8.721.936,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.455.195,00</b>	<b>958.581,00</b>	<b>85,5%</b>	<b>11,0%</b>

In questa area il principale intervento è il CDD che assorbe circa il 48% della spesa sociale dell'area. I finanziamenti provenienti dal Comune coprono circa il 87% dei costi, mentre l'utenza circa il 6,5%.

Il secondo intervento dell'area riguarda le RSA per ricoveri continuativi/definitivi che assorbono il 24% dei costi dell'area; in questo caso il Comune copre l'83% dei costi, mentre l'utenza circa l'14%.

In modo analogo anche il terzo intervento per dimensione economica, quello delle RSD per ricoveri continuativi/definitivi che assorbono il 22% dei costi dell'area; anche in questo caso il Comune copre l'84% dei costi, mentre l'utenza circa il 15%.

#### 4. TIPOLOGIA DI COSTO E DI FINANZIAMENTO

Ai fini di una migliore comprensione dei fattori che compongono la spesa sociale, è significativo analizzare le tipologie di costo che incidono nella composizione della spesa e le relative fonti di finanziamento a copertura dello stesso.

Tipologia costo	Gestione singola	% gestione singola	Gestione associata	% gestione associata
Gestione diretta	26.026.710,00	32,7%	2.967.416,00	25,6%
Gestione appalto/concessione	24.985.411,00	31,4%	3.660.110,00	31,6%
Gestione convenzione	4.762.598,00	6,0%	1.175.203,00	10,1%
Acquisto da Terzi (rette)	13.990.015,00	17,6%	808.626,00	7,0%
Buono sociale	74.020,00	0,1%	384.100,00	3,3%
Voucher sociale	1.104.496,00	1,4%	120.664,00	1,0%
Servizi delegati	340.746,00	0,4%		
Gestione associata dei PdZ	3.778.924,00	4,7%		
Altre gestioni associate	161.942,00	0,2%	6.500,00	0,1%
Altre tipologie di costo	4.386.927,00	5,5%	2.468.098,00	21,3%
<b>Totale</b>	<b>79.611.789,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.590.717,00</b>	<b>100,0%</b>

Come si può notare le gestioni dirette e in appalto/concessione sono i principali costi che insieme incidono, sia in gestione singola che associata, per più del 60% sul costo totale. Per la gestione singola l'acquisto da Terzi (rette) è la terza tipologia per dimensione economica con il 17%. Da notare come i costi di trasferimento per la gestione associata del Piano di Zona incidano sul costo totale per solo il 4,7%. Le altre tipologie di costo per la gestione associata incidono per ben il 21%.

Tipologia finanziamenti	Gestione singola	% gestione singola	Gestione associata	% Gestione associata
Comune	65.563.794,00	82,8%	4.584.079,00	39,5%
Comune per gestione associata PdZ			2.068.127,00	17,8%
Altri enti pubblici	501.480,00	0,6%	799.564,00	6,9%
Utenza	9.637.765,00	12,2%	770.770,00	6,6%
Fondo sociale regionale	2.081.720,00	2,6%	701.954,00	6,1%
FNPS	174.817,00	0,2%	1.207.108,00	10,4%
FNA	142.642,00	0,2%	230.828,00	2,0%
Fondo intesa nidi	172.520,00	0,2%	396.692,00	3,4%
Fondo intesa famiglia			34.325,00	0,3%
Quota indistinta gestione associata PdZ			259.784,00	2,2%
Fondo solidarietà			2.297,00	0,02%
Altre tipologie di finanziamento	893.173,00	1,1%	535.189,00	4,6%
<b>Totale</b>	<b>79.167.911,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>11.590.717,00</b>	<b>100,0%</b>

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento a copertura dei costi si conferma come in generale i finanziamenti provenienti dal Comune siano la principale fonte di finanziamento, in quanto contribuiscono alla copertura della spesa sociale per circa l'83% in gestione singola e per il 40% in gestione associata. Per la gestione associata si aggiunga come circa il 18% della copertura dei costi provenga da finanziamenti specifici da parte sempre dei Comuni. L'utenza risulta di fatto la seconda fonte di copertura con il 12% in gestione singola e il 6,6% in gestione associata. Da notare come per la gestione associata il FNPS copra più del 10% del costo totale a cui si aggiunga il Fondo sociale regionale con il 6%.

### 5. INDICATORI MEDI DI SPESA

Si offre, a conclusione della analisi, ai fini della programmazione zonale alcuni indicatori medi di spesa annuale procapite utile a dimensionare la spesa sociale per intervento. In questa analisi si è preso in esame gli interventi più significativi in termini di dimensione economica e di intervento sociale, calcolando come indicatore di riferimento il costo medio annuo procapite e il finanziamento medio annuo proveniente dal Comune.

Area/intervento	Totale gestioni	N utenti	Costo medio annuo procapite	Finanziamento medio annuo da comune
Asili nido/Micronido	20.575.161,00	4.411	4.664,51	2.858,81
Assistenza educativa agli alunni disabili o assistenza scolari	7.114.258,00	1.299	5.476,72	5.226,17
CDD	4.148.417,00	252	16.461,97	14.385,49
RSA per ricoveri continuativi/definitivi	2.097.438,00	222	9.447,92	7.843,14
RSD per periodi continuativi/definitivi	1.968.848,00	96	20.508,83	17.350,06
SAD	2.498.417,00	1.084	2.304,81	1.529,88
SADH	886.438,00	300	2.954,79	2.189,93
ADM	1.805.644,00	498	3.625,79	2.915,65

### 6. L'OFFERTA SOCIALE (III TRIM. 2014)

L'analisi dell'offerta sociale presente sul territorio della ASL Milano 2, è utile per una puntuale programmazione zonale che tenga conto della distribuzione omogenea e della diffusione delle unità di offerta della rete dei servizi sociali. L'analisi ha preso in esame i dati della anagrafica sulle UdO sociali del III trimestre 2014.

TIPOLOGIA UDOS	N UdO	%
Asilo Nido	143	70,1%
Micro Nido	21	10,3%
Nido famiglia	31	15,2%
Centro Prima Infanzia	9	4,4%
<b>Totale UdO Prima Infanzia</b>	<b>204</b>	<b>41,7%</b>
Servizio di Assistenza Domiciliare	46	37,4%
Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	41	33,3%
Assistenza Domiciliare Minori	36	29,3%
<b>Totale Servizi Domiciliari</b>	<b>123</b>	<b>25,2%</b>
Comunità Educativa	15	50,0%
Comunità familiare		
Alloggio per l'Autonomia	15	50,0%
<b>Totale Comunità per Minori</b>	<b>30</b>	<b>6,1%</b>
Centro di Aggregazione Giovanile	17	21,0%
Centro Ricreativo Diurno per Minori	64	79,0%
<b>Totale UdO Diurne per Minori</b>	<b>81</b>	<b>16,6%</b>
Alloggio Protetto Anziani	2	18,2%
Centro Diurni Anziani	9	81,8%
<b>Totale UdO per Anziani</b>	<b>11</b>	<b>2,2%</b>
Centro Socio Educativo	21	52,5%
Comunità Alloggio Disabili	14	35,0%
Servizio di Formazione all'Autonomia	5	12,5%
<b>Totale UdO per Disabili</b>	<b>40</b>	<b>8,2%</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>489</b>	<b>100,0%</b>

In linea generale (per i dettagli di ambito si rimanda alla tabella successiva) sul territorio della ASL Milano 2 le UdO per la prima infanzia (0-3 anni) sono le più numerose (204) pari al 42% sul totale delle UdO sociali presenti, con gli asili nido che incidono per il 70%.

Segue come servizio più presente sul territorio, quello delle assistenze domiciliari (SAD-SADH-ADM) con il 25% sul totale delle UdO sociali presenti, pari a 123 servizi sostanzialmente equo distribuiti tra SAD (37% di incidenza) SADH (33%) e ADM (29%).

Successivamente troviamo le UdO diurne per minori (81) pari al 16,6% di incidenza sul totale delle UdO presenti, le UdO per disabili (40) pari all'8,2%, le Comunità per minori (30) pari al 6,1% ed infine le UdO per anziani (11) pari al 2,2%.

TIPOLOGIA UDOS	AMBITI																	
	Paullo		San Giuliano Milanese		Cernusco sul Naviglio		Piolto		Melzo		Binasco		Rozzano		Trezzo d'Adda		TOTALE ASL	
	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti	N UdO	N Posti
Asilo Nido	16	548	30	898	24	860	25	880	18	546	10	279	13	560	7	217	143	4.788
Micro Nido	2	20	4	37	3	29	1	10	4	38	1	10	5	47	1	10	21	201
Nido famiglia	1	5	7	35	7	35	1	5	3	15	8	40	2	10	2	10	31	155
Centro Prima Infanzia			2	41	2	47	4	78					1	20			9	186
<b>Totale UdO Prima Infanzia</b>	<b>19</b>	<b>573</b>	<b>43</b>	<b>1.011</b>	<b>36</b>	<b>971</b>	<b>31</b>	<b>973</b>	<b>25</b>	<b>599</b>	<b>19</b>	<b>329</b>	<b>21</b>	<b>637</b>	<b>10</b>	<b>237</b>	<b>204</b>	<b>5.330</b>
Servizio di Assistenza Domiciliare	5		4		9		4		8		7		4		5		46	
Servizio di Assistenza Domiciliare Disabili	5		4		6		4		8		5		4		5		41	
Assistenza Domiciliare Minori	4		3		9		4		8		1		4		3		36	
<b>Totale Servizi Domiciliari</b>	<b>14</b>		<b>11</b>		<b>24</b>		<b>12</b>		<b>24</b>		<b>13</b>		<b>12</b>		<b>13</b>		<b>123</b>	
Comunità Educativa	1	7	3	30	1	8	6	34			2	18			2	15	15	112
Comunità familiare																		
Alloggio per l'Autonomia			1	3	4	12			10	44							15	59
<b>Totale Comunità per Minori</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>18</b>			<b>2</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>171</b>
Centro di Aggregazione Giovanile			3	210	7	385	2	140	1	50	2	90	1	60	1	30	17	965
Centro Ricreativo Diurno per Minori	5	595	2	215	10	420	1	300	14	580	8	599	17	1.272	7	930	64	4.911
<b>Totale UdO Diurne per Minori</b>	<b>5</b>	<b>595</b>	<b>5</b>	<b>425</b>	<b>17</b>	<b>805</b>	<b>3</b>	<b>440</b>	<b>15</b>	<b>630</b>	<b>10</b>	<b>689</b>	<b>18</b>	<b>1.332</b>	<b>8</b>	<b>960</b>	<b>81</b>	<b>5.876</b>
Alloggio Protetto Anziani	1	32									1	124					2	156
Centro Diurni Anziani			2	40	2	0			2	0	1	18	1	60	1	50	9	168
<b>Totale UdO per Anziani</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>2</b>				<b>2</b>		<b>2</b>	<b>142</b>	<b>1</b>	<b>60</b>	<b>1</b>	<b>50</b>	<b>11</b>	<b>324</b>
Centro Socio Educativo			3	53	6	124	2	32	5	139			2	41	3	63	21	452
Comunità Alloggio Disabili	1	7	2	20			3	28	1	10			2	15	5	44	14	124
Servizio di Formazione all'Autonomia			1	25	2	0	2	9									5	34
<b>Totale UdO per Disabili</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>98</b>	<b>8</b>	<b>124</b>	<b>7</b>	<b>69</b>	<b>6</b>	<b>149</b>			<b>4</b>	<b>56</b>	<b>8</b>	<b>107</b>	<b>40</b>	<b>610</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>41</b>	<b>1.214</b>	<b>71</b>	<b>1.607</b>	<b>92</b>	<b>1.920</b>	<b>59</b>	<b>1.516</b>	<b>82</b>	<b>1.422</b>	<b>46</b>	<b>1.178</b>	<b>56</b>	<b>2.085</b>	<b>42</b>	<b>1.369</b>	<b>489</b>	<b>12.311</b>

## CAPITOLO 5 L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

### 1. PREMESSA

L'integrazione socio-sanitaria è una priorità strategica del Piano Sanitario Nazionale poiché è condizione indispensabile per superare prassi territoriali e integrare competenze e servizi diversi grazie all'unitarietà e alla globalità degli interventi, consentendo una maggiore attenzione ai soggetti deboli e alla loro tutela.

Il superamento di servizi settoriali e l'introduzione di servizi integrati si fonda quindi sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni contribuendo al raggiungimento di uno stato di benessere fisico, mentale e sociale.

L'integrazione socio-sanitaria definita dal decreto Legislativo n.229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419" riguarda infatti "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità di cura e quelle di riabilitazione".

Le prestazioni vengono classificate sulla base della prevalenza dei bisogni e delle risorse implicate nei processi assistenziali.

Avremo pertanto *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* quando l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità d'integrazione con altri fattori sociali. Avremo *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* quando l'intervento sociale avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute che possono trovare soluzioni efficaci solo con processi d'inserimento e integrazione sociale.

Le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate invece da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e "attengono prevalentemente all'area materno - infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico - degenerative" che richiedono un'assistenza prolungata e continuativa".

Tali prestazioni sono assicurate dal SSN e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate nei piani sanitari nazionali e regionali, nonché dai progetto obiettivo promossi a livello nazionale e regionale.

Al comma 8 dell'art. 3-septies del decreto legislativo 229/1999 si sottolinea inoltre che " (...) le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti atti a garantire la gestione integrata dei processi assistenziali e socio-sanitari(...)".

Un'ulteriore specificazione sulle tipologie di prestazioni viene effettuata con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 denominato "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

Gli articoli 1 e 2 che si riportano in corsivo nella loro stesura integrale definiscono appunto in modo puntuale la tipologia delle prestazioni previste:

*L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie e di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le Regioni disciplinano le modalità e i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.*

*Le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3 – septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.*

L'Attuale documento in fase di decretazione del Ministro della salute prevede:

"Una descrizione puntuale delle attività nell'assistenza domiciliare, territoriale (consultori familiari, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale adulti e neuropsichiatria infantile, servizi per disabili), semiresidenziale e residenziale (per malati cronici, malati in fine vita, persone con disturbi mentali, persone con dipendenze patologiche, disabili); un'articolazione dell'assistenza domiciliare e residenziale in più livelli d'intensità in relazione ai bisogni: intensiva (per accogliere le dimissioni e filtrare gli ingressi in ospedale), estensiva (di medio impegno), di lungo assistenza e mantenimento per le situazioni stabilizzate che non possono essere trattate al domicilio per difficoltà familiari/sociali; prevede il mantenimento delle attuali quote sociali a carico del Comune/assistito."

In particolare e a titolo puramente esemplificativo il Dpcm. 2015 prevede che:

" Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale; nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio;

l'Azienda Sanitaria Locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio;

nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il S.S.N. garantisce alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie ed appropriate nei seguenti ambiti di attività: maternità, paternità e procreazione responsabile; tutela della salute della donna e del nascituro; assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza; consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per la procreazione medicalmente assistita nonché per i problemi correlati alla menopausa, per quelli individuali e di coppia; prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi; psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione.

Il S.S.N., infine, garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico, alle persone con disturbi mentali, ai disabili, alle persone con dipendenze patologiche, alle persone non autosufficienti, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico.”

La legge quadro n. 328/00 sul sistema integrato d'interventi e servizi sociali individua il “Piano di Zona dei servizi socio-sanitari” come strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche d'intervento nel settore sociosanitario con riferimento, in particolare, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo di un sistema a rete dei servizi sociosanitari sul territorio di riferimento.

L'art.1 recita infatti : "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza del reddito, difficoltà sociali e condizioni di autonomia, in coerenza con gli art. 2, 3 e 38 della Costituzione”.

Regione Lombardia, con la L.R. n. 3/2008, ridefinisce il “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”, attribuendo, all'art. 11.1, alla Regione stessa la funzione d'indirizzo, programmazione, coordinamento, controllo e verifica delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie avvalendosi della collaborazione degli Enti Locali, delle Aziende Sanitarie Locali e dei soggetti del III Settore.

All'art. 14 definisce fra l'altro le competenze dell'ASL in materia di programmazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociosanitarie in armonia con le linee d'indirizzo formulate dai Comuni attraverso la Conferenza dei Sindaci del territorio di propria competenza.

## 2. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Si è voluto riportare questi riferimenti legislativi per affermare con precisione sia il contesto nel quale ci muoviamo (ruoli, compiti, competenze) sia la volontà di selezionare, affermare le azioni, i bisogni, le persone alle quali far arrivare il nostro sostegno e la nostra espressione di capacità e, infine, il desiderio prima che l'obbligo di realizzare una vera sinergia con la parte “sociale” integrata da quella sanitaria.

La difficoltà crescente di larghe fasce della popolazione aumenta le pressioni sulle varie istituzioni per estendere l'aspetto assistenziale e ripensare adeguatamente la propria offerta e l'organizzazione dei propri servizi.

Le nuove linee d'indirizzo della Regione Lombardia per i Piani di Zona 2015-2017 “si caratterizzano per una rinnovata attenzione alla rete dei servizi sociali e sociosanitari e al supporto che il sistema d'interventi può offrire alle famiglie perché i loro bisogni trovino adeguata risposta nelle reti di offerta. Si rende sempre più necessario focalizzare l'attenzione sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi, sulle decisioni e sulle linee di programmazione, affinché siano promosse dagli attori locali esperienze di un welfare aperto alla partecipazione di tutti i soggetti presenti nella Comunità, capace di ricomporre efficacemente interventi e risorse.”.

Un sistema che risponda ai “bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico”.

In tale direzione, le deliberazioni n.116/13, n.856/13 e n.740/13 evidenziano i criteri di fondo che sostengono la centralità della persona e della famiglia:

- prossimità dei servizi;
- centralità di una presa in carico integrata;
- continuità assistenziale per le persone.

Regione Lombardia indica, pertanto, ai territori la necessità di una lettura integrata e approfondita dei bisogni, anche attraverso un forte raccordo tra A.S.L. e Ambiti territoriali.

Coerentemente e conseguentemente a questa indicazione la Regione Lombardia ha voluto con la d.g.r. n.326/13 la costituzione di una Cabina di Regia integrata tra A.S.L. e Ambiti territoriali dedicata a garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati, dedicata a presidiare aree comuni d'intervento e allo sviluppo di un approccio integrato alla presa in carico dei bisogni espressi dalle persone evitando duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza.

La Cabina di Regia rappresenta, quindi, un'importante risorsa che si pone anche a supporto delle funzioni del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee distrettuali.

La ASL Milano 2 aveva, forse una delle poche, già avuto un'esperienza simile con l'istituzione del Tavolo di Coordinamento Interistituzionale, il primo verbale riporta la data del 16/01/2004. La sua funzione, simile a quella della nuova Cabina di Regia, è stata negli anni un valido contributo istituzionale per l'integrazione socio sanitaria. Il nuovo assetto istituzionale porterà più potere istituzionale per affermare pienamente l'integrazione socio sanitaria e progredire in questa direzione.

L'istituzione della Cabina di Regia dovrà, in questo nuovo triennio dei Piani di Zona, porsi come sicuro obiettivo una maggiore e migliore integrazione con le "rappresentanze" politiche presenti sul territorio rappresentate dall'Assemblea distrettuale e dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci. Si dovrà arrivare ad approntare un modello organizzativo con risorse umane e strumentali a disposizione, stabilendo una periodicità degli incontri e condividendo procedure di raccordo.

L'obiettivo per questa nuova triennalità dei Piani di Zona e del ruolo dell'ASL Milano 2 non potrà che essere il superamento delle attuali forme di collaborazione definendo un contesto istituzionale più autonomo e più forte a supporto dei processi di ricomposizione dell'integrazione delle risorse (dell'ASL, dei Comuni, delle famiglie); delle conoscenze (dati e informazioni sui bisogni, sulle risorse e dell'offerta locale) e degli interventi e servizi (costituzione di punti di riferimento integrati, di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati) in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario.

In particolare nel primo caso sarà necessario esplicitare quali sono allo stato attuale i livelli d'integrazione delle risorse ed esplicitare in quali ambiti si ritiene prioritario perseguire una maggiore integrazione delle risorse tra Ambiti Territoriali e A.S.L..

Nel caso delle conoscenze esplicitare quali sono i bisogni su cui si ritiene prioritario sviluppare degli approfondimenti e delle condivisioni d'informazioni e conoscenze nel triennio e come tali approfondimenti possono essere apprezzati e verificati (ad esempio: integrazione dei sistemi informativi).

Nel terzo caso esplicitare quali servizi si ritiene debbano essere oggetto di criteri, regole, presa in carico e interventi svolti in modo congiunto, per quali target di utenti, con quali obiettivi quantitativi e qualitativi.

Ulteriore obiettivo è di coinvolgere nei processi di programmazione, co-progettazione e gestione i soggetti del Terzo Settore.

Terzo Settore che concorre inizialmente all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale e partecipano, anche in modo coordinato con gli Ambiti Territoriali alla definizione di progetti per servizi e interventi di cura alla persona.

La programmazione della nuova triennalità dei Piani di Zona, all'interno della cornice organizzativa sopra rappresentata (Cabina di regia), deve comportare una valutazione/monitoraggio di quanto avvenuto nella precedente triennalità.

Nella tabella, di seguito riportata, di sintesi degli obiettivi sull'integrazione socio sanitaria - oggetto del precedente accordo di programma - sullo stato dell'arte e sui possibili ambiti d'implementazione ne evidenzia i contenuti.

### INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2012/2014

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Implementare la conciliazione famiglia lavoro.	<p>Attuazione Accordo Territoriale</p> <p>Costituzione Tavolo Politico e Tavolo Tecnico</p> <p>Stesura "Piano di lavoro territoriale..."</p> <p>Prosecuzione dei lavori del tavolo regionale</p> <p>Costituzione del Tavolo locale sulla conciliazione famiglia-lavoro</p> <p>Attuazione d'iniziative di formazione agli ambiti e ASL</p> <p>Definizione della programmazione locale</p> <p>Attuazione degli interventi</p>	Istituzionali, Risorse vincolate da atti regionali	Il Piano Territoriale di Conciliazione è stato attuato completamente: è stata effettuata la Formazione a cura della Società Variazioni, sono stati attuati i progetti proposti dagli otto ambiti distrettuali.	Dovrà essere attuato il nuovo Piano di Azione Territoriale di Conciliazione Famiglia Lavoro
<b>Realizzare il Piano d'Azione Regionale per le persone con disabilità.</b>	<p>Attuazione delle azioni previste dal Piano</p> <p>Aggiornamento del Piano d'intervento locale. Prosecuzione della realizzazione dell'intesa con Comune di Cernusco sul Naviglio per Punto Unico d'Accesso Disabili (PUAD)</p> <p>Prosecuzione della realizzazione dell'Accordo quadro per la stipula di contratti relativi a Servizi a favore di cittadini disabili promosso dall'Ud P Distretto 5.</p> <p>Prosecuzione della partecipazione al Tavolo Autismo promosso dal Distretto Sociale Sud Est Milano per la realizzazione ed il monitoraggio delle azioni del Progetto Autismo.</p>	Istituzionali	E' stata garantita in modo costante la partecipazione ai Tavoli Territoriali sull'Autismo e sul "Progetto di vita del disabile".	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	Collaborazione con la Cooperativa Punto d'Incontro per l'attivazione del percorso di formazione-ricerca "Il progetto di vita nella disabilità"			
Consolidare il modello organizzativo dei Punti ADI	Costituzione e attivazione dei punti ADI in tutti i distretti Elaborazione di strumenti e procedure per l'integrazione sulla domiciliarità	Istituzionali	Obiettivo raggiunto per quanto riguarda l'attivazione dei punti ADI. Realizzati, seppur in modo non omogeneo sul territorio, ambiti di confronto e integrazione sui servizi impattanti la domiciliarità.	Si dovranno approntare procedure integrate di valutazione del bisogno e di monitoraggio degli interventi.
Assicurare continuità ospedale - territorio	Definizione, in accordo con le AO, di "strumenti" per identificare precocemente le persone a rischio e necessitanti di dimissioni concordate. Definizione di un percorso condiviso con gli Uffici di Piano	Istituzionali	Introdotta un protocollo unico; sperimentato un modello di valutazione entro 48 ore dal ricovero; approntato uno strumento unico di comunicazione tra ospedali per acuti e strutture riabilitative; estesa al territorio dell'ASL la sperimentazione sulle cure intermedie domiciliari.	Necessario favorire la valutazione in ambito ospedaliero del bisogno, prima della dimissione.
Realizzazione del progetto NASKO a sostegno delle madri in difficoltà.	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Istituzionali	L'attività di erogazione dei contributi è stata garantita da tutti i CF pubblici.	Prosecuzione delle attività in un'ottica di collaborazione con gli enti locali, anche attraverso la condivisione di percorsi operativi
Semplificare i percorsi di Accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.	Revisione del modello organizzativo dei consultori: estensione della nuova funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia a tutti	Istituzionali	E' stato pienamente attuato il Progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia". L'attività di formazione, organizzata con STER Lombardia, ha coinvolto il personale dei CF pubblici e privati ed	Necessario proseguire il percorso di semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	<p>i consultori dell'ASL</p> <p>Attuazione del Progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia"</p> <p>Formazione del personale di tutti i consultori nell'ottica dello sviluppo di nuove competenze, anche relativamente alla conoscenza dei Piani di Zona e degli Uffici di Piano, e funzioni volte ad una risposta integrata alle problematiche della famiglia</p> <p>Mappatura e Banca Dati dei servizi e delle azioni (sociali e sociosanitarie) rivolte alla famiglia, nelle due Aree di sperimentazione del progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia"</p> <p>Definizione di procedure/protocolli operativi di collaborazione e di attivazione con i nodi della rete</p>		<p>è stata estesa agli operatori sociali dei Comuni del territorio.</p> <p>Le funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia, sono state messe a regime in tutti i consultori dell'ASL.</p>	<p>della comunità.</p>
<p>Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori: assicurare sostegno alla genitorialità.</p>	<p>Attuazione Protocollo "Genitorialità e Minori" tra Dipartimento Dipendenze, ASSEMI, UO NPI, Dipartimento Salute Mentale: formazione del gruppo integrato valutazione (GIV) , acquisizione di strumenti condivisi, schede esiti e follow up</p> <p>Stesura di un nuovo protocollo operativo per l'attività dei CAT, in considerazione delle risorse a disposizione e delle indicazioni regionali</p> <p>Attuazione di eventuali linee guida sui</p>	<p>Istituzionali</p>	<p>In un contesto legislativo nel frattempo mutato, è stato attuato il trasferimento dell'attività in materia di adozione ai Consultori familiari gestito dell'ASL.</p>	<p>E' necessario proseguire nell'integrazione degli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori e assicurare sostegno alla genitorialità.</p>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	<p>minori</p> <p>Rinforzare l'organizzazione della rete dei servizi per la Famiglia e i Minori, superando la frammentarietà delle prestazioni verso la continuità e la qualità delle risposte attraverso la ricognizione delle risorse, sia economiche sia tecniche e la definizione di protocolli d'integrazione e procedure operative di connessione che rendano funzionale il sistema dei servizi</p>			
Prevenzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti additivi.	<p>Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP</p> <p>Applicazione del protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP.</p> <p>Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI.</p> <p>Sviluppo dei programmi di life skills e dei centri di ascolto e consulenza nelle scuole, del centro di ascolto per educatori, operatori dei comuni, docenti e genitori, delle attività dell'osservatorio territoriale</p> <p>Attività consulenziale nei CAG ed educativa di strada</p> <p>Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani</p>	Istituzionali	<p>Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP.</p> <p>Applicazione del protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP.</p> <p>Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI.</p> <p>Sviluppo dei programmi di life skills e dei centri di ascolto e consulenza nelle scuole, del centro di ascolto per educatori, operatori dei comuni, docenti e genitori, delle attività dell'osservatorio territoriale</p> <p>Attività consulenziale nei CAG e educativa di strada</p> <p>Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani</p>	Proseguimento delle attività in sinergia con UDP o Aziende Sociali
Promuovere la salute	Partecipazione agli organismi consultivi	Istituzionali	E' proseguita l'attività sia di	Proseguimento delle

