

AMBITO TERRITORIALE DISTRETTO 5
*Comuni di Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate*



PIANO di ZONA 2015-2017

***Verso un welfare della
collaborAzione***

INDICE

Sezione 1 - Premessa

- 1.1. Le linee regionali di indirizzo
- 1.2 Il lavoro preparatorio del Piano di Zona 2015/2017
- 1.3 Gli obiettivi del precedente Accordo di programma e la valutazione dei servizi distrettuali
- 1.4 Analisi del contesto
- 1.5 L'esigenza attuale e la finalità del prossimo triennio

Sezione 2 – L'integrazione socio sanitaria (Documento redatto da ASL Milano 2)

- 2.1 Premessa
- 2.2 L'integrazione socio sanitaria

Sezione 3 - Verso un piano di zona della collaborazione: le linee di sviluppo

- 3.1 La ridefinizione dell'organizzazione del sistema per una governance collaborativa – da unità d'offerta a promotori di collaborazione
- 3.2 Il segretariato sociale e la centralità del cittadino come promotore del cambiamento
- 3.3 La collaborazione con le organizzazioni locali
- 3.4 La collaborazione locale a sostegno delle povertà
- 3.5 La collaborazione locale a sostegno dell'abitare
- 3.6 La collaborazione locale a sostegno del lavoro e dell'occupazione
- 3.7 La collaborazione locale per il protagonismo giovanile
- 3.8 L'integrazione socio sanitaria e la domiciliarità come occasione di prossimità
- 3.9 La sostenibilità del sistema in termini di ricerca continua di risorse

Appendice

Tabelle riassuntive

Allegato 1 - DOCUMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2015-2017 ASL MILANO 2 (Documento redatto da ASL Milano 2)

Alla stesura del Piano di Zona hanno contribuito L'Ufficio di Piano, il Tavolo Tecnico, gli amministratori e operatori sociali dei comuni, i soggetti del Terzo Settore e del Tavolo Unificato e per la parte comune la ASL Milano 2 e la Cabina di regia.

Un ringraziamento a tutti per la collaborazione.

Sezione 1 - PREMESSA

1.1 Le linee regionali di indirizzo

Con la Dgr 2941/19.12.2014 Regione Lombardia ha emanato le linee d'indirizzo per la programmazione locale triennio 2015-2017 "WELFARE CHE CREA VALORE PER LE PERSONE, LE FAMIGLIE E LA COMUNITA".

Nel lavoro di analisi e studio portato avanti dall'Ambito Sociale 5 di Melzo sono state messe in evidenza le seguenti linee:

- Rinnovata attenzione al **sistema degli interventi**
- Welfare aperto alla **partecipazione** di tutti i soggetti della comunità
- Welfare capace di **ricomporre** efficacemente interventi e risorse
- **Lettura integrata** dei bisogni di cura delle persone e delle famiglie
- **Appropriatezza** dell'analisi e della risposta
- Centralità del **cittadino fragile**

Le ipotesi di regione non sono quindi ipotesi espansive, ma piuttosto insistono sulla necessità di attivare e connettere le risorse esistenti, insistono sull'aspetto di prossimità che i servizi della rete territoriale devono avere e sulla presa in carico integrata del cittadino fragile, accennando anche alla continuità assistenziale.

Viene posto l'accento sul "sistema della conoscenza" come strumento della programmazione per ricomporre le informazioni, le risorse, programmare in modo integrato riducendo gli sprechi, per facilitare i percorsi degli utenti, esplicitando l'impegno della stessa regione a garantirlo.

In sintonia con le linee progettuali dell'ambito sono inoltre gli imput relativi alla "**promozione**" delle competenze della comunità e non solo la "riparazione" del danno attraverso anche un mix di risorse tra pubblico/privato cittadini/famiglie in un sistema di forte integrazione tra differenti aree (casa/lavoro/sanità/scuola).

Si conferma lo snodo della Cabina di regia (istituito con dgr 326/2013) come garante della programmazione, monitoraggio e verifica degli interventi socio sanitari e sociali. Nel triennio dovrà prevedere la co presenza di soggetti politici e tecnici, di professionalità specifiche e si dovrà dotare di un regolamento di raccordo.