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
e sani stili di vita	per le attività di promozione della salute Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel Piano Integrato Locale		partecipazione alla programmazione sia di realizzazione delle iniziative di promozione della salute.	attività
Collaborare alla tutela della Salute Mentale	Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Istituzionali	E' stata garantita con costanza l'attività di Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale e all'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.	Prosecuzione delle attività
Prosecuzione dei lavori dell'Ufficio per la protezione giuridica	Analisi, valutazione e avvio di possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni	Istituzionali	Effettuata la mappatura delle strutture territoriali operanti a vario titolo nell'ambito della protezione giuridica e la rilevazione della casistica in carico a comuni e ASL; realizzati accordi formali tra soggetti pubblici e privati attivi sul territorio dell'ASL; costituita la rete territoriale per la protezione giuridica, sviluppata su due livelli: <ul style="list-style-type: none"> <li>– la diffusione dei punti di prima informazione</li> <li>– il consolidamento dei punti di consulenza e tutoring</li> </ul>	Prosecuzione delle attività in un'ottica di sviluppo e consolidamento della rete
Costruire sistemi informativi integrati per il monitoraggio della domanda e la programmazione della risposta.	Mappatura delle informazioni da raccogliere Progettazione e sviluppo di una banca dati assistiti di area socio assistenziale e socio sanitaria integrate Formazione degli operatori coinvolti	Istituzionali	Attuata, per alcuni ambiti, la mappatura delle informazioni da raccogliere e sperimentati modelli di valutazione integrata del bisogno.	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	Programmazione integrata degli interventi			
Implementare la collaborazione col Terzo Settore.	<p>Analisi dell'attività svolta</p> <p>Individuazione di nuovi ambiti di collaborazione</p> <p>Stesura di un nuovo regolamento Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS)</p>	Istituzionali	Modificata la composizione del Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS), ampliata a organismi in rappresentanza di realtà dei singoli ambiti territoriali.	Prosecuzione delle attività e implementazione della collaborazione
Sviluppare forme di comunicazione efficace ed efficiente.	<p>Realizzazione di una analisi di fattibilità di una newsletter (o altro strumento informativo) rivolto agli UdP, Terzo Settore, operatori della Direzione Sociale</p> <p>Eventuale sperimentazione dell'iniziativa Collaborazione all'attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione della ASL, con particolare riguardo alla diffusione d'informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• realtà innovative cliniche e riabilitative del pubblico e del privato accreditato nell'ambito delle dipendenze</li> <li>• promozione della salute nelle scuole</li> <li>• funzioni di ascolto orientamento e supporto psicopedagogico nei consultori</li> <li>• attuazione del nuovo modello regionale per l'ADI</li> </ul>	Istituzionali	Realizzata una newsletter Web rivolto agli UdP, Terzo Settore, operatori della DS. Attuato Piano comunicazione dell'ASL.	Necessaria una revisione dell'iniziativa e ampliamento del target ai cittadini
Stesura del nuovo regolamento del tavolo di	Stesura del nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale	Istituzionali	Deliberato il nuovo regolamento del tavolo di coordinamento interistituzionale.	Necessari la revisione del regolamento in funzione della Cabina di regia.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
coordinamento interistituzionale				
Collaborare, nell'ambito dei Piani di Zona, alle attività di promozione delle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo.	Partecipazione alle attività	Istituzionali	Partecipazione alle attività	Prosecuzione delle attività
Migliorare la funzionalità dell'Ufficio di supporto all'attività del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e delle Assemblee Distrettuali	<p>Analisi dell'attuale organizzazione e della funzione</p> <p>Monitoraggio dell'attuazione del regolamento vigente</p> <p>Realizzazione di una analisi di fattibilità per la creazione di una sezione del sito web della ASL dedicato all'attività degli organismi di rappresentanza dei sindaci (comunicazioni, organismi, normative, documenti ecc.)</p>	Istituzionali	Attività effettuata in un'ottica istituzionale.	Prosecuzione delle attività

### INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017:

#### OBIETTIVI DI SISTEMA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare il raccordo della Cabina di Regia con il livello politico rappresentato dall'Assemblea distrettuale e dal Consiglio di rappresentanza dei sindaci	strategico	Approntamento di un modello con: modalità organizzative, risorse umane e strumentali a disposizione, periodicità degli incontri, procedure di raccordo	Condivisione a livello di programmazione, azioni e monitoraggio	Istituzionali	Regolamenti e procedure Incontri cadenzati Documenti condivisi	Documenti, Verbali d'incontro	Almeno 1 regolamento/procedura n. incontri/anno (come da regolamento/procedura)	Approntamento del modello e del regolamento entro il 30.06.2015
Sviluppare sistemi informativi e migliorare il sistema di conoscenza a supporto della programmazione integrata	generale	Attuazione e condivisione (A.S.L./Ambiti) di sistemi informativi e di banche dati integrate; manutenzione dell'anagrafica sociale (rilevazione delle unità di offerta); rilevazione della spesa sociale e attuazione di processi di lettura condivisa dei dati e implicazioni	Condivisione dei sistemi d'informazione, conoscenza e monitoraggio	Istituzionali	Procedure Banche dati Incontri cadenzati èquipe multidisciplinare	Presenza di Procedure, verbali d'incontro	Almeno 1 regolamento/procedura n. incontri/anno (come da regolamento/procedura)	come da regolamento/procedura

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		strategiche						
Operare la revisione del regolamento della Cabina di regia.	specifico	Stesura del nuovo regolamento	Integrazione operativa a livello di programmazione e monitoraggio	Istituzionali	Regolamento	Presenza del regolamento	Almeno 1 regolamento/procedura	Entro il 2015
Collaborare, nell'ambito dei Piani di Zona, alle attività di promozione delle iniziative sperimentali nell'area socio-sanitaria e sociale a carattere innovativo.	strategico	Partecipazione alle attività	Integrazione e collaborazione su specifiche progettualità	Istituzionali	Incontri cadenzati equipe multidisciplinare procedure	N. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri richiesti = 1	Per tutto il triennio
Promuovere la salute e sani stili di vita	generale	Partecipazione agli organismi consultivi per le attività di promozione della salute Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel Piano Integrato Locale	Collaborazione all'interno degli organismi consultivi già previsti a livello aziendale	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Mappare la rete UDO socio sanitarie	specifico	Aggiornamento annuale	Conoscenza condivisa della rete	Istituzionali	Procedure Banche dati	Presenza della banca dati	n. aggiornamenti effettuati/n. aggiornamenti	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
						aggiornata	i necessari = 1	
Sviluppare gli interventi per la costruzione e il mantenimento della rete per la protezione giuridica.	specifico	Prosecuzione attività e valutazione possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni Costituzione di un gruppo di lavoro per l'elaborazione di un piano condiviso e integrato tra i vari soggetti della rete Monitoraggio dell'attuazione del piano	Collaborazione nella informazione e orientamento qualificato nell'utilizzo dello strumento della protezione giuridica	Istituzionali	Incontri Protocolli Iniziative formative	Documento con piano di lavoro condiviso n. incontri	n. 1 piano di lavoro	Per tutto il triennio
Coinvolgere il Terzo Settore sia a livello programmatico sia di monitoraggio degli interventi d'interesse.	strategico	Adeguamento e individuazione di nuovi ambiti di collaborazione	Coordinamento e condivisione di linee d'indirizzo e azioni di competenza	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri/anno (come da regolamento/procedura)	Per tutto il triennio
Attuare una comunicazione efficace ed efficiente a sostegno dell'appropriato soddisfacimento del bisogno.	strategico	Attuazione d'iniziativa interesse comune; attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione dell'ASL, con	Condivisione e collaborazione a livello di comunicazione	Istituzionali	Siti web Incontri cadenzati Materiale informativo	Evidenza di diffusione delle informazioni	n. azioni attuate/n. azioni programmate = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		particolare riguardo azioni collegate all'integrazione socio sanitaria.						
Assicurare continuità ospedale - territorio	specifico	Anticipazione della valutazione del bisogno, prima della dimissione, a livello ospedaliero Manutenzione del protocollo in atto	Collaborazione coordinamento nell'assicurare continuità dell'assistenza	Istituzionali	Procedure protocolli	Protocollo	Presenza del protocollo nei contratti con AO	Per tutto il triennio
Ridefinire strumenti e procedure condivise in tema di tutela dei minori vittime di violenza ospiti di comunità	generale	Condividere con tutti gli attori coinvolti, strumenti e procedure operative, con particolare riguardo al PEI e al progetto quadro (come definito dalla circolare regionale n. 1/2014).	Coordinamento e integrazione degli interventi	Istituzionali	Incontri cadenzati Iniziativa formative Protocolli Procedure	Report attività formativa Protocollo	n. iniziative formative realizzate/n. iniziative programmate = 1 Almeno 1 regolamento/procedura	Entro il primo anno definire un modello d'intervento che superi la frammentazione degli interventi  Nell'ultimo biennio stipulare un protocollo d'intervento condiviso e attuarlo.

### INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017

#### OBIETTIVI AREA FRAGILITÀ

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare un modello di valutazione integrata del bisogno	specifico	Proseguimento dell'attuazione del documento per la valutazione integrata del bisogno; adeguamento e condivisione delle procedure e degli strumenti di valutazione per una presa in carico integrata e la condivisione del progetto individuale (PI) di assistenza; approntamento di operatività integrate al fine di tutelare le persone fragili	Integrazione e coordinamento degli interventi di valutazione del bisogno	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati equipe multidisciplinare	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare gli interventi nell'area della fragilità e della non autosufficienza previsti	specifico	Attuare gli interventi previsti da specifiche misure Realizzare un coordinamento tra gli interventi di natura socio sanitaria e quelli di natura socio assistenziale	Integrazione e coordinamento delle azioni previste	Istituzionali	Procedure equipe multidisciplinare Incontri cadenzati	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Attuare gli interventi nell'area disabilità e sostegno alle famiglie.	specifico	Gestione del Progetto "Ti accompagno" – Iniziative a sostegno delle famiglie di persone con disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico – ex DGR n° 392/2013 e attuazione delle forme di collaborazione previste dal progetto	Collaborazione a livello informativo e integrazione degli interventi, quando necessario	Istituzionali	Incontri cadenzati Informazione	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto
Attuare iniziative a tutelare della Salute Mentale	generale	Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della	Collaborazione e coordinamento operativo	Istituzionali	Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio



## Distretto 4 ASL MI 2

Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiogo, Carugate, Cassina de' Pecchi, Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago.

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza; del tavolo tecnico di monitoraggio per il superamento dell'OPG. Monitoraggio, nelle sedi sopra descritte, dell'attività d'individuazione dei soggetti con disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) ai fini scolastici						

### INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017

#### OBIETTIVI AREA FAMIGLIA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Sostenere la genitorialità: realizzazione dei progetti NASKO e CRESCO a sostegno delle madri in difficoltà e SOSstengo a favore dei genitori separati	specifico	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche, a sostegno dell'alimentazione della madre in periodo di allattamento e ai genitori separati in precarie condizioni economiche. Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Collaborazione a livello informativo e integrazione degli interventi, quando necessario	Istituzionali	Incontri cadenzati Informazione	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori, a sostegno della genitorialità:	generale	Messa a regime delle buone prassi derivate dal progetto "GenerAzioni":	Collaborazione e coordinamento al fine di incrementare le connessioni tra i	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati	n. incontri	n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		tavolo di coordinamento tra servizi tutela e i servizi territoriali (SMF, UdP, NPI, CPS, SERT, Spazio Neutro, Consultori, Scuole)	servizi che si occupano della protezione e della tutela dei minori e delle famiglie, di costruire interventi condivisi e sostenibili, un luogo di confronto tra pratiche e monitoraggio dei bisogni emergenti.		Informazione Iniziative formative			
Attivare e sostenere le reti territoriali interistituzionali per la prevenzione, il contrasto del fenomeno della violenza nei confronti delle donne e il sostegno delle vittime di violenza	specifico	Collaborazione all'attuazione delle seguenti iniziative progettuali: Progetto Distretto Rozzano e pieve E.- D.g.r. 25 ottobre 2013 - n. X/861- "Una R.O.S.A. (Rete Organizzazioni Servizi Antiviolenza) per il sud Milano". Progetto Comune Cernusco sul Naviglio- Progettare la parità	Collaborazione e coordinamento in relazione alle singole progettualità	Istituzionali	Protocolli Incontri cadenzati	Protocollo n. incontri	Presenza protocollo n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
		in Lombardia – 2013 – “Sciogliere il nodo della violenza di genere. Percorsi di formazione e azioni condivise per rafforzare la rete territoriale”						
Realizzare gli interventi in tema di Conciliazione famiglia lavoro.	specifico	Realizzazione delle progettualità e delle attività previste nel Piano di Azione Territoriale di Conciliazione famiglia lavoro in sinergia con le Alleanze Territoriali e in attuazione delle indicazioni nazionali e regionali.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Piano territoriale Incontri cadenzati	Piano n. incontri	Presenza del piano n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio, in relazione alla durata del progetto

### OBIETTIVI AREA DIPENDENZE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Prevenire le dipendenze patologiche e i comportamenti addictivi e contrastare i fattori di rischio	generale	<p>Attuazione di: Nuovo piano triennale rete prevenzione dipendenze; Apertura di un Punto di Intervento Dipendenze a San Donato Milanese in sinergia con ASSEMI. Azioni epidemiologiche, preventive, di sensibilizzazione e formative previste dal Piano Territoriale GAP, con focus sulla popolazione giovanile, over 65, esercenti commerciali del gioco; Sviluppo azioni GAP inserite negli accordi operativi con Comuni (Carugate, Segrate; ecc..) e ASSEMI; Interventi nel mondo del lavoro (progetto WHP) su temi quali prevenzione fumo, alcol e droghe, prevenzione GAP e Internet addiction, corsi disassuefazione fumo; Sviluppo programmi professionali life skills nelle scuole; Azioni del rinnovato protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP. Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI. Azioni del rinnovato protocollo di sperimentazione di una rete sensibile territoriale e di un nuovo modello di gestione integrata delle attività di prevenzione primaria (riduzione del rischio), secondaria (rilevazione, protezione, segnalazione) e terziaria (valutazione e trattamento) con ASSEMI e Azienda Ospedaliera. Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.</p>	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	<p>Procedure</p> <p>Protocolli</p> <p>Informazione</p> <p>Incontri cadenzati</p> <p>Iniziative formative</p> <p>Evidenza verbali riunioni</p>	<p>Presenza di procedure</p> <p>n. incontri</p>	<p>Almeno 1 procedura per area di attività</p> <p>n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1</p>	Per tutto il triennio

### OBIETTIVI AREA INCLUSIONE SOCIALE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Attuare il Piano d'inclusione sociale integrato per la promozione e lo sviluppo di una rete a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e delle loro famiglie.	generale	Istituzione del Polo territoriale Sinergia delle azioni dell'A.G., con ASL, Terzo Settore, Ambiti Territoriali.	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Procedure Protocolli Incontri cadenzati	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio
Attuare i programmi annuali per l'immigrazione.	generale	Elaborazione progetti integrazione Consulenza e orientamento agli stranieri	Collaborazione e coordinamento operativo in relazione alle progettualità	Istituzionali	Protocolli Informazione	Presenza di protocolli	Almeno 1 protocollo	Per tutto il triennio

Il presente documento condiviso con tutti i soggetti partecipanti alla Cabina di Regia sarà inserito negli Accordi di Programma dei Piani di Zona 2015/2017.



## CAPITOLO 6

### LA PROGRAMMAZIONE LOCALE NEL NUOVO TRIENNIO: OBIETTIVI E PRIORITA' DEL DISTRETTO 4 ASL MI 2

#### 1. GESTIONE ASSOCIATA: A CHE PUNTO SIAMO ARRIVATI

Nel corso del triennio precedente l'Assemblea dei Sindaci e il Tavolo tecnico hanno in più occasioni ravvisato la necessità di passare dall'allora vigente sistema normato dalla convenzione intercomunale ad una forma di gestione dei servizi di welfare maggiormente strutturata e unitaria.

Tale indirizzo si è reso indispensabile a fronte di una serie di criticità organizzative e gestionali contingenti, registrate nel corso degli anni di gestione mista tra servizi distrettuali e servizi comunali, tra cui:

- 1) la graduale riduzione delle risorse in capo ai comuni e al distretto, oltre che un alto livello di incertezza delle stesse;
- 2) la necessità di velocizzare alcuni processi di uniformità regolamentare sul distretto, coinvolgendo tutti i comuni con la medesima tempistica;
- 3) la garanzia di poter dare concreto avvio ad esperienze di gestione unitaria di servizi (es: tutela minori) limitando i vincoli di trasferimento del personale o di risorse economiche tra gli enti coinvolti;
- 4) l'opportunità fornire una rappresentazione unitaria e strutturata del distretto, soprattutto in relazione con altri soggetti (Regione, Città metropolitana,..), nell'ottica di poter assumere maggiore peso nelle fasi di contrattazione su specifiche aree di interesse;
- 5) la prospettiva di poter ampliare ed esportare in tutto il distretto esperienze gestionali di qualità presenti in singoli comuni, rendendole patrimonio di tutti i cittadini del distretto;
- 6) la necessità garantire sul territorio una migliore ed efficace integrazione con il terzo settore e con gli enti di volontariato, favorendo anche piccole esperienze locali, di prossimità, partecipazione e la valorizzazione di nuove sperimentazioni e interventi innovativi.

E' stato pertanto dato mandato all'Ufficio di Piano di realizzare una ricerca approfondita e operativa sulle possibili opzioni di un nuovo assetto gestionale, a cui il distretto 4 avrebbe potuto aspirare, con l'obiettivo di rendere maggiormente strutturato e concreto il percorso di omogeneizzazione dell'offerta di servizi sul territorio e di promuovere un processo di unitarietà delle risorse, con la garanzia del mantenimento di standard qualitativi alti, a parità di spesa per le amministrazioni interessate.

A seguito di un periodo di conoscenza e analisi diretta di tre esperienze di gestione aziendale e consortile di servizi alla persona, individuando realtà in diverse provincie della Regione Lombardia, l'interesse del distretto si è spostato alla fine del 2013, inizi 2014, sullo strumento giuridico **dell'Unione dei Comuni**, costituita ai sensi dell'articolo 32 del Testo Unico degli Locali, come quello più idoneo per realizzare tali obiettivi.

Le riflessioni degli amministratori dei 9 comuni del distretto sono state stimolate oltre che da un studio già in corso in un distretto limitrofo (Melzo) anche dalle incentivanti novità legislative



introdotte dalla Legge 7 aprile 2014, n. 56 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni" (GU Serie Generale n.81 del 7-4-2014).

Allo scopo, nel corso del 2014, i responsabili dell'area Servizi Sociali dei 9 Comuni del Distretto, supportati da consulenti esperti di ANCI Lombardia, hanno investito energie e impegno nel tentativo di delineare le formule organizzative e i modelli operativi maggiormente adeguati al contesto locale, sia in riferimento ai bisogni emergenti espressi dai cittadini, sia approfondendo i numerosi elementi che caratterizzano e condizionano il funzionamento delle organizzazioni coinvolte. Parallelamente a questo lavoro di affinamento costante delle ipotesi organizzative, le componenti politiche, in sinergia con i segretari comunali, hanno portato a compimento un serrato confronto sui fondamenti stessi del costituendo Ente, producendo una bozza di statuto e avviando un ricco e interessante dibattito sulle prospettive di sviluppo del territorio di riferimento

Nei primi mesi del 2014 il distretto 4 ha pertanto dato formale mandato ad Anci - Ancitel Lombardia di avviare con i 9 comuni uno **Studio di Fattibilità** sull'eventuale introduzione dello **strumento giuridico dell'Unione**, partendo proprio dal settore servizi sociali dei comuni, ambito in cui il processo di sperimentazione, confronto metodologico e di gestione associata di alcune funzioni risultavano essere esperienze già ampiamente avviate e per certi versi consolidate.

Dallo studio di fattibilità, che ha visto il coinvolgimento fattivo di politici e responsabili di servizio, oltre che dai consulenti di Anci, si è passati, nella seconda metà del 2014, ad un ulteriore traguardo, con l'obiettivo di lavorare per la definizione del **Piano Esecutivo dell'Unione** per la gestione associata dei servizi sociali.

Tutte le valutazioni operate nel corso di questa impegnativa opera di ottimizzazione e riorganizzazione delle macchine comunali, nonché la stessa visione che sottende ad esse, si sono ben inserite nel solco della rapida evoluzione normativa in materia. La cosiddetta "legge Del Rio" (legge n. 56/2014) prima citata, incentiva le gestioni associate tra Comuni caratterizzate da un elevato grado di stabilità e formalizzazione, prefigurando, anche a livello della rappresentanza istituzionale, la nascita di soggetti in grado di rispondere ai bisogni e di esprimere le istanze di territori che travalicano di gran lunga i confini comunali. E' questo certamente il caso delle Città Metropolitane, rispetto alle quali quella di Milano rappresenta forse l'esempio più significativo a livello nazionale, nonché delle cosiddette "aree omogenee". Non da ultimo, da questo punto di vista, appare indicativa la previsione contenuta nella *Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015 – 2017* emanate da Regione Lombardia (DGR X/2941 del 19.12.2014), ove viene esplicitato senza mezzi termini come "*Regione Lombardia individua nella gestione associata la forma idonea a garantire efficacia ed efficienza delle unità di offerta sociali di competenza dei Comuni*".

I Comuni che ad oggi non hanno ancora aderito a questa forma associativa, hanno tuttavia continuato a lavorare a stretto contatto con l'Ufficio di Piano per la buona riuscita dell'operazione e non è velleitario ritenere che, nel corso del prossimo anno, possano entrare a pieno titolo nel novero dei fondatori dell'Unione.

Le analisi prodotte da queste due azioni - Studio di fattibilità e Piano Esecutivo -, sono sfociate nell'approvazione da parte dei Consigli comunali dello Statuto e dell'atto costitutivo del nuovo Ente, denominato "Unione dei Comuni della Martesana" (marzo 2015). I comuni ad oggi aderenti



all'Unione risultano 6 su 9 del distretto: Bussero, Cambiagio, Carugate, Cernusco sul Naviglio, Gorgonzola, Pessano con Bornago.

I tre comuni che ad oggi hanno deciso di non aderire all'Unione, presentano motivazioni diverse:

**Il comune di Bellinzago L.do**, ente con popolazione inferiore a 5.000 abitanti, è soggetto da tempo all'obbligo normativo di associazione delle funzioni con altri enti e negli ultimi anni ha strutturato accordi formali con alcuni Comuni afferenti al distretto 5: formalmente risulta impossibilitato ad aderire all'Unione, sebbene ne ravvisi l'utilità e il valore.

Per i comuni di **Cassina de' Pecchi** e **Gessate**, la possibilità di accedere all'Unione resta aperta ed eventualmente posticipata al 2016, dando così modo e tempo a queste due amministrazioni di recente insediamento, di verificare con maggiore attenzione e con una tempistica a loro favorevole, gli sviluppi di tale indirizzo.

Per questi 3 comuni si prevede la possibilità di stipulare una specifica **Convenzione con l'Unione**, attraverso la quale, oltre alla gestione degli indirizzi politici e all'investimento delle risorse in capo ad Piano di zona, verranno regolate forme di collaborazione anche per ulteriori servizi, progettazioni di interesse nonché di regolamenti unitari (come peraltro già avvenuto per il recente Regolamento distrettuale di accesso ai servizi e di compartecipazione dell'utenza al costo degli stessi).

Il prossimo passaggio, strategico per la programmazione sociale del triennio a livello distrettuale, consisterà nel trasferimento della funzione servizi sociali da parte degli Enti aderenti alla nuova realtà istituzionale, realisticamente già a partire da Aprile 2015.

Contemporaneamente e parallelamente al passaggio delle funzioni avverrà il trasferimento delle risorse umane e di quelle economiche, al fine di dotare l'Unione degli strumenti necessari ad un ottimale funzionamento.

Da quanto sin qui illustrato, si evince chiaramente il peso e l'importanza della nascita dell'Unione dei Comuni della Martesana all'interno della programmazione sociale del triennio 2015 – 2017. Il perno stesso dell'attività distrettuale sarà inevitabilmente costituito dall'Unione che, pur non coincidendo in maniera esatta con la dimensione del Distretto, avrà la possibilità di collocarsi all'interno di esso con una forza propulsiva e una capacità progettuale sino ad ora sconosciuta ai singoli Comuni.

I benefici che si prevede la nascita dell'Unione potrà generare per la gestione dei servizi a livello distrettuale nel triennio, sono schematicamente riassumibili come segue:

- un migliore e più razionale impiego del personale a disposizione, anche nell'ottica di pervenire a un più alto livello di specializzazione degli operatori;
- una maggiore capacità progettuale, che sottende a una potenziata possibilità di accedere ai finanziamenti messi a disposizione da enti istituzionali di livello superiore e soggetti privati che operano nel campo del sociale;
- la realizzazione di economie di scala nella gestione degli interventi a livello territoriale;
- la concreta possibilità di pervenire gradualmente al massimo grado di *omogeneità* – e non *omologazione* – degli standard di qualità, da realizzare al rialzo, anche grazie alla crescente contaminazione tra le culture organizzative degli enti coinvolti;
- una migliore programmazione dell'affidamento di servizi a soggetti terzi, mediante l'esperimento in forma associata delle relative procedure di gara;



- un più incisivo grado di rappresentatività del territorio nel confronto che si svolge presso i tavoli strategici di livello sovra-distrettuale;
- la realizzazione di una progressiva uniformità delle *policy* a livello distrettuale, con benefici che possono derivare anche da un più chiaro ed omogeneo indirizzo politico.

All'interno della prospettiva appena descritta, l'Unione dei Comuni si pone come candidato naturale al ruolo di ente capofila della programmazione distrettuale, con il compito di coordinare e coadiuvare anche l'attività dei Comuni che, pur essendo momentaneamente collocati al di fuori del proprio perimetro, continueranno a svolgere un ruolo da protagonisti nell'ambito territoriale di riferimento e potranno godere dei benefici di questa impostazione progettuale.

## 2. UNIONE DEI COMUNI – DI COSA SI TRATTA?

L'Unione di comuni si propone come un dispositivo istituzionale che, integrando nei propri organi la rappresentanza politica dei comuni aderenti, svolge attività d'indirizzo politico amministrativo con un elevato grado di autonomia, rispetto alle competenze assegnate dai comuni aderenti, nel definire le forme di gestione per esercitare funzioni ed erogare servizi, sviluppare iniziative di animazione e promozione economica, sociale e ambientale.

Il Dgls 267/2000, (TUEL), all'articolo 32, precisa che l'Unione dei Comuni è un Ente locale costituito volontariamente da due o più comuni, di norma contermini, finalizzato all'esercizio associato di funzioni e servizi

All'Unione sono conferite dai comuni partecipanti le risorse umane e strumentali necessarie all'esercizio delle funzioni loro attribuite, inoltre alle Unioni competono gli introiti derivanti dalle tasse, dalle tariffe e dai contributi sui servizi a esse affidati. La spesa sostenuta per il personale dell'Unione non può comportare, in sede di prima applicazione, il superamento della somma delle spese di personale sostenute precedentemente dai singoli comuni partecipanti. A regime, attraverso specifiche misure di razionalizzazione organizzativa e una rigorosa programmazione dei fabbisogni, devono essere assicurati progressivi risparmi di spesa in materia di personale. Tali disposizioni devono considerare i vincoli previsti dalla normativa vigente in materia di personale.

Ogni comune può far parte di una sola Unione di comuni e l'adesione di altri Comuni è subordinata all'assenso dei Comuni che già costituiscono l'Unione.

L'Unione ha piena potestà normativa che consiste nel possesso della potestà sia statutaria e sia regolamentare, così come precisato dall'articolo 4, Legge 5 giugno 2003, n. 131 Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.



### **3. PERCHE' L'UNIONE? UNO SGUARDO AL CONTESTO GENERALE: LA CITTA' METROPOLITANA E LE AREE OMOGENEE**

La Legge 7 aprile 2014, n. 56 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni" (GU Serie Generale n.81 del 7-4-2014) introduce un nuovo livello istituzionale che si colloca fra Comuni e Regione: le Città metropolitane.

Le città metropolitane sono enti territoriali di area vasta con le seguenti finalità istituzionali generali:

- cura dello sviluppo strategico del territorio metropolitano;
- promozione e gestione integrata dei servizi, delle infrastrutture e delle reti di comunicazione di interesse della città metropolitana;
- cura delle relazioni istituzionali afferenti al proprio livello, ivi comprese quelle con le città e le aree metropolitane europee.

Le disposizioni in materia di Comuni presenti nel TUEL e le disposizioni sulla potestà normativa degli enti locali (poste dalla legge n. 131 del 2003) si applicano, in quanto compatibili, alle Città metropolitane, cui sono attribuite le funzioni fondamentali delle Province, nonché quelle connesse al processo di loro riordino, e altre funzioni ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera p), della Costituzione.

Spettano alla Città metropolitana il patrimonio, il personale e le risorse strumentali della Provincia cui ciascuna città metropolitana succede a titolo universale in tutti i rapporti attivi e passivi, ivi comprese le entrate provinciali, all'atto del subentro alla provincia. Il trasferimento della proprietà dei beni mobili e immobili è esente da oneri fiscali.

Le funzioni fondamentali delle province attribuite alla città metropolitana sono:

- pianificazione territoriale provinciale;
- tutela e valorizzazione dell'ambiente;
- pianificazione dei servizi di trasporto e controllo in materia di trasporto privato;
- viabilità e circolazione stradale;
- programmazione della rete scolastica;
- raccolta ed elaborazione dati e assistenza agli enti locali;
- gestione dell'edilizia scolastica;

Le collaborazioni fra Città metropolitana e Comuni, singoli e associati, si presentano come un importante occasione per qualificare l'azione del nuovo sistema di autonomie locali che si determina.

La Città metropolitana può svolgere specifiche funzioni trasferite e su delega dei Comuni e Unioni, come, per esempio, la predisposizione dei documenti di gara, di stazione appaltante, di monitoraggio dei contratti di servizio e di organizzazione di concorsi e procedure selettive.

Inoltre, la Città metropolitana può avvalersi o delegare l'esercizio di funzioni a comuni e loro Unioni.

Le forme di collaborazione fra Comuni, considerati in forma singola e associata, e Città metropolitana si possono delineare, anche su proposta della Regione e comunque d'intesa con la medesima, nell'ambito di zone omogenee, costituite per esercitare specifiche funzioni e tenendo conto delle specificità territoriali. La collaborazione interistituzionale deve essere garantita da organismi di coordinamento collegati agli organi della città metropolitana, senza nuovi o maggiori



oneri per la finanza pubblica.

La recente normativa prevede, quale forma associata privilegiata da costituire nell'ambito di eventuali zone omogenee e, comunque, per realizzare forme di collaborazione fra amministrazioni comunali e città metropolitana, l'Unione di comuni.

#### **4. L'UNIONE DEI COMUNI COME OPPORTUNITA'**

L'Unione di Comuni, considerata nella sua caratterizzazione di istituzione locale deputata a esercitare funzioni amministrative è il risultato di trasformazioni dei Comuni costituenti che modificano l'abituale modo di operare, assegnando responsabilità, risorse, obiettivi a questo nuovo soggetto che agisce seguendo i loro indirizzi e dipendendo dalle loro risorse. Le regole applicate, nell'ambito della riconosciuta potestà statutaria e regolamentare esercitata da rappresentanti dei Comuni costituenti, sono, comunque, quelle che sostanzialmente la legge prescrive per le amministrazioni comunali, fatte salve norme specifiche che sono fondamentalmente contenute nell'art. 32 della L. 267/2000. L'Unione s'iscrive in una rete nella quale rappresenta un nodo nel quale viene accentrata la responsabilità dello svolgimento di alcuni processi di definizione delle strategie, organizzativi e operativi in precedenza svolti da ciascuno dei singoli Comuni aderenti. Lo scopo è di migliorare tangibilmente le risposte alle istanze e fabbisogni provenienti dall'ambiente economico e sociale, garantendo elevati standard di funzionamento interno. Il raggiungimento di tali scopi è strettamente influenzato dalla capacità istituzionale di garantire in modo stabile l'esistenza di adeguati, in senso costituzionale, assetti strategici e organizzativi.

Gli assetti strategici riguardano quelle espressioni istituzionali che definiscono quali servizi sono erogati per risolvere i fabbisogni emergenti dalle comunità locali e i soggetti che presidiano il funzionamento dell'Unione e dalla necessità di applicare norme scaturite da leggi o regolamentazioni autonomamente stabilite in forza di principi normativi. L'adeguatezza delle azioni, in questo caso, si misura con la capacità d'individuare, anche attraverso le dinamiche della rappresentanza politica e della partecipazione diretta dei cittadini, obiettivi, regole, requisiti dei prodotti amministrativi che impattano sui soggetti che popolano l'ambiente istituzionale interno ed esterno e le forme più efficaci di relazione con essi.

Gli assetti organizzativi riguardano la distribuzione delle responsabilità, considerando il grado di specializzazione dei compiti connessi, e dei sistemi di coordinamento che realizzano gli orientamenti strategici attraverso la definizione di scelte<sup>1</sup> d'indirizzo, gestionali e operative. Si tratta di configurare il quadro dei sistemi di coordinamento e la distribuzione delle responsabilità tra soggetti quali il personale del nuovo ente, fornitori, istituzioni pubbliche e private, altre amministrazioni comunali per esercitare le funzioni riconducibili al nuovo ente.

<sup>1</sup> Le scelte d'indirizzo politico amministrativo, che riguardano, secondo l'art. 4, comma 1, del D.Lgs. 165/2001, la definizione degli obiettivi ed i programmi da attuare e l'adozione degli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni", verificando "la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti" (atti di programmazione, atti di controllo). Le scelte gestionali comprendono "la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo". Le scelte operative concernono l'effettiva realizzazione di atti e provvedimenti amministrativi, compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, e l'erogazione di servizi e la realizzazione di opere (prodotti amministrativi specifici).

Le scelte riguardanti le modalità di svolgimento delle attività, secondo quanto previsto delle disposizioni di legge in materia, si basano sulla distinzione tra i poteri d'indirizzo e controllo politico amministrativo, che spettano agli organi elettivi, e quelli di gestione, che spettano ai responsabili organizzativi.



Le soluzioni organizzative si fondano sulla presenza di risorse utilizzabili, mentre le scelte strategiche indicano come allocarle, realizzarne di nuove, a partire dal consumo di quelle esistenti, gestire i flussi in entrata. Le risorse sono intese come mezzi per fronteggiare le necessità scaturite dal compito di attuare dei modelli organizzativi, secondo i requisiti specificati dagli orientamenti strategici. Ci riferiamo alle risorse umane, strumentali, informative, economico finanziarie, patrimoniali e a quelle tecnologiche o, più in generale, alle conoscenze operative necessarie per lo svolgimento delle attività a tutti i livelli.

In tale contesto la costituzione del nuovo ente modifica in modo sostanziale temi, sfide, regole di risoluzione, risorse a disposizione nell'ambito delle decisioni strategiche e organizzative. L'accentramento instaura nuove regole rispetto a quelle tipiche delle gestioni singole. Il nuovo contesto istituzionale, ad esempio, incide su:

- l'allargamento della quantità delle risorse umane, tecnologiche, informative, economico finanziarie già disponibili o acquisibili successivamente che possono essere utilizzate nel loro complesso, come un'unica entità. Le politiche d'incentivazione e l'ottenimento di risparmi dovuti al raggiungimento di più alti livelli d'efficienza si presentano come i fattori principali di variazione positiva d'acquisizione delle risorse rispetto alla gestione singola;
- la ridefinizione del quadro di norme di riferimento che incidono sull'autonomia del nuovo ente. Un esempio in questo senso è la modifica delle norme sul patto di stabilità interno che non sono più applicabili al nuovo ente;
- ruolo nelle relazioni interistituzionali. Si tratta di considerare sia le novità rispetto ai processi di *governance*, considerando la modificazione della forza istituzionale che la nuova istituzione determina nel contesto locale, sia l'allargamento delle opportunità, rispetto alle gestioni singole, di confrontarsi con realtà istituzionali pubbliche e private di dimensioni più ampie rispetto al passato nella realizzazione di collaborazioni e nella gestione di forme di competizione nell'offerta di prodotti amministrativi;
- aree di fabbisogni sui quali sussiste una competenza a intervenire. La nascita del nuovo ente amplia la delimitazione d'intervento tipica dei comuni costituenti, Si apre la possibilità d'integrare e coordinare non episodicamente scelte riguardanti territori prima considerati separatamente, allargando il campo di azione nel quale definire e perseguire obiettivi strategici di sviluppo di servizi e di promozione dello sviluppo.

I nuovi gradi di libertà e la ridefinizione dei vincoli, rispetto alle gestioni singole e in riferimento ad aree tematiche specifiche, si trasformano in opportunità quando si aprono possibilità di ottenere, in relazione alla normativa vigente e alle richieste dei portatori d'interesse esterni e interni, soluzioni strategiche e organizzative più adeguate rispetto al passato, migliorando il quadro d'uso delle risorse. Le opportunità risultano tali se è possibile stabile un nesso fra i nuovi gradi di libertà, nuovi vincoli e alcuni parametri ,che



rappresentano i requisiti (dal latino *requisitus*, richiesto) che esprimono quelle proprietà desiderate dagli stakeholder, applicando principi di buona gestione. In sintesi, I principali requisiti da considerare come riferimento del cambiamento sono così definibili:

- efficienza;
- efficacia;
- qualità dell'azione amministrativa;
- flessibilità;
- trasparenza;
- autonomia;
- integrazione.
- equità;
- coerenza dei prodotti offerti;
- sostenibilità;
- capacità di evoluzione;
- resilienza;
- adeguatezza.

In fase di valutazione preventiva della fattibilità relativamente alla nascita del nuovo ente risulta difficile definire con certezza le scelte contingenti che saranno appannaggio dei soggetti che successivamente al suo avviamento saranno chiamati a esercitare attività strategiche e organizzative. Prefigurare specifiche situazioni future può risultare fuorviante per coloro che sono chiamati a compiere scelte relativamente alla costituzione del nuovo ente. Possono mutare gli interlocutori istituzionali, i fabbisogni e le risorse a disposizione così da non garantire che una specifica soluzione identificata come fortemente motivante in fase preliminare si verifichi effettivamente. Se, invece, viene scelto il piano delle opportunità che si determinano in ragione del cambiamento delle "regole del gioco", risulta più certa una valutazione delle effettive possibilità di raggiungere più elevati livelli di soddisfazione in riferimento ai valori da attribuire ai parametri sopra indicati. Sono le scelte di azione "in situazione" che rendono effettiva la trasformazione di un'opportunità in un beneficio e di un vincolo in una condizione che non determina svantaggi rilevanti rispetto al raggiungimento di finalità. L'analisi delle opportunità consente di riflettere su aspetti che più difficilmente varieranno nel tempo e costituiscono la struttura con la quale operare nella variabilità delle condizioni di partenza e delle capacità di azione dei soggetti istituzionali a tutti i livelli. In particolare, si sottolinea che le opportunità sono sfruttabili adeguatamente non solo con la presenza di condizioni contestuali, ad esempio risorse o vincoli normativi favorevoli, ma anche, e soprattutto, della capacità degli attori istituzionali a tutti i livelli di realizzare strategie vincenti, e quindi di sfruttare adeguatamente le opportunità e fronteggiare i rischi. Tale capacità dipende strettamente dalla consistenza delle relazioni che nel tempo si sono



instaurate fra i partner e dalle caratteristiche degli attori in un certo momento in gioco. Le esperienze di relazione che facilitano lo sviluppo di nuove collaborazioni sono sinteticamente rinvenibili nella:

- presenza di relazioni fiduciarie fra i partner;
- condivisione, formale e informale, di conoscenze, codici linguistici, esperienze, generalizzazioni e regole riconosciute come adeguate;
- consonanza nella visione strategica sui cui fondare lo sviluppo dei territori.

Questi tre aspetti rappresentano, in senso lato, l'infrastruttura dell'aggregazione che può essere rafforzata solo con l'accettazione di sfide nell'ambito del nuovo Ente.

### **ORGANIZZAZIONE**

La costituzione del nuovo ente offre la possibilità di definire soluzioni unitarie, sia in termini di centri responsabilità sia di processi, cui sono assegnate risorse umane, strumentali e finanziarie che sommano quelle esistenti nei singoli Comuni. Il decentramento organizzativo, con la conseguente duplicazione, di responsabilità e procedure, viene superato dall'accentramento e la frammentazione delle risorse lascia il posto alla loro aggregazione, con conseguente aumento della possibilità di loro più razionale distribuzione, grazie dovuta all'aumento della varietà e quantità di risorse a disposizione dovuta alla costituzione del nuovo ente.

L'accentramento organizzativo accompagnato dall'aumento dimensionale rappresenta un'opportunità per:

- aumentare i volumi di produzione associabili a un'unità organizzativa o processo in modo che siano attivate le condizioni per ottenere economie di scala. Il miglioramento dei rendimenti si determina attraverso: l'utilizzo, in misura maggiore rispetto ai Comuni costituenti, di personale e strumenti specializzati, in grado di sviluppare maggiori livelli di produttività; la distribuzione di spese generali e costi di attrezzature su più unità di prodotto, abbassando il costo unitario di produzione; l'accumulo di esperienze tali da consentire una maggiore fluidità e capacità di rispondere agli imprevisti. I Comuni singolarmente considerati, in riferimento ad alcuni processi organizzativi, mostrano una sottoutilizzazione della capacità produttiva perché chiamati ad esprimere bassi livelli di produzione per un basso livello di domanda. Si tratta, in sintesi, di superare le potenziali diseconomie di scala proprie della frammentazione organizzativa tipica dei Comuni ancora disgiunti;
- assegnare l'erogazione di più servizi a una sola unità organizzativa o processo in modo che il loro costo sia inferiore rispetto alla distribuzione in più unità di



produzione. In altri termini, sono possibili soluzioni per le quali la varietà dei prodotti realizzati come varianti di un unico processo determinano una riduzione di costo rispetto all'alternativa di produrli separatamente. I risparmi sono ottenuti utilizzando in modo efficiente risorse, quale, per esempio, la rete informatica, comunque esistenti per garantire la realizzazione di un'estesa gamma di servizi e sviluppando conoscenze, mediante, in particolare, percorsi di apprendimento per esperienza, e relazioni organizzative che possono incidere su più linee di lavoro.

Inoltre, l'aumento dimensionale del personale, di altre risorse infrastrutturali consente di:

- ricombinare tali risorse mediante l'attivazione di soluzioni organizzative in grado di costituire unità più specializzate rispetto a quelle esistenti nei comuni singolarmente considerati orientate alla realizzazione di specifici prodotti;
- creare unità organizzative con compresenza di specializzazioni in grado di operare su una gamma più ampia di prodotti.

Una seconda opportunità dovuta alla costituzione dell'Unione riguarda la possibilità, in un contesto di aumento dimensionale delle risorse a dovuto al trasferimento di risorse dai Comuni all'Unione, di specializzare il personale. La specializzazione del personale rappresenta una condizione facilitante che, se unita a processi di corrispondente sviluppo delle competenze professionali, può determinare:

- un aumento della qualità dei prodotti amministrativi, soprattutto in quei contesti dove agli operatori sono riconosciuti significativi spazi di discrezionalità;
- una diminuzione dei tempi di svolgimento delle attività;
- una diminuzione dei tempi di apprendimento per la risoluzione dei problemi.

La possibilità di aumentare la specializzazione degli operatori deve implicare un'attenuazione, ma non eliminazione delle competenze trasversali che, comunque, rappresentano un valore da salvaguardare perché in grado di garantire fluidità dei processi, intercambiabilità delle persone, capacità di comprensione allargata dei problemi. Inoltre l'aumento della specializzazione non deve determinare l'eliminazione degli attuali sistemi di relazioni con il pubblico che consentono di accogliere, ascoltare e rispondere rapidamente alle richieste dei cittadini sfruttando efficacemente la conoscenza dell'ambiente sociale di riferimento e la possibilità di governare diverse leve amministrative, a causa dell'ampia gamma delle mansioni assegnate a un unico operatore. La costruzione di una rete di esperti di supporto alla figura di "prima linea" costituirà, invece, un'opportunità per aumentare il livello di adeguatezza della risposta amministrativa. Sul versante delle risorse,

## **STRATEGIE**

Per quanto riguarda la natura dei prodotti amministrativi rivolti alla comunità locale, la costituzione dell'Unione consente, in relazione agli indirizzi dei Comuni costituenti, di governare unitariamente una massa di risorse decisamente più ampia rispetto a quella a



disposizione di ogni singolo Comune, rendendo così effettiva l'opportunità di:

- finanziare l'erogazione di servizi che richiedono disponibilità economiche non presenti presso le singole realtà comunali;
- utilizzare il risparmio di risorse dovuto al recupero di efficienza e alla possibilità di acquisire incentivi per investimenti e aumenti della spesa corrente di ampliamento e miglioramento dei servizi esistenti o di creazione di servizi del tutto nuovi senza effettuare manovre di aumento della pressione fiscale o delle tariffe;
- di sviluppare percorsi di innovazione dei servizi, impensabili in una situazione di frammentazione istituzionale che comporta l'impossibilità di possedere quantità sufficienti di risorse specializzate da impiegare nell'ideazione e gestione del cambiamento,

Dal punto di vista dello sviluppo delle strategie istituzionali, la realizzazione dell'Unione consente di:

- influenzare una maggiore integrazione dell'azione delle associazioni con finalità sociali e politiche. Le sinergie che si verranno a creare fra le comunità determineranno un potenziamento e una riqualificazione delle associazioni presenti;
- costruire reti interistituzionali nelle quali si realizza un'integrazione di differenti livelli della Pubblica amministrazione, nonché l'integrazione tra questa e altri soggetti del sistema economico sociale di riferimento, al fine di produrre valore pubblico attraverso la cooperazione interorganizzativa. In un sistema di cooperazione interistituzionale le Pubbliche Amministrazioni locali potrebbero trovarsi a dover interagire con soggetti privati rispetto ai quali, singolarmente prese, potrebbero avere uno scarso potere di contrattazione e di controllo. In tale contesto, l'Unione accresce, mediante la presenza di una rappresentanza territoriale espressione di un territorio vasto, la potenziale forza di negoziazione con istituzioni private e pubbliche, come ad esempio la Città metropolitana.

Se consideriamo gli aspetti direttamente connessi alla gestione, in primo luogo, con la costituzione di un Unione si determinano opportunità per negoziare, da una posizione di maggiore forza, condizioni migliori quando si tratta di entrare in rapporto con aziende fornitrici di servizi, altre istituzioni pubbliche e private con le quali realizzare progetti comuni e acquisire finanziamenti agevolati o a fondo perduto proposti da enti nazionali o europei.

In secondo luogo, in termini di dipendenza dall'ambiente, la soluzione associata consente d'incrementare la probabilità, in particolari situazioni, di ridurre la dipendenza esterna e interna da risorse critiche consentendo:

- un maggiore livello di attrazione dei fornitori disposti a qualificare la qualità del proprio contributo, spinti dalla possibilità di incrementare i termini della propria collaborazione per ottenere, in particolare, vantaggi in termini di: minori costi di



gestione del cliente, per esempio diminuendo i costi di contratto o consegna; possibilità di vendere maggiori quantità e, di conseguenza, diminuire i prezzi di vendita. In questo modo si allargano le possibilità di scelta, riducendo la possibilità che si creino cartelli o posizioni di rendita dovute alla scarsa convenienza a fornire servizi a realtà di dimensioni limitate;

- una diminuzione del grado di dipendenza da singoli operatori interni, evitando così pericoli d'interruzione nell'erogazione dei servizi nel caso di loro assenza;
- una diminuzione della necessità di dipendere dal mercato, specializzando il personale interno, per esempio quando risulta particolarmente scarsa l'offerta, oppure utilizzando strumenti già posseduti, ma non sfruttati adeguatamente perché assegnati a singole realtà non in grado di ottenere economie di scala.

In terzo luogo, si apre l'opportunità di selezionare fornitori unici per i servizi dell'Unione allo scopo di superare la loro dispersione che:

- rende problematico il controllo delle loro prestazioni, a causa della difficoltà di costituire strutture e sistemi di controllo specializzati per ciascuna gestione singola;
- limita la possibilità di comporre commesse di ampie dimensioni, in modo da incentivare la proposta di offerte economiche meno onerose per il cliente;
- disincentiva forme d'investimento dei fornitori sui clienti nella creazione di risorse specializzate di coordinamento programmazione e controllo dedicate alla soddisfazione di bisogni specifici dei clienti.

Per quanto riguarda le attività di acquisizione delle risorse, lo sviluppo dell'Unione consente di riqualificare il rapporto con l'ambiente istituzionale attraverso la possibilità di ottenere incentivazioni. E' importante la possibilità, da parte dei Comuni che intendono intraprendere un percorso di unificazione avere la certezza di poter contare su una quantità programmabile e definita di risorse aggiuntive per la fase di *start up*. E' altrettanto importante che tali risorse aggiuntive possano essere impiegate con flessibilità e in autonomia rispetto alle concrete esigenze di ciascuna esperienza, anche per quelle attività che sono connaturate alla fase di costruzione di un nuovo ente che debba nascere dalla collaborazione di enti preesistenti. Le incentivazioni si distinguono in dirette e indirette. Le incentivazioni dirette riguardano l'acquisizione di risorse specificatamente erogate in relazione alla costituzione dell'Unione. In questo momento sono acquisibili sono incentivazioni statali, la cui consistenza non è definibile senza la conoscenza delle reali risorse statali disponibili e dell'effettiva assegnazione di responsabilità all'Unione. Quelle indirette derivano dalla possibilità di:

- concorrere con posizione di privilegio all'acquisizione di risorse nei casi in cui esse sono rese disponibili;
- ottenere forme di applicazione specifiche, quali esenzioni o estensioni, nell'applicazione di norme generali,



Città di  
**CERNUSCO  
SUL NAVIGLIO**

Provincia di Milano



## Distretto 4 ASL MI 2

Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiagio, Carugate, Cassina dè Pecchi,  
Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago.

In sintesi, l'Unione di Comuni si presenta con una nuova capacità istituzionale che può superare limiti imposti dallo svolgimento delle attività da parte di ogni singolo Comune. Si determina, infatti, la possibilità di definire risposte a fabbisogni, sia emergenti dall'ambiente economico sociale sia dalla necessità di garantire un adeguato svolgimento delle attività rispetto al perseguimento di specifiche finalità di funzionamento, mediante l'adozione e realizzazione di azioni di cambiamento basate sull'allargamento dei gradi di libertà rispetto a soluzioni prospettabili in ciascuno dei comuni singolarmente preso.



## 5. LA NUOVA PROGRAMMAZIONE DEL WELFARE LOCALE NEL TRIENNIO 2015-2017

Il 2015 rappresenta l'anno di costituzione dell'Unione dei comuni per la gestione associata dei servizi di welfare. Come già trattato, tale scelta istituzionale è stata formalizzata da 6 comuni su 9 del distretto: il processo avviato comporterà una serie di sostanziali cambiamenti sul territorio distrettuale oltre alla ridefinizione generale dell'organizzazione dei servizi nei comuni facenti parte l'Unione e di riflesso anche per quelli che al momento ne risultano esterni.

La costruzione di un pensiero riorganizzativo dei servizi ha richiesto e ottenuto da subito il coinvolgimento dei 9 comuni, dei rispettivi 9 Sindaci/ Assessori e dei 9 responsabili del settore servizi alla persona.

L'Assemblea dei Sindaci distrettuale ha pertanto presidiato, con il supporto del tavolo tecnico, lo sviluppo di ogni passaggio.

Con l'attuale fase di *start up dell'Unione*, ovvero con il trasferimento concreto delle funzioni, risorse e personale dei 6 comuni all'Unione, anche le tre amministrazioni non aderenti mantengono un costante presidio politico e tecnico a tutti gli sviluppi organizzativi stabiliti per l'entrata a regime di un nuovo sistema.

La struttura organizzativa preliminare individuata e condivisa da tutti, tiene conto di anni di lavoro e confronto nel distretto a più livelli, risponde alla necessità di far fronte ad un contesto generale istituzionale in evoluzione e alla opportunità di fornire ai cittadini in stato di fragilità risposte aggiornate e qualificate.

Rappresenta per tutte le amministrazioni l'occasione per dar risalto e valore al capillare lavoro di comunità e prossimità che molti enti privati profit e no profit realizzano da anni nel territorio distrettuale.

**Lo strumento Unione** è in sostanza il mezzo per raggiungere, con minori vincoli istituzionali, obiettivi di uniformità ed equità dei servizi, nonché omogeneità regolamentare.

Al contempo **lo strumento Convenzione** rappresenta per i comuni extra Unione, la concreta possibilità di far parte di questo processo evolutivo, avendo la possibilità di scegliere su quali aree di intervento condividere politiche e strutturare un'offerta uniforme.



## 6. GESTIONE ASSOCIATA/ FUNZIONE TECNICA

Lo schema sottoriportato rappresenta, per la parte pubblica, l'assetto del nuovo sistema di welfare del distretto 4. Ogni Area e il relativo Responsabile si interfacerà costantemente con il territorio e le parti sociali, avviando e mantenendo un costante lavoro di verifica della programmazione e delle azioni conseguenti. Anche per la parte politica, verranno nominati due Sindaci/Assessori di riferimento per ogni Area, i quali garantiranno nel tempo il collegamento tra pubblico/privato e parti sociali, riportando agli organismi politici del Distretto e dell'Unione le decisioni e le valutazioni di volta in volta assunte nel confronto con il territorio.

### **Funzione di Segretariato Sociale** (funzione trasversale a tutte le aree)

#### **Area "Minori giovani e famiglie"**

**Funzioni:**

Equipe Tutela minori e famiglia  
Servizio di Assistenza domiciliare minori  
Servizio Spazio Neutro  
Servizio Affidi  
Servizi Prima Infanzia  
Servizio Mediazione e facilitazione linguistica  
Servizi afferenti alle politiche giovanili  
Integrazione scolastica disabilità

#### **Area "Fragilità"**

**Funzioni:**

Servizio di Assistenza Domiciliare e servizi complementari  
Servizio di Teleassistenza  
Accesso a Servizi diurni e residenziali adulti disabili e anziani  
Rete di Protezione Giuridica  
Trasporti sociali  
Integrazione scolastica disabilità

#### **Area "Promozione e inclusione sociale"**

**Funzioni:**

Servizio di Accompagnamento e Inserimento socio-lavorativo  
Misure di integrazione al reddito  
Gestione patrimonio ERP e azioni di housing  
Politiche per il lavoro

#### **Piano di Zona /Ufficio di Piano**

**Funzioni:**

Integrazione socio-sanitaria  
Ricerca, gestione e investimento risorse regionali nazionali ed europee  
Interazioni con Terzo settore  
Sistema di Accreditamento – controllo CPE  
Sistema di monitoraggio, valutazione e statistica  
Piano formativo operatori



Il modello proposto rappresenta un punto di arrivo dell'Unione. I tempi di realizzazione di una completa gestione associata dei servizi alla persona, non sono immediati, non corrispondono alla formale approvazione dello statuto da parte dei comuni. Si prevede il graduale raggiungimento di serie di obiettivi di medio e lungo termine.

Si stima che dal 2017 questo processo possa raggiungere la piena funzionalità, anno in cui gran parte degli attuali contratti per la gestione dei servizi di welfare comunali giungeranno a scadenza e potrà darsi pieno avvio ad una conversione dei servizi comunali a servizi distrettuali, condividendo stesse regole e un funzionamento uniforme.

Tralasciando gli aspetti prettamente amministrativi e giuridici che il passaggio all'Unione richiede, si pone in qui l'attenzione sui temi e le funzioni a cui il distretto intende garantire risposte univoche e qualificate per tutti i 9 comuni dell'Ambito.

Le tematiche e i servizi individuati risultano in parte eredità del precedente triennio, a cui, per limiti gestionali e di risorse, non è stato possibile dare seguito.

In particolare la funzione di **Segretariato sociale** e il **Servizio Integrato per le famiglie e i minori**, temi su cui verranno spesi capitoli di approfondimento specifici, rappresentano due tra le attività prioritarie nel sistema generale di riorganizzazione gestionale dei servizi, sia che rientrino nell'Unione dei comuni, sia che vengano regolati da una specifica convenzione tra Enti.

In particolare sono state riconosciute quali aree strategiche della gestione associata: una per la sua funzione "Porta Unica d'accesso" nel nuovo sistema di Welfare delineato, (*segretariato sociale*) l'altra per l'alta specializzazione che spesso richiede oltre che per la necessità di sviluppare nuovi modelli operativi che tengano sempre più conto del territorio e delle risorse che esprime (*servizio famiglia e minori*).

A queste, l'Assemblea dei Sindaci in raccordo con il tavolo tecnico, ha individuato e approfondito una serie di ulteriori obiettivi per il nuovo triennio, in parte in continuità con il precedente, in parte in una prospettiva evolutiva, rispetto al metodo individuato, che mette al centro la partecipazione e la promozione del protagonismo degli enti territoriali di promozione sociale.



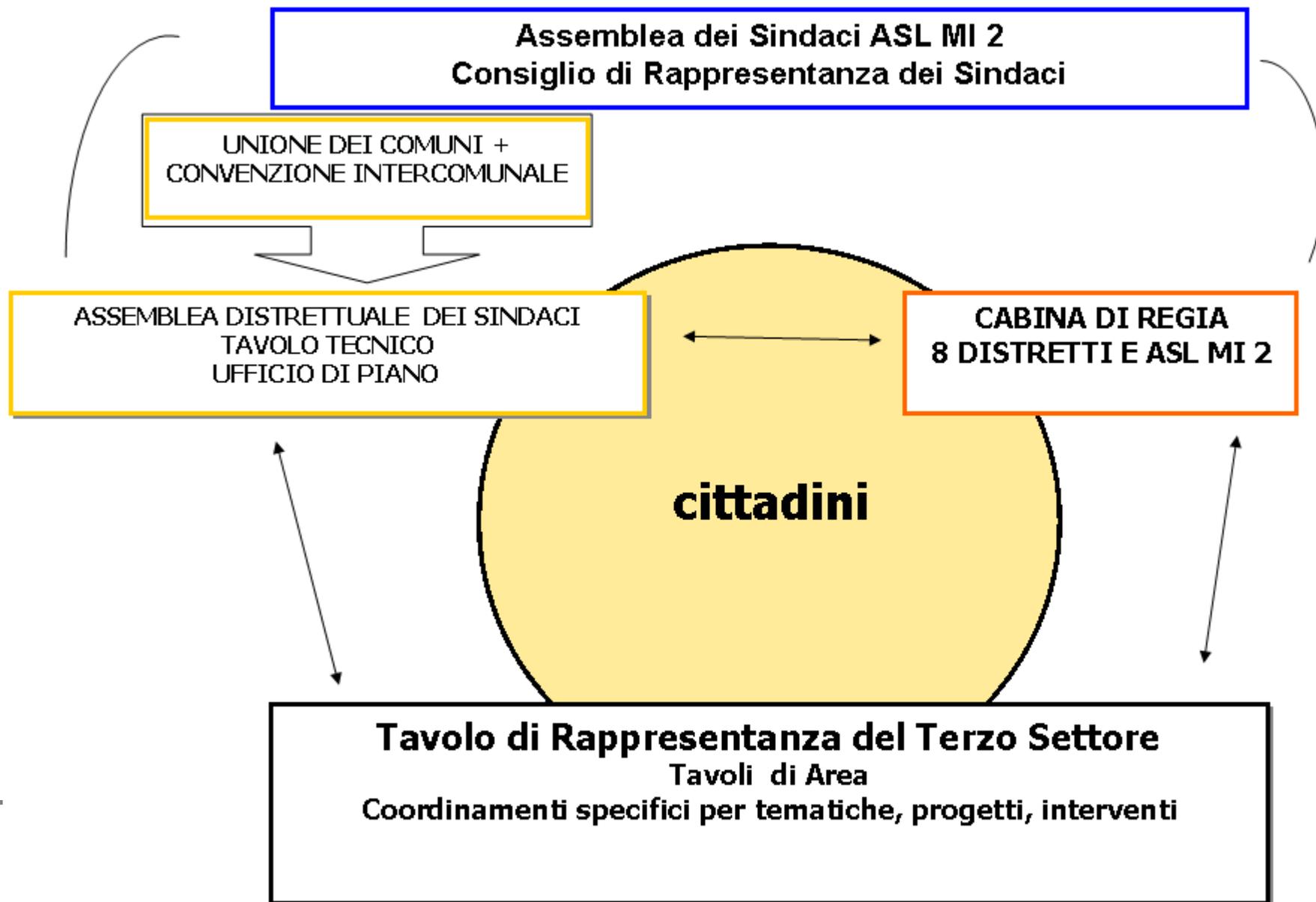
Città di  
**CERNUSCO  
SUL NAVIGLIO**

Provincia di Milano



**Distretto 4 ASL MI 2**

Bellinzago Lombardo, Bussero, Cambiogo, Carugate, Cassina de' Pecchi,  
Cernusco sul Naviglio, Gessate, Gorgonzola, Pessano con Bornago.





## 7. CONOSCENZA, RISORSE E SERVIZI LA NUOVA TRIENNALITA'.

L'Assemblea distrettuale dei Sindaci distrettuale, in relazione ad ambiti di sviluppo ereditati dal precedente triennio, ha individuato una serie di priorità strategiche e organizzative che introducono un'importante revisione metodologica di servizi e azioni già presenti sul territorio e nello specifico:

- **SEGRETARIATO SOCIALE:** qualificazione e potenziamento della funzione
- **MINORI E FAMIGLIA:** definizione di un sistema distrettuale per la promozione del benessere dei **minori e delle famiglie**
- **LAVORO E OCCUPAZIONE:** Servizio distrettuale di **Accompagnamento e di Inserimento socio lavorativo e implementazione della rete per lo sviluppo produttivo del territorio**
- **DISABILITA':** implementazione e qualificazione della rete distrettuale e interdistrettuale delle azioni in favore della disabilità;
- **ANZIANI/NON AUTOSUFFICIENZA:** costruzione di una rete di servizi e azioni per la **domiciliarità** di persone in stato di grave fragilità socio-sanitaria.
- **HOUSING:** azioni e interventi per favorire l'abitare

Con riferimento ai primi due punti, si rimanda la trattazione ai due capitoli successivi ad hoc dedicati.

## 8. LAVORO E OCCUPAZIONE

Il distretto intende mantenere un'attenzione specifica sulle azioni di supporto alla popolazione in stato di fragilità in relazione al lavoro e a percorsi personalizzati di inserimento lavorativo, anche in ambito protetto e mediato. A tal fine ha dato avvia alla forma associata di un servizio specializzato in questo settore specifico, superando le diverse forme di offerta presenti sui singoli comuni e definendo un modello di servizio comprensivo di più funzioni e rivolto in modo uniforme alla cittadinanza.

Al contempo, in ambito interdistrettuale sono state avviate nel 2014 azioni propedeutiche al rilancio produttivo del territorio e di sviluppo dell'innovazione aziendale, nella prospettiva di fornire nuove risposte e risorse aggiuntive per far fronte alla forte crisi aziendale e occupazionale che ha colpito fortemente il territorio e la popolazione negli ultimi anni. Attraverso la stipula di un protocollo intercomunale, di cui Cernusco sul Naviglio risulta ente capofila, le Amministrazioni comunali si sono impegnate in via sperimentale per un anno a garantire nuove opportunità di crescita e l'accesso a possibili risorse europee per le aziende, partendo da una fotografia quantitativa del territorio, finalizzata a ricomporre l'identità occupazionale della zona e le sue potenzialità.



Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Gestione associata delle azioni di supporto alla fragilità in relazione al lavoro</b>	specifico	Avvio della gestione associata del servizio distrettuale per l'accompagnamento e l'inserimento socio lavorativo di persone in stato di fragilità socio-economica e di adulti disabili	<u>Risorse economiche:</u> FNPS bilanci comunali <u>Risorse professionali:</u> Incarico a soggetto privato qualificato del terzo settore per la costituzione di un'equipe della mediazione lavorativa Servizi sociali professionali comunali Personale servizi specialistici Tutor aziendali Formatori	Protocollo di attivazione Convenzione con soggetto gestore Convenzioni con Aziende del territorio Banca dati Aziende	<u>Quantitativi:</u> nr. utenti in carico nr. tirocini attivati nr. assunzioni realizzate nr. aziende ingaggiate <u>Qualitativi</u> Composizione dell'equipe Inserimenti Struttura delle rete territoriale e tipologia dei soggetti coinvolti Grado di integrazione del Servizio con le altre azioni del Welfare locale	<u>Quantitativi</u> 104 utenti in carico dopo il primo anno Almeno 50 tirocini avviati nel primo anno Almeno 10 assunzioni realizzate nel primo anno Almeno 30 aziende ingaggiate dal servizio	Cartelle utenti Report semestrali ed annuali di andamento del servizio Certificazioni relative alle assunzioni avvenute	Da giugno 2015 a maggio 2018 (durata appalto)
<b>Implementazione</b>	strategico	Prosecuzione e	<u>Risorse</u>	Protocollo	<u>Quantitativi:</u>	<u>Quantitativi</u>	report	novembre



<b>della rete per lo sviluppo e il rilancio produttivo del territorio</b>		potenziamento delle azioni previste dal protocollo interdistrettuale per la promozione e la progettazione dello sviluppo economico, dell'innovazione e dell'occupazione.	<u>economiche:</u> Bilanci comunali Risorse da bandi regionali ed europei <u>Risorse professionali:</u> Incarico a soggetti del terzo settore esperti in tematiche relative all'occupazione allo sviluppo di nuove progettualità; Personale comunale area sociale e tecnica Responsabili di aziende del territorio	intercomunale Banche dati SUAP comuni Report AFOL Banche dati camera commercio Siti regionali Siti ministeriali	nr. di comuni aderenti al protocollo nr. bandi intercettati nr. progettazioni innovative realizzare nr. aziende coinvolte <u>Qualitativi:</u>		periodici delle azioni realizzate dati relativi alle aziende coinvolte	2014 – dicembre 2015 durata del protocollo con possibili evoluzioni nel triennio
---	--	--	--	--	---	--	---	--



## 9. DISABILITA'

Il distretto 4 intende dare seguito ad un importante lavoro di coordinamento interdistrettuale con i soggetti privati gestori di servizi diurni e residenziali in favore di persone con disabilità (coordinamento Macramè). L'obiettivo principe di questa azione è la verifica delle attuali risposte (in termini di servizi e modelli di intervento) fornite alle famiglie con minori o persona adulta disabile a carico e l'individuazione di possibili nuove azioni e proposte, possibilmente in linea ai bisogni in cambiamento, e naturalmente con una particolare attenzione alle risorse economiche in campo.

L'introduzione del nuovo sistema ISEE per la compartecipazione dell'utenza alla spesa per i servizi utilizzati, rappresenta oggi un elemento da presidiare e di cui tener ampiamente conto nella programmazione del triennio.

A livello distrettuale è al contempo in corso una verifica dell'attuale gestione parcellizzata dell'assistenza educativa scolastica all'handicap, suddivisa in competenza statale, competenza comunale e competenza provinciale/città metropolitana, a seconda del tipo di disabilità certificata e dell'età dei minori interessati. L'obiettivo che il distretto intende raggiungere è il superamento di questo frazionamento gestionale e il passaggio ad una organizzazione unitaria, organica e qualificata di un servizio di supporto educativo scolastico, che parta dal progetto personalizzato e condiviso in favore del minore disabile. Per questa azione si rende indispensabile una chiara e puntuale verifica delle effettive risorse economiche in campo, della tempistica di stanziamento e delle relative competenze.

Da un punto di vista metodologico e operativo si intende promuovere a livello distrettuale l'introduzione del concetto di "progetto di vita globale del minore disabile", implementando a livello distrettuale l'esperienza del **Punto Unico di Accesso Disabilità (PUAD)**, servizio innovativo sperimentato e consolidato sul comune di Cernusco sul Naviglio, rivolto ai minori disabili in età 0/18 anni e alle loro famiglie. In sintesi un servizio snodo di tutte le azioni ed interventi che possono e devono essere realizzati dalle diverse agenzie pubbliche e non per favorire un corretto e armonico sviluppo del minore e garantire alla famiglie risposte tempestive e qualificate. Il Puad è un servizio che offre appunto alle famiglie che ne fanno richiesta, la presa in carico globale del minore disabile e della sua famiglia nel suo complesso, finalizzato ad accompagnarne il Progetto di Vita.

Lo staff interdisciplinare si interfaccia con i diversi servizi del territorio (scuole, servizi riabilitativi, neuropsichiatria, associazioni e cooperative) attraverso protocolli e buone prassi, per un lavoro integrato, al fine di favorire la collaborazione tra le figure professionali coinvolte nel percorso di vita del minore.



Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Implementazione della rete territoriale per il sostegno e lo sviluppo di azioni innovative rivolte alle persone con disabilità</b>	strategico	Prosecuzione del tavolo di raccordo interdistrettuale con il coordinamento dei soggetti privati gestori di servizi territoriali diurni e residenziali per la disabilità (coordinamento Macramè)	<u>Risorse economiche</u> Fondo Sociale Regionale risorse da bilanci comunali compartecipazione e utenza risorse economiche in capo al terzo settore risorse derivati da specifiche DGR /leggi di settore  <u>Risorse professionali</u> Responsabili degli uffici di Piano distrettuali Servizi sociali professionali Referenti e responsabili delle unità operative	Accordo quadro Regolamenti comunali Protocolli, delibere ASL/Regione Banca dati utenza in carico ai comuni e in capo ai soggetti gestori	<u>Quantitativi/Qualitativi</u> nr. incontri nr. nuovi interventi attivati nr. nuovi accordi sottoscritti.	Quanti/qualitativi: almeno 4 incontri all'anno; almeno 1 azione progettuale sperimentale condivisa almeno 1 nuovo accordo sottoscritto (inerente l'utilizzo del fondo sociale regionale)	Report periodici Verbali attività realizzate Strumenti di customer satisfaction dei servizi	gennaio 2015 – dicembre 2017



			interessate Rappresentanti ASL Mi 2					
<b>Gestione unitaria ed integrata del servizio di assistenza educativa scolastica in favore di studenti disabili</b>	specifico	Attivazione a livello distrettuale di un servizio unitario per l'assistenza educativa scolastica in favore di studenti disabili, attraverso la definizione di progetti individualizzati.	<u>Risorse economiche</u> Bilanci comunali Fondi in capo alla Città Metropolitana e a Regione Fondi in capo all'istituzione scolastica <u>Risorse professionali</u> Servizi sociali professionali personale in capo a soggetti del terzo settore gestore Insegnanti delle scuole Operatori di servizi specialistici pubblici e privati	Accordi operativi tra enti Accordi con le scuole Convenzioni con soggetti del terzo settore gestori	<u>Quantitativi:</u> nr. appalti effettuati nr. ore educative erogate nr. minori presi in carico nr. incontri di rete tra operatori <u>Qualitativi:</u> Figure professionali coinvolte nel servizio Servizi ed enti aderenti al protocollo operativo	<u>Quantitativo</u> Graduale riduzione del numero di appalti in relazione all'accorpamento di funzioni. 1 incontro al mese di rete per la trattazione dei singoli casi	Report periodici delle attività svolte Dati statistici raccolti dalle scuole Cartelle integrate utenza	SETTEMBRE 2016 - GIUGNO 2017 SETTEMBRE 2017 - GIUGNO 2018
<b>Attivazione di adeguati modelli di</b>	specifico	Attivazione a livello distrettuale del	<u>Risorse</u>	Protocollo	<u>Quantitativi:</u>		report periodici	settembre



<b>presa in carico di minori disabili e delle rispettive famiglie nel percorso di vita e crescita.</b>		servizio Punto Unico Di Accesso Disabilità (PUAD)	<u>economiche</u> Fondi piano di zona Bilanci comunali Risorse in capo al terzo settore Risorse del fondo socio sanitario <u>Risorse professionali</u> Equipe specializzata incaricata Servizio sociale professionale ASL Servizi specialistici pubblici e privati Istituti comprensivi	operativo Accordi di programma Convenzione con soggetto terzo settore gestore Banca dati scuole	nr. ore di incarico per la gestione del servizio nr. minori presi in carico Nr. incontri di rete tra operatori  <u>Qualitativi:</u> Modello di composizione dell'equipe specializzata Nr. incontri di rete tra operatori	del servizio cartella socio-sanitaria dei minori presi in carico Pei dei minori relazioni a cura dei soggetti coinvolti Attivazione di sistemi di customer satisfaction	2016 dicembre 2017
--	--	---	---	--	--	--	-----------------------



## 10. ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA

Nel territorio del distretto 4 si intende promuovere lo sviluppo di una rete di prossimità a favore di anziani fragili, ad integrazione dei Servizi Sociali dei Comuni e dei Servizi dell'ASL, in una fase di riduzione progressiva dell'intervento pubblico, a fronte di un bisogno che, invece, è costantemente in crescita. L'iniziativa di realizzare interventi domiciliari e di prossimità a favore della popolazione anziana del distretto e delle famiglie che se ne occupano si pone l'obiettivo di mantenere gli anziani nei luoghi di vita abituali mediante una "presa in carico" dei loro bisogni grazie al contributo della comunità di appartenenza. I servizi di prossimità si dovranno inserire pertanto nel territorio con compiti di: ascolto, osservazione e sostegno relazionale, soprattutto verso le persone anziane più fragili o affette da forme iniziali di decadimento cognitivo, non solo tramite la compagnia (telefonica o personale), ma anche creando opportunità di incontro e socializzazione; promozione di risposte a bisogni concreti quali ad esempio accompagnamenti e aiuto nelle procedure di accesso ai servizi socio-sanitari, consegna di pasti pronti, spesa, e farmaci a domicilio, accompagnamenti a visite mediche, animazione sociale e culturale; mediazione tra bisogni e rete dei servizi istituzionali, per favorire la costruzione di un tessuto di solidarietà fattiva per contrastare situazioni di emarginazione e abbandono; monitoraggio strutturato e continuativo (anche attraverso la figura del custode sociale), in accordo con i familiari assenti o i servizi territoriali di riferimento, degli anziani fragili o parzialmente non autosufficienti, per prolungare la loro permanenza a casa pur garantendo sicurezza e protezione.

L'obiettivo è quello di sostenere e migliorare la qualità della vita della popolazione anziana attraverso:

- la promozione di reti per la socialità sul territorio e di attività di prossimità a sostegno delle persone fragili e delle loro famiglie;
- il rafforzamento delle capacità residue nell'utenza debole e il contrasto ad ogni forma di esclusione sociale per il raggiungimento di un benessere psico-fisico anche in tarda età;
- lo sviluppo del volontariato intergenerazionale e delle attività di creatività sociale, dell'educazione degli adulti, della solidarietà; la promozione di una cittadinanza attiva che contribuisca a rendere le comunità locali realtà solidali aperte, plurali e inclusive.

In relazione alla popolazione anziana, si sono attivate una serie di riflessioni finalizzate a ridefinire i bisogni specifici della popolazione anziana, differenziando le peculiarità presentate dalla popolazione parzialmente autosufficiente da quelle della popolazione totalmente non autosufficiente: a tal fine è stata avviata una ricerca specifica con un soggetto del terzo settore e l'Università, finalizzata ad approfondire in particolar modo le richieste e i bisogni della prima tipologia di anziani, ad oggi meno note e meno codificate dai servizi sociali territoriali.

Con riferimento ai Servizi e prestazioni erogate dal distretto o dai singoli comuni, è in atto a livello politico e tecnico un'azione di revisione complessiva dell'attuale sistema dell'offerta pubblica, sollecitato da due dati concreti:

- 1) la chiusura, avvenuta a metà 2014, dello sportello distrettuale Assistenti Familiari



- 2) la registrazione di un importante calo nelle richieste del Servizio di Assistenza Domiciliare distrettuale, avvenuto in modo evidente su alcuni comuni dell'Ambito.

La ricerca sopracitata, lo studio di esperienze innovative in altri territori lombardi, la nascita di servizi di offerta misti e l'auspicata ripresa di spazi sempre più ampi di integrazione socio-sanitaria, porterà il distretto, verosimilmente alla fine del 2016, a riorganizzare il sistema dell'offerta di servizi di prossimità in favore della popolazione anziana e disabile, mettendo in campo un nuovo modello di governo e offerta, in un'ottica di co-progettazione con il Terzo settore, l'associazionismo locale e le parti sociali, che tenga conto e presidi formalmente queste tre dimensioni:

- interventi socio –assistenziali qualificati (tipiche di un servizio SAD),
- interventi erogati da assistenti domiciliari privati,
- interventi afferenti al sistema socio sanitario,

a garanzia di livelli sempre più elevati di integrazione su più fronti.

I comuni del Distretto 4 riconoscono inoltre nel tema della **Protezione giuridica** una priorità assoluta alla quale dedicare risorse ed attenzione in stretto raccordo con ASL Mi 2.

Con i fondi distrettuali verrà mantenuta l'offerta del **servizio di Teleassistenza**, attualmente garantito in forma gratuita, ma per il quale, a partire dal 2016, non si escludono forme di compartecipazione alla spesa a carico dell'utenza beneficiaria.

Si darà seguito alle diverse **misure per la non autosufficienza**, messe in campo da Regione Lombardia, attraverso modelli concordati a livello interdistrettuale (validi quindi per tutta la ASL Mi 2)



Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Ridefinizione del sistema di offerta dei servizi di prossimità e domiciliarità.</b>	Strategico	Costituzione di un servizio unitario per l'erogazione di servizi al domicilio che garantisca unitarietà tra l'insieme prestazioni possibili: socio assistenziali, prestazioni assistente familiare, prestazioni di natura sanitaria.	<p><u>Risorse economiche</u></p> <p>Bilanci comunali</p> <p>Fondi per la non autosufficienza</p> <p>Compartecipazione utenza</p> <p>Risorse in capo a soggetti privati profit e no profit gestori delle diverse azioni</p> <p>Fondi socio-sanitari</p> <p><u>Risorse professionali</u></p> <p>Ufficio di Piano</p> <p>Servizi sociali professionali</p> <p>Personale qualificato in capo ai gestori privati</p> <p>Personale in capo ad agenzie private di intermediazione lavorativa</p> <p>Staff ASL .</p>	<p>Bandi e disciplinari</p> <p>Esiti della ricerca distrettuale</p> <p>Banca dati utenza comunale</p> <p>Banca dati utenza ASL</p> <p>Informazioni e banche dati a cura di altri soggetti privati, quali associazioni, Caritas, patronati.</p>	<p><u>Quantitativi</u></p> <p>nr. utenza in carico</p> <p>nr. ore di intervento socio assistenziale</p> <p>nr. di ore di intervento da assistente privati</p> <p><u>Qualitativi:</u></p> <p>Composizione professionale dell'equipe di valutazione multidisciplinare e multidimensionale</p> <p>Grado di coinvolgimento delle strutture socio sanitarie</p>	<p><u>Quantitativi:</u></p> <p>aumento del 20% dell'utenza in carico al servizio</p> <p>Avvio del bando di accreditamento dei soggetti privati di intermediazione lavorativa</p>	<p>Cartella socio sanitaria</p> <p>Strumenti di customer satisfaction</p> <p>dati quantitativi sull'utenza in carico</p>	avvio del percorso gennaio 2016, concretizzazione luglio 2017



## 11. HOUSING

Il distretto 4 risulta dal 2015 capofila di una specifica azione progettuale interdistrettuale, finanziata da Fondazione Cariplo in materia di housing sociale, denominata "Abitando s'Impara".

La progettazione è il risultato di un percorso di riflessione, promosso all'interno della programmazione del Piano di Zona 2012/14 del Distretto 4 e 5 dell'ASL MI 2, per individuare e coordinare interventi innovativi in risposta alla crescente difficoltà nel sostenere e/o mantenere i costi dell'abitare da parte di una platea sempre più ampia di persone e famiglie. Un significativo aumento strettamente legato all'acuirsi di una crisi economica che ha profondamente impattato sul settore produttivo e sociale del territorio.

Nel contempo ha fatto emergere i limiti nel potere di intervento delle stesse Amministrazioni locali che non dispongono di strumenti e risorse da attivare nelle situazioni di urgenza ed emergenza, se non attraverso sostegni di natura esclusivamente economica. La stessa disciplina dell'Edilizia Residenziale Pubblica permette di dare solo risposte parziali, spesso non adeguate per la dilatazione dei tempi di assegnazione.

Per affrontare la problematica dell'emergenza abitativa, le Amministrazioni Comunali afferenti ai due Distretti hanno quindi iniziato a confrontarsi con le realtà territoriali che si occupano di accoglienza di singoli/famiglie in situazioni di emergenza/fragilità e gestiscono azioni di sostegno all'abitare. Nel contempo si è avviata una ricognizione delle risorse abitative - di proprietà o in disponibilità al patrimonio dei singoli Comuni - non utilizzare o sottoutilizzare per la mancanza di risorse economiche tali da garantire una loro valorizzazione e recupero.

Il lavoro di analisi ha evidenziato la possibilità di attivare una rete di appartamenti di housing sociale, quale possibile risposta al bisogno abitativo di situazioni differenziali di temporanea fragilità che investono persone e nuclei familiari, il cui tratto comune è la necessità di costruire, per sé e per i minori loro in carico (se presenti), un percorso di autonomia abitativa, ma anche economica e lavorativa, senza però averne le risorse e/o la possibilità di attivare in tempi stretti il sostegno istituzionale per realizzarlo.

In parallelo si è consolidato il rapporto di collaborazione con alcune realtà territoriali, le quali si sono rese disponibili a mettere in rete le proprie risorse abitative presenti sul territorio e a garantire il presidio educativo della rete di appartamenti.

Attraverso la contaminazione delle esperienze tra realtà pubbliche e del privato sociale è stata inoltre condivisa la necessità di proporre un modello di intervento capace di superare gli elementi di criticità dello strumento classico dell'housing sociale, quali in particolare:

- La limitata flessibilità del presidio educativo, in termini di tempo e disponibilità rispetto alle possibili esigenze della famiglia/singolo presente in appartamento.
- La difficoltà a rispondere alle situazioni di emergenza, dato che il presidio educativo è tendenzialmente basso e in genere impegnato su più situazioni territoriali.
- Il rischio che le persone accolte vivano un senso di disorientamento, di solitudine e di abbandono, se inserite in contesti territoriali diversi da quelle di origine/dimora, per la mancanza di luoghi e persone di riferimento.



- L'assenza spesso di un coinvolgimento da parte del contesto territoriale che senta come propria l'esperienza di housing sociale e renda quindi possibile, pur indirettamente, l'integrazione sociale.

Il progetto si propone di creare un sistema sovra-distrettuale di alloggi destinati a servizi di ospitalità di natura temporanea, attraverso l'attivazione e la gestione integrata – pubblico e privato sociale - di una rete territoriale di appartamenti in risposta al bisogno di singoli e famiglie che, sul territorio, vivono situazioni di emergenza abitativa ed in condizioni di fragilità.

Nello specifico si intende attivare un numero significativo di appartamenti-ponte, utilizzabili trasversalmente dalle 11 Amministrazioni Comunali coinvolte, in grado di consentire ai rispettivi Servizi Sociali di dare una risposta "temporanea" alle situazioni di emergenza abitativa e strutturati, grazie alla presenza di un presidio sociale flessibile e modulabile, per facilitare l'acquisizione, da parte delle famiglie e delle persone accolte, degli strumenti necessari per realizzare un percorso di autonomia abitativa definitiva e, se necessario, economico e lavorativa.

Il modello operativo di riferimento è riconducibile all'housing sociale temporaneo, qui declinato non solo come spazio fisico ma soprattutto come luogo di relazioni per le persone che lo vivono, interne ed esterne.

Un declinazione che si traduce nella prospettiva di modulare non solo la durata del percorso di accoglienza in funzione delle difficoltà di inserimento del nucleo familiare e/o del singolo - ma anche di ipotizzare forme di presidio sociale più significative in termini di presenza, proposta socio-educativa ed integrazione con il territorio.

Partendo da questi presupposti, l'obiettivo generale del progetto si traduce nel:

- Ampliare le possibilità di inserimento abitativo, attraverso il recupero e la valorizzazione di parte del patrimonio delle Amministrazioni Comunali territoriali ad oggi non utilizzato o parzialmente impiegato per altre finalità non residenziali, nonché la messa in rete delle risorse abitative esistenti, gestite dal privato sociale.
- Definire un protocollo di intervento congiunto per la valutazione, presa in carico, definizione ed attivazione dei percorsi di housing sociale temporaneo, attraverso la stretta collaborazione pubblico-privato sociale.
- Aumentare le conoscenze del personale dei Servizi Sociali delle singole Amministrazioni e del personale educativo da coinvolgere nelle attività progettuali, attraverso la strutturazione di momenti di formazione sulle competenze condivise da sviluppare in tema di gestione di servizi di housing sociale.
- Attivazione di forme di tutela educativa, flessibili e modulabili, in stretta collaborazione con il privato sociale, in grado di supportare le persone e le famiglie accolte in un percorso verso l'autonomia abitativa, attraverso il rafforzamento delle capacità del singolo, il riferimento alla strategia del selfempowerment e l'affiancamento nel superare le situazioni di temporanea difficoltà/emergenza.
- Affiancare, se necessario ed in stretto raccordo con i Servizi Sociali territoriali, la realizzazione di percorsi di integrazione lavorativa, attraverso la destinazione di parte delle



risorse già disponibili per l'inclusione di chi è rimasto al di fuori del mercato del lavoro (borse lavoro, formazione).

- Collegare le azioni di inclusione abitativa temporanea alla progettazione-realizzazione di percorsi di integrazione sociale, in stretta sinergia con la rete dei servizi e le opportunità presenti sul territorio.
- Strutturare percorsi di accompagnamento alla successiva autonomia abitativa, sia attingendo al mercato degli affitti che avviando l'iter di assegnazione di un alloggio ERP, anche attraverso l'attivazione di forme di micro-credito e/o prestito, attingendo alle risorse comunali di sostegno al reddito.
- Sollecitare il territorio, in particolare agendo sul patrimonio di invenduto da parte delle ditte locali di costruzione, per valutare la proposta di re-immissione sul mercato con locazioni convenienti e garantite da parte delle Amministrazioni Comunali.
- Rendere sostenibile le iniziative nel tempo, attraverso la costruzione di interesse e consenso tra le istituzioni pubbliche e private.

Dal punto di vista operativo, il progetto intende rendere disponibili 11 appartamenti da destinare ad alloggi per l'autonomia, distribuiti sul territorio e capaci di ospitare, per le differenti metrature, un numero differenziale di persone sole e nuclei famigliari.

In ogni unità abitativa sarà prevista la presenza di un presidio sociale, con orari flessibili ed in funzione delle esigenze della persona/nucleo accolto, nonché l'integrazione di attività educative e di inclusione sociale.

Il progetto è rivolto persone che vivono situazioni di particolari difficoltà o di emergenza che incidono sulla possibilità di accedere o mantenere i costi di un alloggio. Si tratta di situazioni legate alla precarietà o alla perdita del lavoro, in particolare nei nuclei monoreddito, che vedono minata la loro stabilità economica e non sono più in grado di far fronte agli impegni connessi al contratto di affitto. È inoltre il caso delle persone sottoposte a sfratto esecutivo che non hanno le risorse per accedere ai normali canali dell'abitare e per i quali non è possibile ipotizzare l'assegnazione di un alloggio popolare in tempi stretti.

Nello specifico si intende intervenire a favore di famiglie, italiane e straniere - sia complete con minori a carico che nuclei monoparentali (mamma/bambino) - uomini o donne sole, senza figli. Persone (anche qui in tutte le categorie espresse al punto precedente) che hanno concluso un periodo di accoglienza presso le strutture di pronto intervento o prima accoglienza, per i quali si rende necessario un ulteriore accompagnamento in fase di realizzazione del percorso di inclusione abitativa.

Considerati la disponibilità dei posti previsti, è ipotizzabile il coinvolgimento nelle attività progettuali di almeno **40 persone, tra adulti e minori**, nel periodo di realizzazione del progetto.

Destinatari indiretti delle attività sono i referenti dell'Amministrazioni afferenti del Distretto 4, del Comune di Cassano d'Adda ed Inzago, nonché il gruppo degli operatori che costituiranno il presidio educativo degli appartamenti, in particolare per quanto concerne le attività di formazione e di costruzione condivisa del modello di intervento.





## CAPITOLO 7

### IL RACCORDO CON ALTRI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE

Oltre alle azioni ed interventi decritti nel precedente capitolo, il distretto 4, per mezzo dei propri organismi politici e tecnici, garantirà la prosecuzione e l'implementazione delle seguenti funzioni:

- Funzione di **Accreditamento delle unità di offerta sociale della prima infanzia** e follow up/consulenza per le procedure di presentazione di CPE per nuove unità di offerta sociale, in stretto raccordo con il servizio di Vigilanza della ASL Mi 2;
- **Funzione di regia strutturata e continuativa** di tutte le esperienze di progettazione afferenti a specifiche leggi di settore e non direttamente coordinate dall'ente pubblico.
- **Funzione di raccordo con i seguenti strumenti di programmazione locale e di coordinamento**, già formalizzati e operanti sul territorio del distretto 4:
  - ✓ **Politiche giovanili**: governate sul distretto dal coordinamento Spazio Giovani Martesana, di cui Cassina de Pecchi risulta il Comune capofila dello specifico Accordo di programma triennale (accordo interdistrettuale che vede la partecipazione formale anche del distretto 3, tramite il comune di Vimodrone);
  - ✓ **Politiche di conciliazione tempi lavoro e famiglia**: governate sul distretto dall'Alleanza interdistrettuale Adda Martesana in stretto raccordo con ASL Mi 2.
  - ✓ **Politiche attive del lavoro e Protocollo per la collaborazione, la promozione e la progettazione dello sviluppo economico, dell'innovazione e dell'occupazione**: azioni sovracomunali ben distinte per composizione e finalità, ma entrambe rivolte al tema lavoro, crisi occupazione e all'individuazione di risposte attive da parte delle amministrazioni comunali, in stretto raccordo con le imprese e le rappresentanze sindacali.

Questi tre organismi di programmazione locale, benché distinti per composizione e finalità generale (giovani, conciliazione e lavoro), trovano una ampia area di raccordo e interazione.

In particolare il focus **LAVORO e IMPRESE** risulta elemento centrale per tutti i tre coordinamenti.

In ultimo si riporta l'importante avvio di collaborazione con l'Università Bicocca di Milano, accompagnamento scientifico e formativo a tutto il triennio di gestione della programmazione zonale del welfare sul distretto 4.



## 1. POLITICHE GIOVANILI

Il Distretto 4 (9 Comuni) e il Distretto 3 (1 Comune) hanno da anni delegato la *funzione di regia* delle politiche giovanili al coordinamento **SPAZIO GIOVANI MARTESANA**, di cui il comune di Cassina de' Pecchi risulta formalmente da anni il capofila, come sancito dallo specifico "Accordo di programma" triennale, sottoscritto, oltre che da 10 comuni, da due Distretti (3 e 4), da ASL MI 2 – dipartimento dipendenze - e da Provincia di Milano prima e Città Metropolitana oggi.

Il sistema consolidato di governo delle politiche giovanili è composto dai seguenti organismi stabili, rappresentativi di tutte le funzioni di governo (*politica, tecnica, educativa e di rappresentanza del terzo settore gestore*)

- *tavolo politico Spazio Giovani Martesana*
- *tavolo tecnico Spazio Giovani Martesana*
- *gruppo di coordinamento (con la partecipazione dei gestori dei servizi territoriali per giovani)*
- *rete di zona (coordinamento degli educatori dei servizi)*

L'attività corposa che sottende a questo sistema ha permesso nel corso del 2012 di accedere ad un importante finanziamento di Regione Lombardia (Piano territoriale politiche giovanili), grazie al quale è stato possibile sviluppare ulteriormente il **sistema di governo** locale, ampliandolo ad una dimensione **interdistrettuale** e introducendo un'attenzione specifica al **protagonismo giovanile**, inteso come partecipazione attiva ai processi decisionali.

Nel 2014 il Coordinamento Spazio Giovani Martesana ha avviato e concluso un censimento degli spazi comunali inutilizzati e oggi disponibili per azioni sperimentali in favore dei giovani del territorio. Tale indagine è stata propedeutica per un prossimo avvio e sviluppo ad esperienze di start up aziendali proposte e gestite da giovani del territorio, in linea con le nuove linee di progettazione regionale in materia di giovani e con lo specifico bando di finanziamento, emanato da Regione nel mese di marzo 2015.

Al contempo la cabina di regia interdistrettuale per le politiche giovanili, nuovo organismo costituito nell'ambito del primo Piano territoriale regionale 2012, in raccordo con il coordinamento Spazio Giovani Martesana, ha prodotto e ratificato il seguente documento programmatico, indirizzo da cui i distretti interessati avvieranno nel 2015 la nuova progettazione biennale regionale.

### **PIANO TERRITORIALE POLITICHE GIOVANILI DEI DISTRETTI 3,4,5 ASL MI 2: LE POSSIBILI EVOLUZIONI**

I componenti della cabina di regia del Piano territoriale delle politiche giovanili, riunitisi in data 11 giugno 2014, hanno avanzato alcune riflessioni e proposte in relazione alle possibili evoluzioni dell'attuale Piano in vista del prossimo bando regionale, la cui pubblicazione è prevista per la fine del 2014.

A seguito dell'incontro plenario tenutosi in Regione Lombardia e degli indirizzi regionali in quella sede enunciati, tenuto conto delle proposte emerse dai vari attori del Piano nei momenti assembleari realizzati, il focus della nuova programmazione locale delle politiche giovanili sarà il



**lavoro**, nel senso più ampio e sperimentale del termine.

Regione Lombardia inserisce e sostiene lo sviluppo del tema delle fab-lab e del co-working-lab, esperienze di lavoro già presenti soprattutto nel nord Europa e in alcune città del nord Italia (Piemonte).

#### **DEFINIZIONI (da wikipedia)**

Un **fab lab** (dall'inglese *fabrication laboratory*) è una piccola [officina](#) che offre servizi personalizzati di fabbricazione digitale.

Un fab lab è generalmente dotato di una serie di strumenti computerizzati in grado di realizzare, in maniera flessibile e semi-automatica, un'ampia gamma di oggetti. Tra questi vi sono prodotti tecnologici generalmente considerati di appannaggio esclusivo della produzione di massa.

Mentre non possono competere con la [produzione di massa](#), e le relative [economie di scala](#), nella produzione di [beni di consumo](#), i fab lab hanno dimostrato grandi potenzialità nel fornire ai loro utenti gli strumenti per realizzare in proprio dispositivi tecnologici. Tali dispositivi possono infatti essere adattati alle esigenze locali o personali in modi tuttora non accessibili alle produzioni su larga scala.

Il **coworking** è uno stile [lavorativo](#) che coinvolge la condivisione di un ambiente di lavoro, spesso un [ufficio](#), mantenendo un'attività indipendente. A differenza del tipico ambiente d'ufficio, coloro che fanno coworking non sono in genere impiegati nella stessa organizzazione. Attrae tipicamente professionisti che lavorano a casa, [liberi professionisti](#) o persone che viaggiano frequentemente e finiscono per lavorare in relativo isolamento. L'attività del coworking è il raduno sociale di un gruppo di persone che stanno ancora lavorando in modo indipendente, ma che condividono dei valori e sono interessati alla sinergia che può avvenire lavorando a contatto con persone di talento. Alcuni spazi di coworking sono stati sviluppati da imprenditori di [Internet](#) nomadi alla ricerca di un'alternativa al lavorare nei bar e nei caffè, o all'isolamento in un ufficio proprio o a casa.

Il coworking offre una soluzione al problema dell'isolamento, che tanti [freelance](#) sperimentavano lavorando in casa, mentre allo stesso tempo permette loro di sfuggire alle distrazioni dell'ambiente domestico.

Il coworking non riguarda solo lo spazio fisico, ma inizialmente e soprattutto l'istituzione della comunità di coworking. I vantaggi del coworking possono ormai essere vissuti al di fuori degli spazi di coworking e viene raccomandato in genere di iniziare con la costruzione di una comunità di coworking prima di considerare l'apertura di uno spazio coworking. Tuttavia, alcuni spazi di coworking non costruiscono una comunità, ma costituiscono piuttosto una parte di una comunità già esistente, combinando la loro apertura con un evento che attiri il loro gruppo di riferimento

Partendo da queste formule di imprenditorialità (non solo) giovanile di matrice innovativa e sperimentale, Regione invita i territori ad un generale ripensamento ed evoluzione delle politiche



giovanili e dei servizi offerti sul territorio.

Preso atto dei nuovi indirizzi regionali gli operatori della cabina di regia concordano nella necessità di mantenere sul territorio diverse tipologie di servizi e interventi rivolti ai giovani, differenziati in relazione all'età dei destinatari e agli obiettivi perseguiti e alle funzioni affidate: i Centri di Aggregazione Giovanile e le equipe di educativa di strada rappresentano un pezzo di lavoro con i giovani non sostituibile in questo momento da altre forme organizzative incentrate sull'obiettivo lavoro.

Il ruolo che questi servizi "tradizionali" rappresentano è ovviamente differente, ma per molti aspetti compatibile, con percorsi di supporto a nuove esperienze imprenditoriali giovanili. Per molti versi sono la base incubatrice da cui partire e da cui gruppi giovanili hanno trovato spazio adeguato di maturazione.

La cabina di regia, considerato l'importante percorso di governance consolidato in due anni di attività, ritiene altresì opportuno e necessario indirizzare il territorio a nuove forme di supporto ai giovani nella costruzione del proprio futuro lavorativo.

Questa attenzione specifica all'imprenditorialità giovanile trova terreno fertile all'interno di contesti istituzionali già strutturati, in cui il tema del lavoro e del rinnovamento produttivo del territorio vedono amministrazioni comunali dell'asse Adda Martesana impegnate formalmente nel creare e non disperdere opportunità di lavoro, attraendo nuovi poli produttivi e valorizzando e sostenendo le realtà tradizionalmente presenti.

Il prossimo bando regionale potrebbe rappresentare un'occasione significativa per dare avvio a qualche esperienza locale di fab-lab o co-working lab, ma in considerazione delle risorse aggiuntive che il bando potrebbe garantire, risulta necessario sollecitare le amministrazioni comunali verso un sostegno forte al governo di questa rete e all'implementazione delle risorse necessarie.

In particolare si ritiene che nella nuova pianificazione degli interventi si debba tenere conto delle seguenti proposte:

- 1) le amministrazioni comunali interessate si dovranno impegnare nel reperimento di risorse di varie natura aggiuntive (es risorse logistiche), superando logiche di confine comunale;
- 2) tutte le azioni e forme di coordinamento che sul territorio si stanno avviando in materia di lavoro, di rilancio produttivo dell'area Adda-Martesana e conciliazione dei tempi, dovranno tenere conto e includere azioni in favore dei giovani, recuperando, attraverso tutte le possibilità di finanziamento percorribili, nuovi fondi per implementare questi interventi specifici;
- 3) Il nuovo Piano dovrà strutturarsi aprendo l'alleanza progettuale a nuove realtà del privato sociale operanti sul territorio e interessate a programmare e investire sul tema giovani e lavoro;



- 4) Il nuovo Piano dovrà valorizzare e coinvolgere sempre più, anche in fase di programmazione, i gruppi giovanili che mostrino interesse alla costruzione di azioni progettuali sul territorio, in qualità di protagonisti del proprio futuro;
- 5) Risulta centrale e necessario creare nuove reti e interconnessioni con gli istituti di formazione professionale, così che vengano ripensati percorsi formativo-professionali rivolti ai giovani, adeguandoli agli sbocchi produttivi che il territorio offre e a nuove forme di imprenditorialità;
- 6) Nella costruzione del nuovo Piano, incentrato sul lavoro, sarà opportuno coinvolgere ed allearsi con i settori della piccola media impresa, affinché:
- esprimano e dettagliano quali siano i profili professionali di maggiore interesse, al fine di rendere più utili e incisive le azioni di orientamento offerte dalle agenzie di formazione;
  - offrano ai giovani spazi di formazione sul campo e auspicate nuove occasioni professionali per i giovani intercettati.
- 7) La costruzione del nuovo piano territoriale, nell'ambito di un programma condiviso, si propone di facilitare un'alleanza aperta a nuovi Ambiti territoriali interessati alla tematica del lavoro, per realizzare un'efficace allargamento della rete di governance con conseguente scambio di buone prassi e replicabilità di azioni in una logica di sistema.

## 2. AZIONI INTEGRATE IN CONTRASTO ALLE LUDOPATIE

Il distretto 4, nell'ambito degli interventi sulla prevenzione, nel prossimo triennio darà seguito alla prevenzione delle ludopatie.

Tale prevenzione si inserisce nella programmazione degli interventi già progettati dalla ASL MI2, in particolare la ASL ha elaborato il protocollo GAP nell'ambito del quale sono previste azioni destinate ai commercianti e alla popolazione adulta e anziana.

Al fine di ampliare e rendere più incisiva la prevenzione su tutte le fasce di età che potrebbero essere interessate dalla tematica, si provvederà a intervenire sui preadolescenti e sugli adolescenti.

In relazione alla fascia di età dagli 11 ai 14 anni, sono in programma interventi in collaborazione con gli istituti comprensivi sia volti alla promozione del progetto Lives Skills sia con interventi mirati avvalendosi dei centri di aggregazione per preadolescenti che sono presenti nei comuni facenti parte dell'ambito.

Allo stesso modo si interverrà sulla fascia di età che frequenta i CAG tramite il progetto "Spazio giovani Martesana" negli interventi saranno coinvolte anche le scuole superiori presenti sul territorio del distretto.

Gli interventi saranno finanziati anche con la partecipazione alle progettazioni che saranno aperte da Regione Lombardia o da altri enti. Tali opportunità di intervento saranno promosse all'interno di tutto l'ambito al fine di rendere omogenea l'azione di prevenzione su tutto il territorio.



### **3. POLITICHE PER IL LAVORO: IL PIANO TERRITORIALE CONCILIAZIONE TEMPI LAVORO E FAMIGLIA DELLA RETE ADDA MARTESANA**

La Regione Lombardia con la DGR 1081/2013 ha finanziato attraverso un bando pubblico progetti volti a valorizzare sia le politiche territoriali di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari sia le reti di imprese che offrono servizi di welfare.

I 28 Comuni della rete ADDA\_MARTESANA con Cernusco soggetto capofila, hanno aderito al Piano Territoriale di Conciliazione dell'ASL Milano 2 ed hanno presentato uno specifico progetto formando un'alleanza territoriale e coinvolgendo altri partner pubblici e privati. Tra questi, oltre a 4 distretti sociali dell'ASL Milano 2 in rappresentanza dei 28 Comuni, aderiscono AFOL EST Milano, Centro Studi ALSPEs, Associazione Economia e Sostenibilità, Consorzio Sociale CS&L, Cooperativa Sociale Punto D'Incontro, CGIL Milano, CISL Milano Metropoli, UIL Milano.

**Il Piano conciliazione dell'Asse Adda Martesana ha come obiettivo prioritario la diffusione di una cultura di conciliazione nel tessuto produttivo rappresentato dalle piccole e grandi imprese del nostro territorio, non perdendo di vista il tema dell'occupazione e del rilancio delle produttività nella Martesana.**

E' questo il focus che l'alleanza territoriale ha individuato, in questa precisa fase storica, al centro della propria attenzione.

Per realizzare questo obiettivo si attiveranno nel 2015 due tipi di intervento:

- Da un lato interventi volti a valorizzare e a promuovere buone prassi di conciliazione tra tempi lavorativi e esigenze familiari in una logica di contaminazione che dovrebbe diffondersi dalle imprese virtuose già attive nel campo della conciliazione alle imprese potenzialmente ricettive ma non ancora attivate.
- Dall'altro interventi di sostegno alle imprese con incentivi economici diretti per attività sperimentali che rispondono ad esigenze di conciliazione al fine di rendere trasferibili i modelli organizzativi di conciliazione al più ampio numero di realtà produttive.

Pertanto, attraverso specifici bandi pubblici, aperti e secondo logiche di trasparenza a cui le amministrazioni comunali sono chiamate ad attenersi, si intende sollecitare gli imprenditori e premiare chi intende realmente investire in conciliazione e rendersi disponibile ad esportare modelli organizzativi virtuosi.

Il sostegno alle imprese potrà avere le seguenti forme :

Sostegno alle imprese attraverso una consulenza specialistica per introdurre modelli organizzativi facilitanti la conciliazione per i propri lavoratori/lavoratrici

Incentivi economici diretti alle imprese che introducono interventi/servizi di conciliazione e di welfare aziendale

Contributi economici erogati direttamente ai lavoratori/lavoratrici che fruiscono di servizi di conciliazione attraverso forme di voucherizzazione.



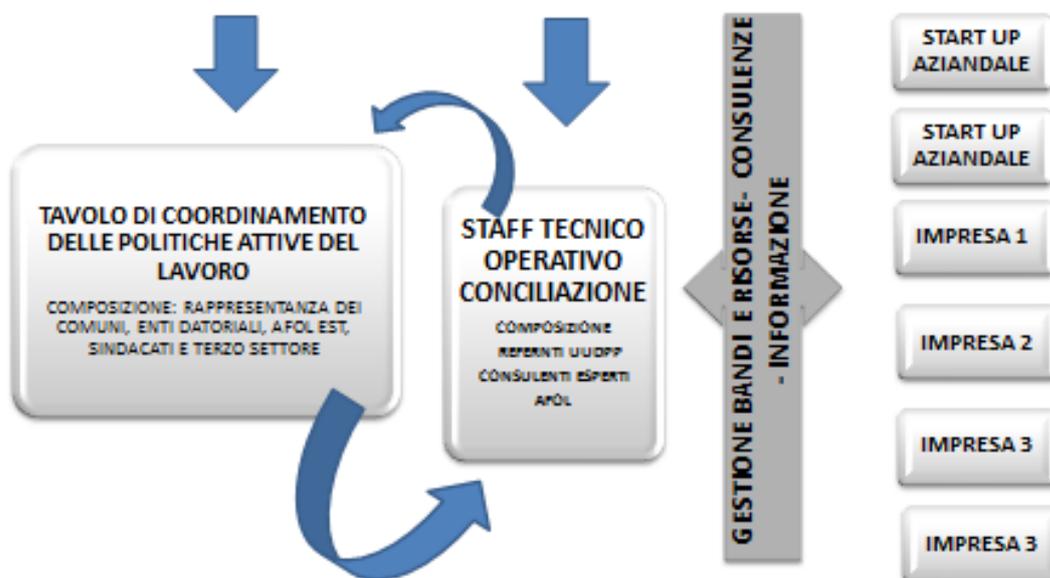
Le aziende che presenteranno domanda dovranno avere tutti i requisiti richiesti dal bando, e in particolare dovranno mostrare attenzione prioritaria per i lavoratori che hanno carichi di cura (minori, anziani, persone con disabilità) ed essere disponibili a introdurre sistemi di monitoraggio per rilevare i fabbisogni conciliativi dei propri lavoratori.

In sintesi uno schema che rappresenta il Piano dell'alleanza Adda Martesana 2014 – 2015

## Assetto del sistema di governo

**ASSEMBLEA INTERDISTRETTUALE PER LO SVILUPPO PRODUTTIVO E  
IMPRENDITORIALE DELL'ASSE ADDA MARTESANA**

COMPOSIZIONE: 28 SINDACI DEI SINDACATI 3-4-5-B-ASL MI 2



Il nuovo triennio rappresenta il periodo in cui il lavoro di raccordo tra ente pubblico e imprese dovrà evolversi e rappresentare una costante nella programmazione delle nuove politiche di welfare locale.

In raccordo con la nuova programmazione sulle politiche giovanili, l'eventuale quota premiale che verrà riconosciuta al Piano dell'Alleanza Adda Martesana da parte di Regione Lombardia, verrà destinata a start up aziendali gestite da giovani, che all'interno delle proprie organizzazioni prevedano strategie e misure di conciliazione tempi e lavoro in favore dei soci e lavoratori dell'azienda.



#### **4. POLITICHE PER IL LAVORO: IL TAVOLO DI COORDINAMENTO PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO E IL PROTOCOLLO PER LA COLLABORAZIONE, LA PROMOZIONE E LA PROGETTAZIONE DELLO SVILUPPO ECONOMICO, DELL'INNOVAZIONE E DELL'OCCUPAZIONE**

L'attuale quadro di trasformazione istituzionale portato dalla costituzione futura della Città Metropolitana di Milano, i forti cambiamenti dell'assetto del territorio derivanti dall'insediamento delle nuove infrastrutture che attraversano buona parte dei comuni del nord est, la costante riduzione di risorse economiche, impongono un necessario ripensamento dell'organizzazione delle amministrazioni comunali della provincia di Milano su numerosi ambiti di intervento, tra i quali anche lo sviluppo e la valorizzazione di competenze, conoscenze e nuove strategie che contribuiscano al rilancio economico e produttivo del territorio.

Le amministrazioni comunali dell'asse Adda Martesana hanno in più ambiti manifestato la volontà di rilancio economico ed occupazionale del territorio attraverso la messa in atto di azioni concrete volte ad arginare e contrastare la crisi del lavoro che sta penalizzando i cittadini e le piccole, medie e grandi imprese della zona.

Accedere e gestire nuove forme di entrata, attraverso bandi, da investire su specifici piani territoriali, richiede l'impiego di nuove competenze e risorse umane "esperte" che oggi i comuni, in forma singola, non sono in grado fornire. Centrale per i comuni è la possibilità di accedere a nuove risorse da mettere in campo per azioni concrete e sperimentali.

Lo sviluppo economico e le politiche attive del lavoro, pur non di diretta pertinenza dei Comuni, rientrano oggi a pieno titolo fra gli obiettivi dello stesso Piano di Zona, integrati con le politiche sociali attraverso forme sinergiche fra soggetti innovativi che coordinino lo sviluppo territoriale in un'ottica di sostenibilità economica, sociale e ambientale.

Nella situazione di crisi economica e finanziaria e di difficoltà del settore produttivo e terziario attuale, si pone l'esigenza di prevedere la possibilità di attivare forme di coordinamento dei vari interventi per fronteggiare l'emergenza Welfare con le altre politiche attive in materia "sociale".

Con la consapevolezza che la questione "lavoro, occupazione e territorio" non sia più trattabile a livello comunale, ma necessiti di un accordo territoriale più ampio, un ruolo attivo e propulsivo possono svolgere i due importanti strumenti di programmazione locale sottoriportati, i quali con diversa composizione e finalità, affiancano e supportano le amministrazioni comunali di 4 distretti (3,4,5 e 8 ASL MI 2) nel complesso compito di fornire nuove risposte ai cittadini, al territorio e alle imprese:

- 1) Il "Tavolo permanente di coordinamento sullo sviluppo delle politiche attive del lavoro",** organismo interdistrettuale disciplinato da un Protocollo d'intesa sottoscritto da Enti locali, Organizzazioni sindacali, Enti datoriali, Acli, Caritas e soggetti del terzo settore, con l'obiettivo di svolgere un'azione congiunta sul territorio di contrasto al fenomeno della crisi occupazionale ed orientata alla ricollocazione lavorativa;



Il "**Protocollo d'intesa tra Amministrazioni comunali dell'area Adda Martesana**" finalizzato a rilanciare l'occupazione in tale area, anche attraverso la sperimentazione di modalità innovative di rilancio produttivo e di iniziative che la rendano maggiormente attrattiva a nuove imprese, attraverso il ricorso a nuove risorse da bandi anche europei.

Entrambi gli organismi, attraverso le proprie analisi, studi e azioni specifiche, rappresentano un bacino di conoscenze e proposte, propedeutiche e di stimolo anche per nuove azioni e interventi più settoriali, quali, le politiche giovanili (nuove start up aziendali giovanili) e le politiche di conciliazione tempi e lavoro e famiglia.



## 5. LA COLLABORAZIONE CON L'UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

In seguito a una esperienza di collaborazione tra il Comune di Gorgonzola e il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, conclusasi positivamente nell'aprile del 2015, la quale prevedeva interventi formativi nell'ambito del corso di Laurea Magistrale in Programmazione e Gestione delle Politiche e dei Servizi Sociali aperti a tutti gli operatori del Distretto, è emersa la volontà di ampliare l'orizzonte della cooperazione tra i soggetti coinvolti.

A tale scopo, su proposta dell'Ateneo, l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci ha deliberato in data 8 aprile 2015 l'adesione dei Comuni del Distretto a una più ampia convenzione con l'Università, che verrà stipulata prima dell'estate 2015, in seguito alla formalizzazione dei necessari passaggi istituzionali.

Nella convenzione in parola sono espliciti i riferimenti alla programmazione sociale 2015-2017, al ruolo fondamentale di raccordo territoriale svolto dall'Ufficio di Piano, nonché, non da ultimo, all'importanza strategica della costituenda Unione dei Comuni della Martesana.

La convenzione avrà durata triennale, al fine di allineare l'orizzonte temporale dei diversi strumenti di programmazione, e assumerà la forma di una "convenzione – quadro", la cui attuazione concreta sarà affidata a interventi specifici da concordarsi tra le parti nel corso del triennio.

In estrema sintesi, lo scopo della convenzione consisterà nell'avviare una forma stabile di cooperazione, *al fine di sviluppare e organizzare al meglio le potenzialità del sistema della ricerca scientifica e della formazione, e del sistema di riordino del territorio, come previsto dalla Legge n. 56 del 7 aprile 2014 "Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni", attraverso un progetto che possa connettere tra loro l'Università come agente di sviluppo locale e i Comuni del Distretto, anche nella prospettiva di avviamento dell'Unione dei Comuni della Martesana, in qualità di organizzazione sovra comunale orientata a fornire una risposta efficace ed efficiente ai bisogni del territorio.*

Gli interventi previsti, elencati a titolo esemplificativo nel testo della convenzione, comprendono attività di collaborazione scientifica e culturale, attività didattiche, attività di tirocinio e stage, attività di ricerca, consulenza e formazione continua, partecipazione a bandi regionali, nazionali, europei e internazionali di sostegno finanziario.

I Comuni del Distretto ritengono che un accordo siffatto, che prevede forme di collaborazione continuativa nel triennio, costituisca una concreta attuazione del necessario partenariato tra soggetti istituzionali e ambienti accademici, in un'ottica di crescita professionale degli operatori, di confronto continuo con la comunità scientifica e di sviluppo delle comunità di riferimento.



## CAPITOLO 8 IL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE

*“Tutte le scelte, dalle più banali alle più importanti, da quelle strettamente personali a quelle che investono il destino di gruppi o di intere comunità, dipendono dalla quantità e qualità delle informazioni di cui disponiamo e dalla nostra capacità di utilizzarle... Quando l'informazione manca o quando, essendo disponibile, non è utilizzata, i problemi rimangono insolubili. Questo accade anche per i problemi della vita quotidiana. Solo la registrazione, la selezione e l'uso accorto delle informazioni limita la forza del caso e diminuisce il rischio dell'insuccesso...”*

**Nicola Abbagnano, 1971**

### 1. PRESENTAZIONE

La legge 8 novembre 2000 n° 328 (*“Legge-quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*) riconosce al *“Segretariato Sociale”* la funzione di servizio essenziale finalizzato a promuovere l'esigibilità dei diritti di cittadinanza sociale delle persone che rientrano a pieno titolo tra quelli tutelabili ai sensi degli artt. 2, 3 e 38 della Costituzione. Molte regioni, che hanno legiferato in materia di servizi sociali sugli orientamenti della legge quadro, hanno ripreso tale servizio a volte con denominazioni diverse: sportello unico d'accesso, porta sociale, sportello di cittadinanza ecc. dando anche connotazioni diverse e/o ricalcando magari funzioni di URP (uffici relazioni con il pubblico) e/o funzioni già svolte da altri servizi per es. i patronati.

In alcuni casi si intravede un servizio, in altri casi una semplice funzione, in alcuni casi disgiunto dal servizio sociale professionale e in altri casi sovrapponendolo senza rispondere alle finalità peculiari di questo servizio che sono: **ascoltare, informare, orientare, accompagnare, inviare ad altri servizi specialistici**.

I diritti di cittadinanza e l'esigibilità delle prestazioni sociali sono strettamente condizionati alla possibilità di accedere alle informazioni sulle opportunità offerte dalla rete dei servizi, ma soprattutto alla possibilità di essere orientati nella scelta più adeguata in presenza di un bisogno sociale, anche inespresso.

Il Segretariato sociale, così come è stabilito dalla citata legge nonché dal *“Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003”*, si configura, infatti, in termini di struttura che gestisce informazioni dettagliate, aggiornate e personalizzate sulle risorse sociali presenti nel territorio, sulle procedure e modalità per accedervi e sulle relative normative. Nell'ambito delle finalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali, il segretariato sociale, più che un servizio assistenziale, costituisce un compito istituzionale proprio degli enti locali. Tale approccio è integrato in una logica di prevenzione, riduzione o eliminazione delle condizioni di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.



Rendere accessibile alla cittadinanza l'informazione sociale ha indubbiamente una valenza significativa in quanto promuove in termini sostanziali la partecipazione dei cittadini alla vita sociale e democratica.

Molti diritti sociali sono disattesi perché gli eventuali fruitori ne ignorano addirittura l'esistenza. Ma molti diritti rimangono disattesi anche perché i possibili interessati si arrestano di fronte alle complessità burocratiche e procedurali che incontrano per accedervi.

## **2. IL SEGRETARIATO SOCIALE NEL "WELFARE DI ACCESSO" ALLA RETE DEGLI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI**

Secondo il Piano nazionale, la funzione essenziale del segretariato sociale risponde all'esigenza primaria dei cittadini di:

- *avere informazioni complete sulla gamma dei diritti, delle prestazioni e delle modalità di accesso al sistema locale dei servizi sociali e al sistema dei servizi sociosanitari;*
- *conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui i cittadini vivono, che possono risultare utili per affrontare esigenze personali e familiari nelle diverse fasi della vita.*

In particolare, sempre secondo il Piano nazionale, *l'attività di segretariato sociale è finalizzata a garantire: unitarietà di accesso, capacità di ascolto, funzione di orientamento, funzione di filtro, funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse, funzione di trasparenza e fiducia nei rapporti tra cittadino e servizi, soprattutto nella gestione dei tempi di attesa nell'accesso ai servizi.*

Informare ed orientare è, dunque, il compito fondamentale e precipuo del Segretariato sociale: informare ed orientare gli utenti del sistema integrato di interventi e servizi sociali al fine di evitare che i medesimi esauriscano le loro energie nel procedere, per tentativi ed errori, nella ricerca di risposte adeguate ai loro bisogni.

***Le politiche sociali universalistiche promosse dalla legge 328 mirano ad accompagnare gli individui e le famiglie lungo l'intero percorso della vita, in particolare, a sostenere le fragilità, rispondendo ai bisogni che sorgono nel corso della vita quotidiana e nei diversi momenti dell'esistenza (in relazione all'età, alla presenza di responsabilità familiari o alla esigenza di conciliare queste ultime con quelle lavorative), sostenendo e promuovendo le capacità individuali e le reti familiari (cfr. Piano nazionale, parte prima)***

In altri termini, obiettivo strategico del Segretariato Sociale è quello di promuovere l'esigibilità dei diritti, consentendo l'accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali che, come è stabilito dalla legge, *"ha carattere di universalità."*

Attraverso il segretariato sociale si vuole in particolare evitare che proprio le persone e le famiglie più fragili e meno informate vengano scoraggiate nella ricerca di aiuto a fronte di barriere informative, culturali, organizzative o burocratiche che vanno comunque rimosse.

***Si legge nel Piano Nazionale 2001-2003, "affinché le politiche sociali siano veramente universalistiche, è necessario che le persone e le famiglie con situazioni di bisogno più acuto o in condizioni di maggiore fragilità siano messe in grado di poter accedere ai servizi rivolti a tutti, oltre che eventualmente a misure e servizi specificamente dedicati. A questo scopo non basta definire graduatorie di priorità che potrebbero, da sole, avere persino un effetto di segregazione.***



***Occorre soprattutto sviluppare azioni efficaci miranti a facilitare e incoraggiare l'accesso ai servizi e agli interventi disponibili" a livello di ogni singolo territorio.***

Sul piano organizzativo, il Segretariato sociale in ogni Ambito territoriale (Comune o Comuni associati) si concretizza mediante l'istituzione di una "**porta unitaria di accesso**" al sistema locale dei servizi sociali e socio-sanitari a rete che garantisca il seguente standard qualitativo:

- accoglienza nei confronti della più ampia tipologia di esigenze;
- capacità di assolvere, sul piano tecnico, le funzioni sopra indicate.

Il cittadino che si rivolge al Segretariato sociale, oltre ad avere informazione ed orientamento rispetto al sistema di offerta pubblica (intendendo con ciò sia quella gestita direttamente dalla pubblica amministrazione sia quella erogata tramite soggetti accreditati o autorizzati), solidaristica e di auto-aiuto.

Presente nel *welfare* locale, potrà avere informazioni anche sui soggetti privati che erogano servizi a pagamento, sulle tariffe praticate e sulle caratteristiche dei servizi erogati.

### **3. SEGRETARIATO SOCIALE ED ALTRI SERVIZI DI INFORMAZIONE SOCIALE**

Il segretariato sociale, così concepito, non si sovrappone alle competenze né alle specificità delle strutture deputate all'informazione relativa all'attività dell'Amministrazione di appartenenza (per esempio l'URP), né dei servizi informativi di categoria (Informagiovani, Informalavoro, InformaHandicap, servizi per anziani, ecc.).

Al contrario, pubblicizza la presenza e le caratteristiche di tutta la rete dei servizi informativi razionalizzando ed accrescendo le potenzialità informative di ognuno. Svolge un efficace lavoro di rete, stimola la circolarità dei flussi informativi, contribuendo a creare serbatoi di alimentazione di una banca-dati a vantaggio di tutti i soggetti.

Il segretariato sociale, di fatto, rappresenta un'opportunità organizzativa nuova nel sistema dei servizi: è il punto di confluenza delle informazioni e, quindi, il punto di riferimento per operatori appartenenti ad istituzioni e con professionalità diverse che desiderano conoscere la disponibilità delle risorse informative per rendere più efficace e mirato l'intervento a favore della propria utenza. In sostanza, il segretariato sociale si configura sicuramente quale momento di raccordo per lo sviluppo di un lavoro che crea integrazione tra le risorse e gli operatori del territorio ed un coinvolgimento delle varie professionalità.

### **4. L'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE DEL SEGRETARIATO SOCIALE: L'INFORMAZIONE SOCIALE**

Il segretariato sociale vuole garantire, attraverso lo strumento dell'informazione sociale precisa, dettagliata,

aggiornata e regolata sull'esigenza della persona, a tutti i cittadini residenti o dimoranti in un determinato territorio pari opportunità di fruizione e completa accessibilità ai servizi sociali.

In tale contesto, le funzioni del segretariato sociale possono essere riassumibili in più **dimensioni**:

#### **a) Informare:**

*"rispondere alla richiesta dell'utente con una informazione aggiornata e connotata da esattezza, rapidità, estensione(...) perché l'informazione costituisca un servizio effettivo che eviti il peregrinare verso altre sedi, la risposta(...) richiede che l'operatore conosca (...) la risorsa a cui rimanda e la sappia inquadrare nel contesto socio-economico-giuridico esprimendosi con un linguaggio semplice e chiaro(...)". (Adriana Cortesi Gay, in Rassegna di Servizio Sociale, n.3/2002).*



Alle esigenze in campo sociale dei cittadini si deve fare fronte mediante un'informazione caratterizzata dalla accuratezza e dall'aggiornamento, in un'ottica di integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro.

Ma soprattutto la domanda dovrà essere decodificata: nel senso che chi gestisce il servizio di Segretariato Sociale dovrà comprendere quali ragioni muovono la domanda, per poter offrire una risposta adeguata ai bisogni che la persona esprime.

Informare significa anche promuovere la partecipazione della comunità locale, concorrendo a mettere in atto iniziative informative mirate sui diritti previsti dalla normativa locale, regionale o nazionale e sulle opportunità offerte dalla rete locale dei servizi che rischiano spesso di rimanere sconosciute alla maggioranza della popolazione.

**b) Fornire consulenza e aiuto:**

Nel campo dei servizi sociali alcune persone richiedono informazioni per conoscere alternative ed opportunità che permettano loro di effettuare la scelta più idonea. Altre persone, in quanto gravate da carenze fisiche, psichiche e culturali, non sono in grado di utilizzare autonomamente e correttamente l'informazione acquisita.

Agli operatori incaricati della gestione del servizio di Segretariato sociale può essere, quindi, richiesto di trasmettere direttamente al servizio competente la richiesta proveniente dal cittadino, assumendo un ruolo attivo nel contatto tra cittadino e servizio richiesto.

Esiste tutta un'area di attenzione all'utente che il nuovo *Welfare d'accesso* richiede e che non appartiene direttamente alla cultura del servizio sociale professionale che è quella della diffusione di informazione e della sensibilizzazione rispetto ai diritti dei cittadini, azioni che incidono tutte direttamente sulla crescita della qualità della domanda e delle aspettative degli utenti e che vengono sviluppate a prescindere dalla richiesta diretta di un utente, e che, addirittura, dovrebbero essere rivolte prioritariamente a chi non sembra avere una domanda da manifestare, o perché non conosce i propri diritti e le opportunità che il sistema di welfare riserva per i diversi gruppi di cittadini, o perché non ha gli strumenti per esercitare tali diritti.

**c) Osservatorio sulla situazione globale del territorio:**

la molteplicità delle tipologie di utenti, i numerosi contatti e collegamenti con altri servizi consentono di verificare continuamente anche attraverso la stessa utenza la validità e congruità della risorsa al bisogno manifestato. La conoscenza obiettiva della rete dei servizi indirizzata a rispondere ai diritti e ai bisogni dei cittadini, consente di poter offrire alle sedi decisionali un aggiornamento puntuale sulla reale situazione dei servizi e della normativa, di effettuare una valutazione costante sia sulle ragioni che determinano risposte insufficienti sia su come si modifica la domanda della popolazione.

Attraverso le elaborazioni delle richieste pervenute e delle osservazioni sui servizi raccolte nell'attività d'ascolto si può effettuare un attento monitoraggio dei bisogni sociali dei cittadini (nuove domande e disagi diffusi ma ancora non tradotti in domanda sociale) e confrontare tali dati con l'adeguatezza della risposta offerta dalla rete dei servizi.

Tale attività dovrebbe essere svolta periodicamente per offrire elementi di valutazione utili al Sistema informativo Sociale e agli amministratori locali responsabili della programmazione

**d) Promozione alla partecipazione e sviluppo della dimensione preventiva ed educativa della comunità**



in collaborazione con altre strutture promuovere incontri dibattiti su temi relativi alla dimensione preventiva ed educativa che toccano la vita quotidiana dei cittadini e possono interessare la maggioranza della popolazione .

## **5. SEGRETARIATO SOCIALE E SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE**

La funzione del segretariato sociale differisce da quella della presa in carico da parte del Servizio Sociale professionale.

Non dovrebbe esistere il rischio di sovrapposizione di competenze, dal momento che le funzioni del servizio sociale professionale sono finalizzate alla presa in carico della persona, della famiglia o del gruppo sociale, nonché all'accompagnamento e all'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione, mentre il segretariato sociale si configura essenzialmente come un servizio alla persona e alla famiglia per l'informazione sociale.

E' importante che le due funzioni: del Servizio Sociale professionale e del Segretariato Sociale siano ben distinte a livello organizzativo perché il sovrapporsi delle due funzioni genera confusione sia nella fase di presa in carico "leggera" da parte del servizio di Segretariato Sociale che nella definizione successiva della presa in carico globale della persona. Distinguere ruoli e compiti crea chiarezza da parte dell'utenza sulle richieste da portare al servizio al quale in quel momento fa riferimento.



Qui di seguito la differenziazione di funzioni:

Segretariato sociale	Servizio sociale professionale
L'utenza del segretariato sociale è più ampia e variegata: il relativo servizio, infatti, è rivolto a tutti i cittadini, ai quali fornisce informazioni relative a prestazioni, interventi e servizi appartenenti ad una molteplicità di aree.	L'utenza del servizio sociale professionale è di fatto composta da cittadini fragili, in situazioni di disagio sociale o, comunque, alle prese con problematiche complesse.
Il segretariato sociale, fornisce adeguate informazioni, facendo leva sulle capacità delle singole persone di gestire la propria vita anche al fine di prevenire situazioni problematiche.	Il servizio sociale professionale si fa carico di situazioni problematiche e concorre al loro superamento attraverso progetti personalizzati
Il segretariato sociale utilizza l'informazione come strumento primario, orientando e smistando al servizio sociale professionale o ad altri servizi specializzati chi necessita di interventi mirati.	Il servizio sociale professionale utilizza le informazioni in sede di trattamento dei singoli casi
Il segretariato sociale eroga le prime attività di assistenza e di presa in carico "leggera" (ricostruendo la situazione di bisogno che il cittadino manifesta, aiutandolo ad acquisire consapevolezza della propria situazione, orientandolo alla individuazione delle opportunità da utilizzare, accompagnandolo all'accesso ai servizi).	Il servizio sociale professionale assicura le attività di assistenza e di presa in carico globale della persona e del suo nucleo familiare

## 6. FUNZIONI PRINCIPALI DEL SERVIZIO DI SEGRETARIATO SOCIALE

Le funzioni principali si possono riassumere in : accoglienza, informazione, consulenza e sostegno psico-sociale, accompagnamento e orientamento, promozione e partecipazione, osservatorio e monitoraggio.

### **L'accoglienza:**

E' un processo dinamico influenzato da varie componenti: professionali, organizzative e operative, in cui assume rilevanza prioritaria la relazione, l'ascolto, l'attenzione, la comunicazione



non verbale dell'operatore.

#### **L'informazione**

Deve essere sempre personalizzata cioè aderente alle esigenze del cittadino, può tradursi in una semplice risposta alla richiesta o può richiedere azioni di chiarificazioni, di interpretazioni di quesiti o domande facendo intravedere un'attività di consulenza. In ogni caso la risposta, aggiornata-chiara e esatta, presuppone la conoscenza della risorsa a cui rimanda e il relativo contesto socio-economico-giuridico.

#### **Consulenza e sostegno psicosociale**

Tali attività presuppongono una decodifica della domanda, una valutazione degli elementi che consentono di restituire alla persona le indicazioni che l'aiuteranno a capire cosa deve fare e come deve muoversi. Questa attività può eventualmente non esaurirsi nel primo incontro, ma potrebbe richiedere un ulteriore appuntamento, nel caso occorra acquisire altre conoscenze o fare una ricerca.

Se invece la situazione mette in campo altre necessità di ricerca, di studio, d'approfondimento o di coinvolgimento di altri operatori allora si passa nell'ambito del trasferimento e della presa in carico da parte del servizio sociale professionale

#### **Accompagnamento**

questa attività in molte realtà regionali è intesa solo come accompagnamento fisico della persona o aiuto alla compilazione di moduli, documenti necessari all'ottenimento della prestazione, mentre va presa fortemente in considerazione l'attività prima descritta (consulenza e sostegno psico-sociale) che aiuti e accompagni la persona in difficoltà a capire di più del suo bisogno, a sedare l'ansia, a mettere ordine alle sue domande e ad affiancarlo nell'individuazione della risposta a lui più confacente, in pratica *a delineare il suo percorso di risposta.*

#### **Promozione e partecipazione**

è realizzata, anche con la collaborazione di altre strutture e servizi, attraverso la promozione della persona, della sua emancipazione e dell'affermazione dei suoi diritti, nonché la sua partecipazione attiva all'interno delle istituzioni e dei servizi.

Nel segretariato sociale emerge la dimensione comunitaria del lavoro professionale che porta alla programmazione qualificata degli interventi e alla prevenzione dei bisogni dell'area sociale.

#### **Osservatorio e monitoraggio**

crea connessioni fra bisogni e risorse, consente di individuare meglio e interpretare i bisogni espressi dalla comunità, in quanto sede privilegiata di "sensore sociale". Mette in atto strumenti di misura per valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle risposte. Concorre a definire la "diagnosi sociale", costituendo un osservatorio epidemiologico, sul quale programmare e realizzare al meglio gli interventi e i servizi sociali, così come individuati dalla legge 328/00. Per tali specifici interventi il Segretariato Sociale deve avere uno stretto rapporto con il Servizio Sociale professionale e con l'Ufficio di piano.



Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Garanzia ai cittadini di una porta unica di accesso al sistema di welfare locale competente e uniforme</b>	strategico	Riorganizzazione in ogni comune del distretto della funzione di segretariato sociale, attraverso un modello metodologico e organizzativo unitario, e con una strutturazione oraria proporzionale alle dimensioni e alla popolazione del comune.	<u>Risorse economiche:</u> Bilanci Comunali  <u>Risorse professionali</u> Assistenti sociali Personale amministrativo	Cartella sociale elettronica Banche dati comunali Siti internet istituzionali protocolli tra enti	<u>Quantitativi</u> Nr. di ore medio dedicato alla funzione Nr. di accessi suddiviso per comune  <u>Qualitativi</u> Ore di formazione del personale sociale e amministrativo di comuni e altri enti del territorio  Composizione e qualità della rete di comunicazione tra enti	<u>Quantitativi</u> nr minimo di ore di segretariato settimanale pari a 15 per comune  <u>Qualitativi</u> almeno 12 ore di formazione congiunta tra operatori afferenti a Enti diversi	Cartelle socio-sanitarie integrare Banche dati di enti diverse a confronto Report della formazione Sistemi di registrazione della customer satisfaction	avvio della procedure unitarie sul distretto:  gennaio 2016



## CAPITOLO 9

### IL SERVIZIO DISTRETTUALE INTEGRATO PER LA FAMIGLIA E I MINORI

#### 1. PREMESSA

Il comune è il “naturale” punto di riferimento istituzionale per le famiglie che vivono in un determinato territorio. D’altro canto, sotto un profilo sociale e politico, le istituzioni, e dunque “in primis” gli Enti locali, hanno sempre fatto leva sulla vocazione originaria della famiglia a prendersi carico delle proprie componenti più deboli. Pertanto è corretto dire che il primo terreno d’incontro tra amministrazione locale e famiglia è proprio quello della cura, dove la famiglia svolge un ruolo sociale insostituibile.

Nei comuni dove opera una buona rete di servizi socio-assistenziali, le responsabilità di cura delle famiglie sono istituzionalmente sostenute e accompagnate. Si è ormai affermato - nella pratica sociale prima ancora che nella teoria - il principio per cui il sostegno ha come proprio orizzonte di riferimento non tanto il singolo destinatario dell’intervento, ma piuttosto la famiglia come microcosmo sociale, attore fondamentale del welfare comunitario e partner articolato e diffuso in una complessa “alleanza di cura”.

Negli anni più recenti, si è affermata una precisa consapevolezza circa la necessità di promuovere politiche familiari secondo un quadro più ampio e diversificato rispetto a quello meramente socio-assistenziale. Le politiche familiari, in quest’ottica, non devono riguardare strettamente l’ambito dei servizi alla persona, ma operare e incidere sulla vita della comunità locale nel suo complesso; le logiche d’intervento non devono limitarsi alle famiglie cosiddette “in difficoltà”, ma devono ampliare il proprio raggio di riferimento fino a coinvolgere le famiglie in generale, viste non – riduttivamente – come episodiche destinatarie di atti amministrativi, ma come soggetti virtualmente protagonisti, partners oggettivi nella definizione di linee d’azione destinate comunque a produrre significativi cambiamenti nella morfologia sociale presente.

Ecco perché consideriamo opportuna l’istituzione di un “osservatorio” sulla situazione generale delle famiglie, quale strumento qualificato finalizzato alla raccolta sistematica di dati e di informazioni relativi al contesto socio-familiare del territorio. Occorre infatti costruire una base analitica sufficientemente ricca ed elaborata in grado di sostenere il passaggio da attività di carattere episodico ed emergenziale a politiche familiari di medio periodo, programmate e concretamente motivate da un forte ancoraggio al concreto contesto sociale. In questa dimensione di “progettazione permanente” - dove acquistano senso compiuto strumenti quali i piani di zona o politiche capaci di coinvolgere gli attori sociali del territorio attraverso la creazione di reti o strutture anche innovative – giocano un ruolo attivo fondamentale proprio le famiglie, organizzate mediante la costruzione di adeguate figure di rappresentanza.

Per concludere: le politiche familiari devono essere politiche “strutturali”, non più di emergenza o meramente assistenziali. Devono essere complementari alle politiche sociali e precederle. Così impostate, sono politiche attive e creative, perché promuovono l’agio e il benessere mentre cercano di prevenire il disagio e il malessere delle persone e delle famiglie stesse. In questo loro operare fanno leva sulle situazioni concretamente esistenti nel momento stesso in cui contribuiscono a cambiarle. Sono dunque politiche che presuppongono - quali condizioni necessarie di efficacia – comprensione e conoscenza e per questo richiedono operatori sagaci



oltrech  appassionati (laddove invece la vecchia cultura dell'emergenza, legata per sua natura all'episodio, non necessita di particolare studio se non di un'attenta istruttoria del fatto singolo: suo dovere infatti   soltanto intervenire a fronte di una richiesta di aiuto esplicita).

Aggiungiamo che le politiche dell'emergenza sono di per s  dispndiose, come l'esperienza quotidiana ci dimostra: la promozione e la programmazione di politiche familiari nel senso sopra detto producono invece nel tempo un risparmio netto di risorse e una razionalizzazione delle politiche di bilancio, meno esposte al rischio di interventi emergenziali, come tali poco prevedibili. Il progetto cos  come declinato prende le mosse da queste convinzioni. Esso intende farsi strumento dell'auspicato passaggio da politiche familiari riduttivamente impennate su interventi di tipo assistenziale a politiche di prevenzione e promozione orientate alle famiglie nella loro generalit  e "normalit ". La struttura organizzativa e normativa dei servizi dovr  riflettere il superamento della vecchia modalit  "assistenziale" e favorire invece un approccio complessivo, differenziato e articolato, capace di eleggere le famiglie a potenziali co-protagoniste di politiche in grado di affrontare la complessa fenomenologia sociale che ci sta davanti. In questa prospettiva, si   avviato il superamento di quei dualismi strutturali, di quelle fratture interne ai servizi (per esempio tra operatori in capo all'Ente e operatori dipendenti dal soggetto aggiudicatario) che, direttamente o indirettamente, potevano essere dettati dalla mancata o carente definizione di una sostanziale unitariet  di politiche e di obiettivi. Questa sostanziale unitariet  e omogeneit  di approccio, che   speculare all'interdipendenza oggettiva dei fenomeni che siamo chiamati a interpretare e – nei limiti del possibile e del necessario – a cambiare, diventa oggi l'orizzonte operativo da realizzare.

## 2. UN PO' DI STORIA

Gi  nei Piani di zona delle precedenti triennalit  fra gli obiettivi prioritari si evidenziava la necessit  della costituzione di un servizio distrettuale per la tutela Minori.

Stante la criticit  di natura tecnico professionale (esperienza non positiva del servizio NOM, Nucleo operativo minori, dell'azienda ASL) e le perplessit  di natura politica (anche gli assessori in quella fase di ritiro delle deleghe ad ASL, sulla scorta dell'esperienza negativa del NOM, non erano convinti della bont  della scelta) si lavor  affinch  si formassero gli operatori per perseguire l'obiettivo di cui sopra in un tempo medio lungo.

Venne attivata dapprima la formazione/supervisione per gli AASS e gli psicologi dei Comuni del Distretto, affidandola all'agenzia APSA; successivamente l'attivit  formativa del personale prosegu  affidando a IRS l'analisi degli interventi e la costruzione della cartella sociale da utilizzare nei servizi di Tutela dei Comuni.

Da allora si   tentato di lavorare sulle buone prassi con l'obiettivo di condividerle tra i servizi minori e famiglia dei singoli comuni, consolidando il patrimonio professionale acquisito e proseguendo dunque il lavoro nei Tavoli dedicati alle progettazioni sull'area della famiglia e dei minori e nell'incontro periodico degli Assistenti sociali competenti nell'area.

Il nuovo Piano di zona triennio 2015-2017 prevede lo sviluppo della progettualit  del servizio distrettuale, quale naturale corollario del lavoro svolto negli anni precedenti.



### **3. LA SITUAZIONE LOCALE DELLE POLITICHE A FAVORE DELLA FAMIGLIA E DEI MINORI**

#### La programmazione distrettuale

La governance dell'Area Minori e Famiglia, nell'attuare le linee programmatiche approvate dall'Assemblea dei Sindaci, prevede un organismo tecnico-operativo denominato "Tavolo tematico Area Minori e Famiglia", previsto nell'Accordo di Programma e nel Piano di Zona del triennio appena concluso, composto dai soggetti del terzo settore e dai rappresentanti dei comuni distrettuali.

L'attività di gestione tecnico amministrativa dei servizi e progetti dell'Area Minori e Famiglia è garantita dalla struttura dell'ufficio di piano, in collaborazione con il Tavolo Tecnico e con la Commissione degli Assistenti sociali competenti nella materia. Il livello tecnico monitora l'andamento dei servizi e progetti, ed eventualmente elabora proposte di modifica progettuale o di introduzione di nuovi servizi e progetti da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea distrettuale dei Sindaci.

L'Ufficio di Piano promuove sul territorio e in coerenza con la normativa nazionale e Regionale, il coordinamento degli interventi e delle politiche di accoglienza, tutela, protezione e promozione dei diritti e delle opportunità per l'infanzia e l'adolescenza.

#### Gli interventi comunali

Ogni Comune del distretto gestisce direttamente il servizio di tutela minori avvalendosi delle figure professionali necessarie (assistenti sociali e psicologi).

L'impatto organizzativo dei singoli servizi tutela è differente, in quanto diverse sono le dimensioni demografiche degli enti e la conseguente casistica dei minori in carico. E' bene sottolineare come non esista una diretta correlazione tra popolazione, figure professionali e casistica della tutela minori, in quanto i dati raccolti tra i comuni evidenziano come i territori vedano situazioni differenziate, anche in controtendenza rispetto al puro dato demografico.

*Si riporta di seguito la casistica delle famiglie in carico i rilevata nel distretto. La rilevazione si riferisce ai dati aggiornati al mese di ottobre 2014, quindi dà conto dell'attuale peso potenziale del servizio distrettuale.*



Famiglie in carico ai comuni (anno 2014)

Comune di	Nuclei familiari In carico	Di cui con decreto dell'autorità giudiziaria
BELLINZAGO LOMBARDO	20	11
BUSSERO	65	20
CAMBIAGO	20	17
CARUGATE	74	25
CASSINA DE PECCHI	70	23
CERNUSCO SUL NAVIGLIO	185	57
GESSATE	31	13
GORGONZOLA	74	57
PESSANO CON BORNAGO	42	23
<b>TOTALI</b>	<b>581</b>	<b>246</b>

#### 4. LE MOTIVAZIONI DI UNA GESTIONE ASSOCIATA

La gestione associata distrettuale del Servizio integrato per la famiglia e i minori, sarà l'obiettivo organizzativo che porterà al superamento dei singoli servizi tutela.

La dimensione minima e per alcuni versi ottimale, comprende tutti i comuni dell'ambito distrettuale, l'obiettivo strategico sarà quello di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in modo efficiente ed omogeneo.

La costituzione dell'Unione dei comuni della Martesana faciliterà nel prossimo triennio la gestione associata del servizio in quanto strumento giuridico che sostiene una pianificazione sociale ed organizzativa efficace e senza sprechi, e che in molti territori significherà la garanzia di servizi che diversamente non vi sarebbero.

I principi generali di riferimento per l'esercizio associato delle funzioni sono necessariamente:

- *sussidiarietà*: tutte le funzioni amministrative devono essere trasferite in capo ai Comuni;
- *differenziazione*: le funzioni devono essere distribuite dal legislatore in considerazione delle diverse caratteristiche demografiche, territoriali e strutturali degli enti;
- *adeguatezza*: la gestione dei servizi, per essere efficace ed efficiente, deve svolgersi in ambiti territoriali ottimali (ATO).

I principi con riferimento ai cittadini dell'ambito gestionale di riferimento sono:

- *universalismo* ed equità nell'accesso agli interventi e servizi di tutti i cittadini del territorio di riferimento con una selettività dettata attraverso i livelli essenziali;



- *equità* nell'accesso ovvero tutti i cittadini, a parità di diritti e requisiti, devono avere pari accesso alla rete dei servizi;
- *efficacia* nell'erogazione di interventi e servizi in rapporto alla condizione di bisogno del cittadino.

Si individuano poi principi in rapporto alla gestione, intesa come insieme di azioni poste in essere dall'organizzazione, per il perseguimento degli obiettivi e per compiere le scelte riguardanti le relazioni tra i suoi elementi costitutivi, che sono:

- *efficienza*: ottenere il massimo beneficio utilizzando il minimo delle risorse economiche possibili;
- *economicità*: massimizzare l'utilità delle risorse impiegate sulla base delle performance e del rispetto delle condizioni di equilibrio. In pratica attuare azioni efficaci, cioè capaci di perseguire i fini istituzionali, con l'abilità di impiegare razionalmente le risorse disponibili.

Il servizio integrato per l'intervento sulla famiglia e la tutela dei minori si inserisce, pertanto, nella rete più ampia dei servizi volti alla promozione dei diritti e delle opportunità dell'infanzia e dell'adolescenza, del sostegno alla genitorialità e alla famiglia con le seguenti finalità:

- promuovere in favore delle famiglie esperienze sul territorio di promozione del benessere, di contrasto e di prevenzione di situazioni di disadattamento, di esclusione sociale e comportamenti a rischio e/o devianti;
- promuovere, sostenere e realizzare connessioni e sinergie tra gli attori sociali del territorio attorno alle specifiche progettualità del Servizio, al fine di evitare dispersioni e sovrapposizioni;
- attivare specifiche prese in carico per quei minori che necessitano di interventi a carattere individuale;
- ripristinare il benessere dei bambini e adolescenti laddove questo sia stato messo a rischio o compromesso dalle difficoltà del nucleo familiare;
- sostenere e rafforzare, ove necessario, la relazione genitori-figli, anche in ordine alla promozione della corresponsabilità genitoriale;
- coordinare ed uniformare i servizi rivolti ai minori e alle loro famiglie in un'ottica di integrazione costante con la rete dei servizi sanitari e sociali e con le risorse del territorio;
- costruire un modello omogeneo in materia di esercizio della tutela e della protezione sociale a favore dei minori e delle loro famiglie;
- ripristinare il benessere dei bambini e adolescenti, laddove questo sia stato messo a rischio o compromesso dalle difficoltà del nucleo familiare o dai comportamenti dannosi dei genitori;
- rispondere ai bisogni di tutela dell'infanzia, individuando le più adeguate risorse protettive e riparative;



- offrire alle famiglie un aiuto competente per risolvere i principali problemi sociali psicologici e relazionali che ostacolano, impediscono o danneggiano le capacità genitoriali, al punto di richiedere, in alcuni casi, l'intervento dell'autorità giudiziaria minorile;
- operare in sinergia con la rete dei servizi pubblici e privati esistenti sul territorio;
- adempiere ai mandati dell'Autorità Giudiziaria.

## 5. RIFERIMENTI LEGISLATIVI

I principali riferimenti normativi e la cornice giuridica generale risultano essere i seguenti:

- legge 28 marzo 2001, n. 149: "Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, recante «Disciplina dell'adozione e dell'affidamento dei minori», nonché al titolo VIII del libro primo del codice civile" e legge n. 184/1983: "Disciplina dell'adozione e dell'affidamento", articoli n. 1 e seguenti. legge 31 dicembre 1998 n. 476, "Disciplina dell'Adozione Internazionale" e successivi atti normativi e di linea guida regionali; Tali dettami normativi sanciscono il diritto del minore ad essere allevato ed accudito nell'ambito della propria famiglia e l'opportunità che siano mantenuti rapporti con la stessa famiglia d'origine, qualora il minore debba essere collocato in altra famiglia o struttura socio-educativa. Assegnano, inoltre, al servizio sociale, nell'ambito delle proprie competenze e su disposizione del giudice, ovvero secondo le necessità del caso, il compito di agevolare i rapporti con la famiglia di provenienza ed il rientro nella stessa del minore, secondo le modalità più idonee, avvalendosi anche delle competenze professionali di altre strutture e servizi;
- legge 28 agosto 1997, n. 285: "Disposizioni per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza" e legge 27 maggio 1991, n. 176: "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo, fatta a New York il 20 novembre 1989", con particolare riferimento alla promozione dei diritti, della qualità della vita e dello sviluppo psico-fisico dei minori, alla realizzazione individuale ed alla socializzazione dei bambini e degli adolescenti, privilegiando l'ambiente ad essi più confacente, ovvero la famiglia naturale, adottiva, affidataria;
- legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1: "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento";
- Legge 8 marzo 2000, n° 53 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"
- legge 8 febbraio 2006, n. 54 : "Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli";



- D.P.R. 22 settembre 1988, n. 448: "Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni";
- Legge Regione Lombardia 12 marzo 2008, n. 3: "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio sanitario;
- Legge Regione Lombardia 14 dicembre 2004, n. 34 "Politiche regionali per i minori";
- Legge Regione Lombardia 6 dicembre 1999, n. 23: "Politiche regionali per la famiglia" e modifiche.
- Artt. 31 e 32 Costituzione;
- Legge n.176/91 ratifica della Convenzione di New York che introduce un vero e proprio statuto dei diritti del fanciullo;
- Legge n. 77/2003 di ratifica della Convenzione di Strasburgo sull'esercizio dei diritti del minore.

## 6. ENTE TITOLARE DELLA FUNZIONE

Le funzioni relative all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali a favore dei minori è attribuita ai Comuni dall'art. 3 del D.P.R. n. 616/1977, tale assetto è stato confermato dall'art. n. 123 del D. Lgs. n. 112/1998 e dalle Leggi Regionali n. 34/2004 e n. 3/2008.

L'art. 3 septies del D. Lgs n. 502/1992 e s.m.i. che individua la compresenza di interventi sociali, socio-sanitari e sanitari nei processi assistenziali, non modifica la titolarità delle competenze, ma implica la riflessione sulla necessaria **integrazione** del processo a fronte di titolarità differenti. A questo scopo è intervenuta anche la definizione sulla titolarità dei finanziamenti necessari a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA – DPCM 29.11.01).

## 7. LE FINALITA' GENERALI

Il servizio integrato per l'intervento sulla famiglia e la tutela dei minori che si vuole costituire a livello distrettuale, avrà la finalità ambiziosa di favorire la costruzione e la condivisione di una cultura comune fra la rete dei servizi che a diverso titolo si occupano di sostegno alla famiglia e di prevenzione del rischio evolutivo dei minori.

Offrirà dunque opportunità qualificate di intervento in una logica di promozione del benessere, di prevenzione primaria e secondaria e di trattamento del disagio.

Il **servizio integrato per la famiglia e i minori** alla luce delle competenze attribuite dalla normativa e perseguendo l'obiettivo di una forte integrazione con i servizi sanitari e con la rete, si occuperà pertanto della costruzione di un lavoro integrato fra il livello territoriale coincidente con quello comunale, il livello distrettuale coincidente con il servizio gestito in forma associata e il livello sovra distrettuale coincidente con i servizi di competenza dell'ASL e dell'AO. Il Servizio per la famiglia e i minori dovrà quindi porsi al centro del sistema di intervento nell'area della prevenzione del disagio familiare e della tutela minorile.



Si tratterà dunque di un servizio competente in materia di prevenzione del disagio minorile, di conoscenza, di progettazione psico-socio-educativa, di verifica e valutazione degli interventi riferiti ai minori segnalati ed alle loro famiglie.

Il servizio costituirà altresì l'ambito di integrazione socio-sanitaria di secondo livello e di consulenza giuridico-legale.

## 8. TIPOLOGIA DEL "SERVIZIO INTEGRATO PER LA FAMIGLIA E I MINORI"

Il servizio integrato per la famiglia e i minori dovrà realizzare le seguenti attività:

- **Interventi in contesto spontaneo** offrendo un sostegno competente a seguito di richieste spontanee di aiuto da parte delle famiglie;
- **Sensibilizzazione della comunità locale** attraverso la prevenzione e la diffusione della cultura dell'infanzia: il servizio dovrà giocare una parte fondamentale negli interventi di prevenzione e nella promozione di iniziative di sensibilizzazione e coinvolgimento della comunità locale sui diritti di crescita dei bambini e la solidarietà e il sostegno alle funzioni genitoriali. Per il raggiungimento di tali obiettivi dovranno essere proposti, a cura della aggiudicataria, momenti di confronto rivolti ad alcune categorie di testimoni privilegiati come le istituzioni educative, il volontariato, il terzo settore che operano nel territorio del comune, nell'area di intervento relativa ai minori e alle famiglie;
- **Analisi e Consulenza delle segnalazioni provenienti da interlocutori privilegiati (istituzioni educative, pediatria, servizi socio-sanitari ecc.):** il servizio dovrà creare uno spazio intermedio di confronto per prendere in attenta considerazione le preoccupazioni esistenti in merito al benessere dei bambini;
- **Prestazioni ed interventi psico-sociali ed educativi** a seguito delle richieste e dei provvedimenti emessi dall'Autorità Giudiziaria ordinaria e minorile e delle segnalazioni che pervengono dai servizi sociali dei Comuni afferenti il Distretto 4;
- **Costruire progetti d'intervento psico-socio-educativi** anche in collaborazione con gli Enti coinvolti;
- **Attivare percorsi di formazione e supervisione** per il personale/equipe multiprofessionale del servizio tutela minori in relazione agli aspetti trattamentali e giuridico - professionali;
- **Segnalazioni alla magistratura:** il servizio avrà il compito di valutare la necessità di informare la magistratura attraverso la segnalazione;
- **Indagini psicosociali e accertamenti:** il servizio svolgerà l'indagine psicosociale richiesta dall'Autorità Giudiziaria attraverso i propri operatori. L'indagine psicosociale dovrà svolgersi nei tempi prescritti dalla magistratura. Solo in casi particolari e per motivate ragioni si potrà derogare a tale tempistica.
- **Interventi di protezione (su mandato dell'Autorità Giudiziaria):** il servizio dovrà realizzare gli interventi protettivi disposti dalla magistratura sia che si tratti di sostegno e controllo delle funzioni genitoriali, nel caso in cui il minore rimanga in famiglia, sia che si tratti di interventi di assistenza educativa familiare, sia nel caso di collocamenti extra familiari. Il servizio dovrà intervenire anche nelle situazioni di urgenza (Ex art. 403 Codice Civile);



- **Valutazione delle capacità genitoriali** su mandato della Magistratura nel caso in cui prescriva ai servizi una “diagnosi” delle relazioni familiari e una
  - “prognosi” sulle possibilità di recupero della famiglia. **La valutazione** dovrà realizzarsi in un tempo variabile dai sei agli otto mesi;
- **Trattamento** in caso di **Prognosi positiva** sostegno alla relazione genitori figli, per la reintegrazione dei poteri parentali. In caso di **Prognosi negativa** fornire al minore tutti i sostegni necessari affinché la relazione con i genitori “biologici” possa essere sostituita. **Il trattamento** della famiglia potrà avere un tempo variabile di durata da uno a due anni, con sedute a frequenza progressivamente più diradata;
- **Vigilanza e controllo sulle condizioni di protezione del bambino:** il servizio dovrà garantire la regolamentazione delle visite, i contatti con la famiglia e tutti gli interventi di sostegno sociale, psicopedagogico ed educativo;
- **Valutazioni psicodiagnostiche individuali** sia dei minori che degli adulti.

## 9. IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Il Servizio dovrà essere composto dalle seguenti figure professionali (il cui numero andrà definito in relazione alle scelte che verranno operate):

- **Coordinatore del servizio**
- **Assistente sociale**
- **Coordinatore pedagogico**
- **Educatore professionale**
- **Psicologo**
- **Giurista**

La predetta equipe dovrà essere integrata dagli operatori della ASL e dell'AO.

La multidisciplinarietà delle figure professionali e la complessità della articolazione organizzativa del servizio, rendono necessario dal punto di vista funzionale operare una distinzione tra la “macro equipe integrata” composta da tutte le figure sopra citate e la “micro equipe di presa in carico”.

Alla **micro equipe** dovrà essere attribuita una funzione primaria ‘forte’ nella conduzione e gestione del caso.

La micro equipe si differenzia dall'equipe integrata, in quanto si definisce come il luogo dove viene favorita l'integrazione costante fra i diversi sguardi. Per questa ragione ogni nucleo familiare dovrà essere seguito da una micro equipe costituita da una triade: psicologo, assistente sociale, coordinatore pedagogico/educatore e, solo ove fosse ritenuto necessario, dall'esperto di diritto penale minorile.

La micro equipe rappresenta una modalità privilegiata di raccordo fra gli operatori, è un momento di pensiero comune, di scambio di idee e dei diversi punti di vista, è uno spazio di verifica sull'andamento del progetto e di modifica dello stesso, ove questo si ritenesse necessario.



La **macro equipe** del servizio integrato per i minori e la famiglia, è composta da tutto il gruppo. In relazione al singolo caso presiederà l'impostazione e la tempistica della presa in carico, le modalità del primo contatto e le modalità specifiche di mantenimento della connessione degli interventi nel corso sia dell'indagine psicosociale sia della valutazione e del trattamento.

In relazione alle azioni di sistema

- è il luogo della definizione delle linee condivise di strategia e di intervento del servizio integrato nel suo insieme;
- è il luogo di confronto e supporto professionale, di condivisione di prassi operative, di riflessioni su eventuali aspetti innovativi riguardo a strategie di presa in carico;
- è il luogo dove sperimentare modalità di presa in carico trasversali alla complessità dei bisogni della famiglia;
- presidia il processo di integrazione fra le diverse figure e competenze professionali;

L'integrazione tra competenze diverse – sociali, educativo/pedagogiche e psicologiche – deve costituire uno strumento di lavoro costante poiché gli apporti disciplinari non sono esaustivi se presi ciascuno autarchicamente e separatamente.

Vi è la convinzione della necessità di mettere in campo conoscenze, competenze, esperienze ed abilità diverse per compiti non omologhi, al fine di realizzare un'effettiva presa in carico globale del minore e della sua famiglia.

## 10. IL MODELLO OPERATIVO

Il modello operativo del Servizio prevede l'attuazione di interventi riconducibili sinteticamente alle seguenti fasi:

- fase di valutazione della segnalazione;
- fase di conoscenza e di valutazione del minore e del contesto familiare e sociale;
- fase di costruzione del progetto e condivisione del percorso con i Soggetti interessati - presa in carico;
- fase di monitoraggio, verifica e valutazione;
- fase di dimissione.

Il Servizio riconosce quale luogo di integrazione e di continuità l'équipe integrata che negli incontri di lavoro consente:

- la valutazione delle conoscenze acquisite, la verifica delle attività e della situazione segnalata;
- la definizione delle responsabilità individuali e professionali;
- la progettazione degli interventi, anche in relazione all'evoluzione della situazione;
- la valutazione degli interventi realizzati.



Si ritiene opportuno ribadire che la presenza di un'unica équipe multi professionale a livello associato, in luogo di tanti differenti équipe nei comuni, consente di realizzare:

- uniformità del livello di erogazione del servizio in tutto il territorio distrettuale;
- la presenza di diverse figure professionali per una visione globale e multi professionale della situazione in esame;
- maggiori possibilità di confronto e di crescita professionale degli operatori;
- la distinzione tra l'équipe che si occupa della fase dell'allontanamento di un minore dall'équipe che interviene nella fase successiva, (distinzione tra funzione di sostegno e controllo) consentendo un intervento differenziato e minore conflittualità con la famiglia d'origine.

### **11. LA COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE**

Il Servizio integrato per la famiglia e i minori perseguirà la ricerca di collaborazione interistituzionale al fine di acquisire una conoscenza integrata delle situazioni e costruire risposte adeguate ai bisogni rilevati.

A tal fine il Servizio Distrettuale in collaborazione con gli altri servizi:

- attiverà la rete delle risorse sociali, sanitarie ed educative presenti sul territorio e necessarie alla costruzione e realizzazione dei progetti psico-socio-educativi;
- definirà, realizzerà e verificherà i progetti d'intervento;
- promuoverà percorsi di supervisione e formazione degli operatori;
- promuoverà la stesura di Protocolli operativi per una presa in carico integrata, la gestione unitaria di esperienze promozionali finalizzate al lavoro e all'aggregazione e ad iniziative di carattere preventivo (es. all'interno della scuola).

In particolare, mediante la stipula di appositi protocolli di intesa, si svilupperà la collaborazione con:

- il servizio di Neuropsichiatria Infantile dell'A.O. per:
  - l'accesso ai servizi riabilitativi di logopedia e psicomotricità;
  - la gestione delle situazioni di minori che necessitano di un sostegno scolastico e sono incarico al Servizio Distrettuale;
  - la presa in carico per psicoterapie di competenza del servizio di neuropsichiatria.
- l'Istituzione scolastica per:
  - ricevere segnalazioni di minori che presentano condizioni di disagio e di trascuratezza o nei casi in cui vi è il sospetto che siano vittime di reati;



- condividere con gli insegnanti le ipotesi progettuali sulla gestione della situazione segnalata;
  - offrire consulenza agli insegnanti e/o ai dirigenti scolastici sulla problematica della tutela minorile.
- l'Azienda Sanitaria Locale per l'attività dei consultori, l'attività di prevenzione e altri interventi del servizio famiglia che siano necessario integrare con l'attività dei comuni associati;
  - i Tribunali: per creare l'interlocuzione ed il riferimento unico per la gestione di tutte le situazioni distrettuali relative ai minori.
  - Le forze dell'ordine per tutte le situazioni che necessitano di interventi specifici

## 12. LO SVILUPPO TEMPORALE

Il **primo anno** dovrà essere dedicato all'avvio e alla sperimentazione del modello operativo, alla costruzione quindi di un modello di lavoro integrato: **all'interno** sia con i servizi sociali ed educativi dei singoli comuni che con quelli in gestione associata, e **all'esterno** sviluppando modalità di lavoro con tutti gli attori sociali della rete.

Il servizio dovrà avere particolare riguardo per:

- la costruzione di modalità condivise di lavoro attraverso i percorsi formativi, la supervisione e il monitoraggio in itinere;
- la connessione 'di sistema' tra il servizio integrato per la famiglia e i minori e servizi sociali comunali;
- la comunicazione all'esterno delle attività del servizio connettendole alla rete dei servizi distrettuali;
- l'implementazione del sistema informativo e l'impostazione della valutazione;
- la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione e formazione delle agenzie del territorio significative, che abbiano a tema "la prevenzione del disagio nelle famiglie con i minori";
- messa a punto di strumenti specifici come linee guida, protocolli di intesa o gruppi di lavoro per migliorare l'intervento in settori reputati particolarmente critici e cruciali;
- avvio di percorsi di integrazione e collaborazione con le forze dell'ordine e con l'associazionismo del territorio.

Il **secondo anno** dovrà prevedere una messa a regime del modello di presa in carico attraverso:

6. l'analisi dei dati sulla tipologia dell'utenza che ha usufruito del servizio e dell'attività svolta;
7. la valutazione complessiva delle attività del servizio;
8. la loro rispondenza alle esigenze poste dal territorio in merito al sostegno alle famiglie e alla tutela dei minori;



Il **terzo anno** considerando che il servizio distrettuale funzionerà a regime, si prevederà la messa in rete di nuove progettualità che trovino coerenza all'interno della gestione dei servizi per le famiglie e i minori. Obiettivo della riprogettazione sarà quello di creare un luogo dove le famiglie possano trovare risposte qualificate ai loro bisogni. Nell'ottica di sviluppare processi di cittadinanza attiva, la priorità sarà quella di lavorare per favorire il protagonismo delle famiglie attraverso la promozione di specifiche progettualità

### **13. LA FORMAZIONE E SUPERVISIONE DEGLI OPERATORI**

Uno specifico approfondimento va dedicato al tema della formazione/supervisione, la costituzione di un unico servizio distrettuale dovrà essere preceduta e accompagnata da attività formative specifiche e attività di supervisione continua all'équipe costituita.

In particolare, considerando l'impatto organizzativo e metodologico del nuovo servizio, sarà necessario prevedere:

- formazione per la gestione del cambiamento, dei conflitti, e per la creazione del gruppo di lavoro integrato;
- formazione tecnico/metodologica sul modello operativo da condividere;
- formazione sull'utilizzo di un approccio relazionale di rete
- supervisione nella gestione delle casistica e nello svolgimento della mission istituzionale.

E' necessario che la formazione di cui ai primi due punti venga iniziata almeno nei tre mesi antecedenti all'effettiva apertura del servizio e prosegua per il primo anno di attività della nuova équipe.



Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Garanzia ai cittadini una sistema di offerta per la promozione del benessere e della tutela dei minori e delle famiglie integrato e sinergico</b>	strategico e operativo	Ridefinizione complessiva dei servizi per le famiglie e i minori del distretto, partendo dall'introduzione di un governo unitario del sistema di offerta, formazione metodologica continua rivolta a tutti gli operatori impiegati e funzione di supervisione stabile dell'equipe specifica.	<u>Risorse economiche:</u> Bilanci Comunali FNPS Risorse di soggetti privati gestori Finanziamenti derivanti da leggi di settore regionali Risorse da fondazioni private <u>Risorse professionali</u> Assistenti sociali Psicologi Psico pedagogisti Formatori Supervisor Educatori	Appalti per la gestione del Servizio Protocolli tra Enti diversi ma con funzioni integrate per l'area minori e famiglie Cartelle sociali integrate Protocolli formativi	<u>Quantitativi</u> Nr. ore di coordinamento distrettuale del servizio Nr. ore di formazione Nr. ore di supervisione degli operatori nr. incontri di equipe  <u>Qualitativi</u> Composizione dell'equipe Contenuti dell'attività formativa	<u>Quantitativi</u> Almeno 40 ore di coordinamento settimanale del servizio Almeno 2 cicli di formazione all'anno realizzati con tutti gli operatori della rete Almeno 1 incontro ogni 15 giorni di equipe del servizio	Cartelle sociali integrate Banche dati Protocolli operativi realizzati e utilizzati	Avvio da giugno 2015 dell'azione di governo del servizio unitaria sul distretto, dell'attività formativa e della supervisione agli operatori.



## CAPITOLO 10

### LA RICOMPOSIZIONE DEL SISTEMA DELLA CONOSCENZA

Lo scenario in cui si realizzerà il percorso di conoscenza è caratterizzato da un'elevata complessità dei bisogni, e da una pluralità di attori.

Da un lato, all'aumento qualitativo dei bisogni e delle aspettative della popolazione si accompagna il concorso di molteplici eventi e fattori che rende alquanto difficile individuare cause ed effetti.

Dall'altro, la pluralità di attori che partecipano alla costruzione delle politiche sociali impone che il processo decisionale si sviluppi con modalità, tempi e strumenti rispettosi delle specificità dei ruoli, delle funzioni e delle modalità organizzative e operative che essi presentano.

L'obiettivo è quello di dare a tutti i soggetti istituzionali e non, la possibilità di esprimersi in merito al **percorso di diagnosi sociale del territorio**.

La partecipazione dei soggetti non istituzionali è fondamentale in quanto espressione di una comunità territoriale e conoscitori dei suoi bisogni e delle sue risorse. Soggetti quindi non più considerati destinatari passivi ma **soggetti attivi** in quanto portatori di una specifica e peculiare conoscenza utile allo sviluppo della qualità dei servizi.

La partecipazione deve essere quindi intesa come una significativa opportunità per introdurre strutturalmente una visione e una conoscenza pluralista, in tutti gli articolati momenti relativi alla pianificazione, progettazione e realizzazione delle politiche sociali, dalla definizione delle premesse degli interventi (analisi dei bisogni) alla concreta realizzazione ed erogazione dei servizi.

Si tratta di una modalità che spinge ad una valorizzazione oltre che delle parti sociali ed enti profit e no profit del territorio, delle competenze dei cittadini e delle loro capacità di organizzarsi e partecipare alla costruzione del welfare locale.

Il valore della governance si collega al fatto che se essa è sufficientemente sviluppata consente:

- la codificazione e la valorizzazione di un flusso informativo sui bisogni emergenti, sulle trasformazioni della domanda sociale e sulle attese di welfare
- una solida legittimazione sociale della prospettiva strategica assunta e delle scelte di breve-medio periodo che da essa derivano
- il prodursi negli attori sociali di un orientamento positivamente dialettico e propositivo piuttosto che isomorfo (spesso presente nel terzo settore) o rivendicativo (spesso presente nelle parti sociali)
- la ampia condivisione delle priorità sociali su cui intervenire e delle soluzioni da adottare, con una forte responsabilizzazione degli attori non istituzionali

Inoltre, con la riorganizzazione strutturale che verrà avviata dal 2016 a fronte degli importanti cambiamenti istituzionali introdotti con l'Unione dei Comuni, anche le funzioni attualmente in capo all'Ufficio di Piano subiranno alcune importanti modifiche.



L'Ufficio di Piano assolverà sempre più ad una funzione di programmazione e monitoraggio distrettuale e sempre meno alla gestione diretta dei servizi in gestione associata. In questo ambito di ridefinizione di competenze e funzioni, uno dei ruoli rilevanti che assumerà l'Ufficio di Piano, sarà incentrato alla raccolta sistematica di dati e informazioni relativi all'aggiornamento della diagnosi sociale, in parte tramite la porta unica di accesso rappresentata dal servizio di **Segretariato Sociale distrettuale**.

Questa funzione verrà facilitata da un **sistema informatico unico** tra i Comuni.

In questo ambito verranno annualmente raccolte tramite gli **uffici anagrafe** dei Comuni, informazioni aggiornate in merito alla popolazione estrapolando dati significativi per la programmazione degli interventi (età, composizione dei nuclei familiari, tasso di immigrazione...).

Ad integrazione di queste prime due fonti, verranno sistematicamente registrati ed elaborati, con la stretta collaborazione di ASL MI 2, i dati e le informazioni raccolti attraverso i seguiti sistemi di raccolta:

- *Spesa Sociale (piattaforma regionale SMAF)*
- *Fondo Sociale Regionale (piattaforma regionale SMAF)*
- *Questionario ISTAT per la spesa sociale*
- *Sistema DSP FLUX per la registrazione dei minori in strutture educative*
- *Sistema DSP FLUX per la registrazione dei beneficiari delle misure introdotte dal Fondo Non Autosufficienza*
- *Sistema regionale di registrazione e aggiornamento delle unità di offerta sociale*

La "**cabina di regia**" rappresenterà lo spazio e l'ambito in cui incrociare e analizzare congiuntamente le rispettive banche dati, sociali e socio-sanitarie.

Nella costruzione di una banca dati distrettuale aggiornata e completa, verranno ingaggiati, con modelli sistematici di raccolta delle informazioni, anche i soggetti del terzo settore, mediante la condivisione di cartelle e banche dati, creati nell'ambito delle proprie attività territoriali, suddivise pertanto per settore di intervento e per fasce di popolazione.

In relazione a specifici ambiti di intervento, verranno interrogati enti di ricerca a statistica superiore, da cui attingere rilevazioni ed elaborazioni che richiedano un livello di approfondimento specifico e di contesto generale.

La funzione di costruzione di un sistema integrato delle conoscenze, impostato tenendo conto di tutti i contesti di raccolta sopracitati, verrà concretizzata e formalizzata attraverso report periodici (semestrali ed annuali) di analisi della popolazione del distretto, dei bisogni prevalenti e delle risorse già attive, messi a disposizione degli enti e del territorio che ne facciano espressamente richiesta.



## CAPITOLO 11

### LA RICOMPOSIZIONE DEL SISTEMA DELLE RISORSE

#### 1. PREMESSA

Le risorse in campo per la realizzazione del sistema integrato del welfare locale risulta complesso ed articolato.

Da un punto di vista delle **risorse economiche e strumentali**, il distretto fa riferimento ad una serie INTEGRATA di fonti:

- BILANCI COMUNALI
- FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI
- FONDO PER LE NON AUTOSUFFICIENZE
- FONDO SOCIALE REGIONALE
- FONDO INTESA E FAMIGLIE
- FONDI DERIVANTI DA SPECIFICHE LEGGI DI SETTORE REGIONALI
- FONDI EUROPEI
- FONDI DI NATURA PRIVATA (FONDAZIONI..)
- RISORSE IN CAPO AL TERZO SETTORE GESTORE DI SERVIZI AFFIDATI
- RISORSE AUTONOME IN CAPO AD ENTI DEL TERZO SETTORE E DEL VOLONTARIATO
- RISORSE ECONOMICHE IN CAPO ALLA ASL MI2
- RISORSE ECONOMICHE IN CAPO ALL'AZIENDA OSPEDALIERA
- COMPARTECIPAZIONE DELL'UTENZA AL COSTO DEI SERVIZI

La proporzione di investimento delle diverse fonti di finanziamento del welfare soprariportate è strettamente collegato al tipo di intervento e servizio erogato e dalla titolarità dell'azione erogata.

Ruolo del distretto non sarà certo quello di accentrare l'utilizzo o la gestione delle risorse in capo ai diversi enti, bensì di valorizzare e rendere evidenti gli investimenti che a vario titolo si rendono necessari nella gestione e implementazione di un sistema di welfare integrato.

Nel Distretto 4 non si è ad oggi tentato nessun accesso al sistema di finanziamento europeo, fonte che nel nuovo triennio si intende perseguire in relazione a precise policy da implementare (es. sostegno al rilancio produttivo del territorio).

L'attenzione alle "risorse" non si esaurisce con l'attenzione agli investimenti economico finanziari: **le risorse professionali e informali** rappresentano l'ulteriore tassello nella gestione del sistema sociale e socio sanitario del territorio. Oltre alle professionalità in capo ai servizi istituzionali, più facilmente individuabili e rendicontabili, il welfare locale è co-gestito da una serie di operatori così detti informali e volontari, i quali, in diversi settori ed ambiti operativi, gestiscono azioni ed interventi sussidiari al sistema pubblico. Di questi in particolare il Distretto 4 vorrà tenere maggiore conto nel nuovo triennio, dando risalto e supporto alle esperienze di volontariato e di prossimità che sono presenti con forte impegno quotidiano sul territorio.



### 2. FONTI DI FINANZIAMENTO: AREA MINORI GIOVANI E FAMIGLIA

	BILANCI COMUNI	FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA	FONDO INTESE	FONDO SOCIALE REGIONALE	FONDI REGIONALI LEGGI DI SETTORE	FONDI CITTA' METROPOLITANA	FINANZIAMENTI TERZO SETTORE	FONDAZIONI PRIVATE	COMPARTICIPAZIONE CITTADINI AL COSTO DEI SERVIZI	FINANZIAMENTI UNIONE EUROPEA	FINANZIAMENTI DELLE SCUOLE
SERVIZIO MINORI E FAMIGLIA	€€	€				€		€				
SERVIZIO SPAZIO INCONTRI	€	€€						€				
SERVIZI PRIMA INFANZIA	€€			€	€			€		€		
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI	€€				€			€				
COORDINAMENTO SPAZIO GIOVANI MARTESANA	€€	€						€				
SERVIZI PER PRE ADOLESCENTI E SERVIZI PER ADOLESCENTI	€€	€			€	€	€	€		€		
CENTRI RICREATIVI DIURNI	€€		€		€			€		€		
SERVIZIO DI MEDIAZIONE E FACILITAZIONE LINGUISTICA	€	€€				€		€		€		€



### 3. AREA FRAGILITA'

	BILANCI COMUNI	FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA	FONDO INTESE	FONDO SOCIALE REGIONALE	FONDI REGIONALI LEGGI DI SETTORE	FONDI CITTA' METROPOLITANA	FINANZIAMENTI TERZO SETTORE	FONDAZIONI PRIVATE	COMPARTECIPAZIONE CITTADINI AL COSTO DEI SERVIZI	FINANZIAMENTI UNIONE EUROPEA	FINANZIAMENTI DELLE SCUOLE
SERVIZIO DI INTEGRAZIONE SCOLASTICA	€€						€	€				
PUAD	€€								€			
SERVIZI DIURNI PER DISABILI	€€		€		€			€		€		
SERVIZI RESIDENZIALI PER DISABILI	€€				€					€		
SAD - ANZIANI E DISABILI	€€	€	€		€			€	€	€		
TELEASSISTENZA	€	€€						€		€		
TRASPORTI SOCIALI	€€		€					€		€		



#### 4. AREA PROMOZIONE E INCLUSIONE

	BILANCI COMUNI	FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO NON AUTOSUFFICIENZA	FONDO INTESE	FONDO SOCIALE REGIONALE	FONDI REGIONALI LEGGI DI SETTORE	FONDI CITTA' METROPOLITANA	FINANZIAMENTI TERZO SETTORE	FONDAZIONI PRIVATE	COMPARTECIPAZIONE CITTADINI AL COSTO DEI SERVIZI	FINANZIAMENTI UNIONE EUROPEA	FINANZIAMENTI DELLE SCUOLE
SERVIZIO PER L'ACCOMPAGNAMENTO E L'INSERIMENTO SOCIO LAVORATIVO	€	€€				€		€				
TAVOLO DI COORDINAMENTO PER LE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO	€	€										
PROTOCOLLO PER L'INNOVAZIONE...	€€											
PIANO DI CONCILIAZIONE TEMPI LAVORO E FAMIGLIA	€	€€						€				
MISURE DI INTEGRAZIONE AL REDDITO												
AZIONI E INTERVENTI PER L'HOUSING	€€	€						€	€€	€		

**Legenda: €€ fonte di finanziamento prioritari**



**5. SPESE PER SERVIZI ESTERNALIZZATI (rif. anno 2014): SERVIZI COMUNALI**

Servizio/intervento	Amministrazione Comunale	Importo Annuale
SERVIZIO MINORI E FAMIGLIE	Bellinzago	€ 7.100,00
	Bussero	€ 13.000,00
	Cambiagio	€ 7.500,00
	Carugate	
	Cassina de Pecchi	
	Cernusco sN	€ 36.018,00
	Gessate	€ 13.645,00
	Gorgonzola	
	Pessano con Bornago	€ 18.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 95.263,00</b>
ASILI NIDO	Bussero	€ 85.741,84
	Cambiagio	€ 12.000,00
	Carugate	€ 130.000,00
	Cassina de Pecchi	€362.000,00
	Cernusco	€ 401.389,00
	Gessate	€ 162.000,00
	Gorgonzola	€ 315.968,84
	Pessano con Bornago	€ 128.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 1.469.099,68</b>



Servizio/intervento	Amministrazione Comunale	Importo Annuale
ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI	Bellinzago	€ 23.000,00
	Bussero	€ 43.353,99
	Cambiagio	€ 8.500,00
	Carugate	€ 65.000,00
	Cassina de Pecchi	€ 220.000,00
	Cernusco sN	€ 299.669,76
	Gessate	€ 35.520,00
	Gorgonzola	€ 86.500,00
	Pessano con Bornago	€ 104.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 886.543,75</b>
CENTRI PRIMA INFANZIA	Bussero	€ 16.174,96
	Cambiagio	€ 5.200,00
	Cassina	€ 35.000,00
	Gorgonzola	€ 29.389,57
	Pessano	€ 25.000,00
	Carugate	€ 66.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 151.764,53</b>
CENTRI DI AGGRAGAZIONE GIOVANILE e SERVIZI DI EDUCATIVA DI STRADA	Bellinzago	€ 42.000,00
	Bussero	€ 19.846,28
	Carugate	€ 79.000,00
	Cassina	€ 73.000,00
	Cernusco	€ 156.000,00
	Gorgonzola	€ 50.050,00
	Pessano	€ 68.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 419.896,28</b>



Servizio/intervento	Amministrazione Comunale	Importo Annuale
CENTRI RICREATIVI DIURNI ESTIVI	Bellinzago	€ 22.866
	Carugate	€ 48.300,00
	Cassina	€ 30.000,00
	Cassina	€ 9.000,00
	Cernusco	€ 170.000,00
	Gorgonzola	€ 79.200,00
	Pessano	€ 5.500,00
	<b>totale</b>	<b>€ 359.366,00</b>
CENTRO DIURNO DISABILI CDD	Gorgonzola	€ 539.300,00
	Cernusco	€ 294.835,00
	<b>totale</b>	<b>€ 834.135,00</b>
INTEGRAZIONE SCOLASTICA DISABILI	Bellinzago	€ 46.000,00
	Bussero	€ 85.317,57
	Cambiagio	€ 77.000,00
	Carugate	€ 185.840,00
	Cassina de Pecchi	€ 220.000,00
	Cernusco sN	€ 365.000,00
	Gessate	€ 89.100,00
	Gorgonzola	€ 272.000,00
	Pessano con Bornago	€ 27.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 1.340.257,57</b>
TRASPORTO SOCIO SANITARIO	Bellinzago	€ 4.000,00
	Bussero	47.444,21
	Cambiagio	€ 22.000,00
	Carugate	€ 65.000,00
	Cassina de Pecchi	€ 74.000,00
	Cernusco sN	€ 59.228,97
	Gessate	€ 17.600,00
	Gorgonzola	voucher
	Pessano con Bornago	€ 62.000,00
	<b>totale</b>	<b>€ 289.273,18</b>



## 6. ULTERIORI SERVIZI COMUNALI

Servizio/intervento	Amministrazione Comunale	Importo annuale
TRASPORTO SOCIALE E CONSEGNA PASTI A DOMICILIO	Cambiagio	€ 6.000,00
CENTRO DIURNO INTEGRATO	Cambiagio	€ 186.000,00
SERVIZIO DIURNO PER PRE ADOLESCENTI	Carugate	€ 22.000,00
PUNTO UNICO DI ACCESSO DISABILITA'	Cernusco	€ 40.000,00
ASSISTENZA DOMICILIARE ADULTI	Cernusco	€ 113.667,84

## 7. SERVIZI DISTRETTUALI

Servizio/intervento	Amministrazione Comunale	Importo annuale
MEDIAZIONE LINGUISTICO-CULTURALE	Distretto	€ 23.000,00
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE AZIANI E DISABILI	Distretto	€ 467.404,00
SERVIZIO SPAZIO NEUTRO	Distretto	€ 40.000,00
TELESOCCORSO E TELEASSISTENZA	Distretto	€ 45.280,00
ASSISTENZA ALLA COMUNICAZIONE DISABILI SENSORIALI	Distretto	€ 266.941,48
SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO E INSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO	Distretto	€ 275.600,00
COORDINAMENTO DEL SERVIZIO DISTRETTUALE PER IL MINORE E LA FAMIGLIA	Distretto	€ 85.000,00

L'investimento totale annuo dei comuni singoli e associati, per i servizi a gestione esternalizzata soprariportati è pari a circa € 7.000.000,00.

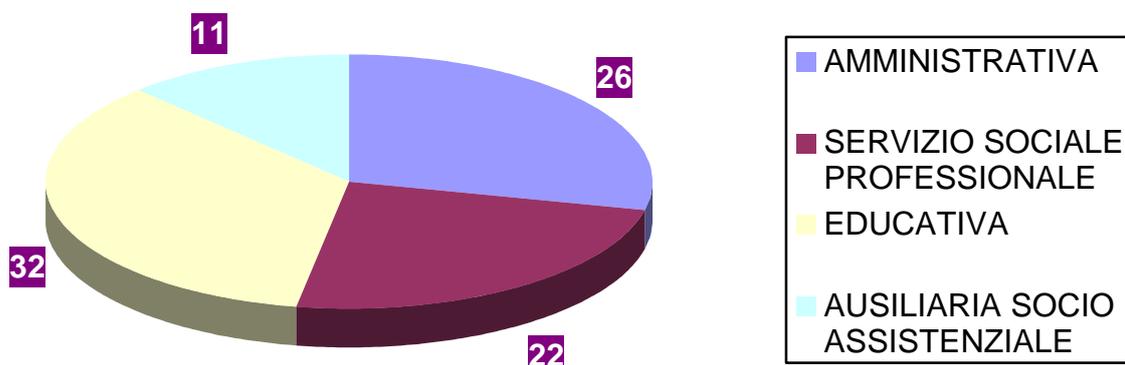
A questa rendicontazione delle spese distrettuali per servizi acquisiti tramite affidamenti esterni, si somma una ulteriore quota complessiva, pari a circa € 2.000.000,00 relativa a:

- acquisto di servizi da gestori privati (servizi diurni e residenziali per anziani e disabili);
- compartecipazione pubblica a copertura delle rette per persone anziane (RSA - CDI);
- interventi di integrazione al reddito per nuclei familiari e singoli in situazione di grave disagio socio economico;
- interventi economici per l'erogazione di borse lavoro e tirocini in favore di persone inserite in percorsi di inserimento socio lavorativo.



## 8. PERSONALE

La spesa complessiva del personale dei 9 comuni del distretto corrisponde annualmente a € 3.000.000,00, per gli operatori che a vario titolo sono impegnati nella gestione dei servizi alla persona dei comuni, ripartiti nelle seguenti area professionali:





## PER CONCLUDERE

L'introduzione della programmazione locale attraverso i Piani di Zona ha rappresentato uno dei risultati più rilevanti della legge 328/2000 sul sistema integrato di interventi e servizi sociali.

La legge configura, positivamente, la programmazione locale come un sistema di governo (di una comunità, delle risorse e delle problematiche che emergono nel suo ambito), volto a favorire la formazione di sistemi locali d'intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, a responsabilizzare i cittadini, a garantire loro opportunità di crescita. Ne consegue che, stando allo spirito e alla lettera della legge, la programmazione del Welfare locale **non è** un mero processo attuativo di disposizioni regionali e neanche una procedura amministrativa per accedere ad ulteriori fondi.

Sfortunatamente, in molte regioni la programmazione locale si è configurata invece come un documento settoriale di spesa delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali o delle risorse regionali assegnate ai comuni associati, con un progressivo indebolimento di un impegno programmatico nei confronti di scelte di carattere generale. Ne risultava pertanto depotenziata anche la capacità d'intervento sulla comunità nel suo complesso, per individuarne criticità e opportunità, per valorizzarne le risorse di cura presenti nel suo ambito, per mobilitare le persone al perseguimento di obiettivi condivisi.

Secondo l'ottica riduttiva e fuorviante qui ricordata, il Piano di zona frequentemente si configura come un documento di settore (il piano locale dei servizi sociali), un ambito settoriale volto esclusivamente all'organizzazione dei servizi in un determinato territorio e non uno strumento di integrazione sociale della comunità e di promozione di politiche di coesione sociale. Si pone, insomma, come insieme di azioni rivolte a specifici gruppi di popolazione in condizioni di agio o disagio.

In tutti questi casi, l'equilibrio interno alla programmazione del Welfare locale tra azione puntuale e scelte generali si risolve a favore delle prime: ciò che conta, ciò che è in discussione è la ripartizione delle risorse disponibili, la scelta dei servizi e la loro localizzazione. Le politiche, il quadro d'insieme, le linee di sviluppo organicamente definite diventano secondarie e la sommatoria di azioni non rappresenta e non esplicita una organica e intrinsecamente coerente politica sociale.

Una programmazione del Welfare locale così configurato rappresenta una forte limitazione per due motivi:

- E' cambiato profondamente il ruolo delle politiche sociali: queste tendono a configurarsi non come politiche settoriali rivolte a specifici gruppi di persone, ma come politiche di carattere più generale volte a promuovere una maggiore coesione sociale. Ciò significa che esse sono valorizzate per il ruolo che assumono nel sostenere uno sviluppo economico, creando ambienti sociali favorevoli, stimoli e risorse per migliorare le competenze e le motivazioni delle persone, opportunità di crescita, comunità più attive.
- E' necessario ricordare che il Piano di zona rappresenta uno dei molteplici processi di programmazione che si sviluppano a livello locale, processi che possono attribuire di volta in volta maggiore rilevanza a dimensioni urbanistiche oppure di sviluppo economico e sociale, contribuendo a mutare le condizioni di un'area territoriale.



La programmazione, così come l'abbiamo intesa nel presente documento, deve porsi la finalità di costruire un sistema di obiettivi comuni, e di governare attraverso una regia forte e condivisa una pluralità di risorse e di azioni; essa deve assumere il coordinamento di molte decisioni e comporre in un disegno coerente molteplici livelli operativi.

In molte situazioni, le politiche sociali non sono sufficienti per contrastare realmente condizioni diffuse di povertà, di privazione sociale, rischiano di avere un ruolo unicamente "risarcitorio", assistenzialistico, di semplice "riduzione del danno", affrontano una dimensione di un problema che normalmente, invece, è multidimensionale, e spesso non affrontano le dinamiche che continuamente lo riproducono.

Consapevoli di questo dato, ci siamo posti il problema di come rafforzare l'efficacia delle politiche sociali, attraverso programmi che creino maggiori sinergie, tessuti di relazione che favoriscano l'integrazione con programmi promossi in altri ambiti (di sviluppo dell'occupazione, di contrasto del degrado urbanistico, di potenziamento di servizi sanitari). Insomma, in quale modo diventare sempre più capaci di mettere insieme, in modo efficace e organico, risorse di diversa natura.

### **Il Programmazione del Welfare locale come lavoro sociale di comunità**

In questo documento abbiamo configurato la Programmazione del Welfare locale come un "**lavoro sociale di comunità**", che non limita il suo intervento al rapporto diretto con la persona, all'aiuto e supporto al singolo in difficoltà e alla sua famiglia, ma individua la dimensione sociale dei problemi del singolo, la necessità di produrre cambiamento non solo nella persona ma anche nel suo contesto, di sostenere azioni di riforma nell'organizzazione dei servizi sociali e della vita collettiva.

Ci siamo proposti di far confluire queste esigenze in strategie di cambiamento che intervengano sulle condizioni più generali di vita della persona, sulla sua comunità di appartenenza, per modificarne gli equilibri e le dinamiche.

Un Piano di zona che si proponga tali risultati, può trovare un ulteriore sviluppo, come detto in precedenza, quando riesce a raccordarsi ai programmi esistenti volti a rigenerare anche socialmente un quartiere, quando individua criticità e proposte di superamento delle condizioni di degrado dei quartieri di edilizia residenziale pubblica, quando promuove strumenti di sviluppo e coesione sociale sulle quali far convergere risorse provenienti da altri ambiti, quando costruisce programmi comuni e progetti di finanziamento condivisi.

In conclusione è opportuno ribadire che il Piano di zona **non è** un documento settoriale di spesa delle risorse assegnate ai comuni associati.

Esso coinvolge i cittadini, la loro volontà collaborativa e si costruisce in modo compiuto attraverso la stretta integrazione tra istituzioni e servizi rinnovando il modo di operare insieme alle persone, alle famiglie, e alle comunità.

Abbiamo inteso la Programmazione del Welfare locale come strumento per migliorare il benessere e la qualità della vita delle nostre comunità valorizzandone la partecipazione attiva alle decisioni; uno strumento capace di promuovere e coordinare le azioni che hanno un impatto sul benessere delle persone e favoriscono i legami fra loro.



A costo di ripetere un concetto già più volte illustrato riteniamo giusto ribadire che ciò che caratterizza il Piano di zona è il richiamo vitale alla comunità e alle risorse presenti nel suo ambito. Il significato e l'efficacia del piano stanno tutte nella sua capacità di promuovere condizioni più favorevoli allo sviluppo economico e sociale, di creare rapporti di maggiore collaborazione e fiducia fra le persone, un ambito di vita e una socialità che facilitino l'attività delle istituzioni.

La programmazione locale, così come da noi intesa nel presente documento, è principalmente un processo che, attraverso il coinvolgimento delle persone, promuove un'organizzazione dei servizi più equa, aiuta le comunità territoriali ad identificare le loro criticità e potenzialità e a definire programmi volti al miglioramento della loro qualità di vita.

La programmazione del Welfare locale si configura dunque, nella sua più intima essenza, come uno strumento di partecipazione e integrazione sociale della comunità.