La forma idonea a garantire efficacia ed efficienza delle unità d'offerta sociale di competenza dei comuni (eventualmente partendo dal segretariato sociale e tutela minori) viene individuata nella **gestione associata**, gestione unitaria delle funzioni sociali a livello distrettuale, prevedendo anche una eventuale forma premiale per quegli ambiti che dimostreranno di attivarla.

1.2 Il lavoro preparatorio del Piano di Zona 2015/2017

La stesura del documento Piano di Zona è stata considerata come un'opportunità per valorizzare e connettere le diverse esperienze territoriali di collaborazioni esistenti e sviluppatasi in questi anni, in modo da avere una visione complessiva e di sistema del territorio. La collaborazione con i diversi soggetti locali è da intendere non solo come necessità a fronte delle contrazioni di risorse economiche, ma come investimento culturale per un modello di Welfare generativo e non riparativo.

Si è quindi inaugurata una riflessione innovativa sul tema dell'integrazione delle risorse e della trasversalità degli interventi coinvolgendo i diversi erogatori dell'offerta dei servizi, ma non solo. Il lavoro preparatorio ha visto un costante coinvolgimento e confronto tra tecnici, politici e soggetti locali orientato a definire la programmazione del prossimo triennio su queste coordinate:

- valorizzazione ed integrazione e messa a sistema delle esperienze sino ad ora attuate nei singoli comuni quali interlocutori principali per l'attuazione degli interventi a sostegno della famiglia e del cittadino fragile;
- la necessità di attivare un percorso di rivisitazione delle organizzazioni perché siano efficaci al cambiamento per la realizzazione di un welfare generativo;
- dare continuità alle forme di coinvolgimento e partecipazione di soggetti pubblici e privati nella governance del piano di zona, innovandole perché siano aderenti ed efficaci agli obiettivi dati.

1.3 Gli obiettivi del precedente Accordo di programma e la valutazione dei servizi distrettuali

L'accordo di Programma per l'attuazione del Piano di Zona 2012-2014 "Dalla programmazione partecipata alla responsabilità condivisa" individuava i seguenti obiettivi :

- sperimentazione di un nuovo sistema di governance
- sperimentazione di azioni integrate nell'ambito delle politiche giovanili, del lavoro e dell'abitare;
- consolidare un sistema di monitoraggio integrato;
- realizzare e sperimentare un sistema di valutazione;
- sperimentare lo strumento della co progettazione

In particolare la scelta da parte di alcuni comuni di investire nel rapporto di co progettazione con la cooperazione sociale attuando quanto delineato dalla legge 328/2000 all'art.6 e dall'art.7 del DPCM 30 marzo 2001, oltremodo confermata dalle indicazioni delle DGR 1353 e D.d.G. 12884 del 2011, permette di proseguire i percorsi di innovatività attraverso una consolidata relazione con le realtà che operano in campo sociale. La corresponsabilità di cui fa riferimento la co progettazione, ha rappresentato l'elemento fondativo del sistema di governance che si è cercato di sperimentare promuovendo le competenze di gestione delle criticità e del ruolo attivo della cittadinanza.

Di seguito le schede di verifica dei servizi gestiti in forma associata.

Il servizio di accoglienza

Il servizio è rivolto a madri con minori e uomini soli. Si pone l'obiettivo di fornire attraverso l'accoglienza temporanea in strutture una risposta abitativa, educativa, lavorativa e sociale ai cittadini ospitati.

Il Servizio si propone di :

- promuovere l'housing per le persone in fase di inserimento/reinserimento sociale;
- agevolare il raggiungimento di una piena autonomia lavorativa, abitativa e sociale, in un periodo di tempo definito;
- avviare un concreto processo di integrazione sociale tra la comunità locale e le persone accolte (e gli eventuali minori) nelle strutture, avvalendosi anche delle risorse presenti e attive sul territorio.

Collateralmente il servizio si propone di attivare specifiche ed ulteriori strategie di intervento verranno attivate a favore dei soggetti ospitati attraverso :

- osservazione educativa e, se necessaria, psicologica della capacità genitoriali;
- verifica e valorizzazione delle risorse genitoriali;
- supporto alle madri nell'accudimento (ludico, scolastico e sanitario) del minore;
- supporto alla donna nella rielaborazione dei vissuti legati ad esperienze di maltrattamento (fisico, psicologico, verbale).

Analisi dei dati nel triennio

Impegni di spesa

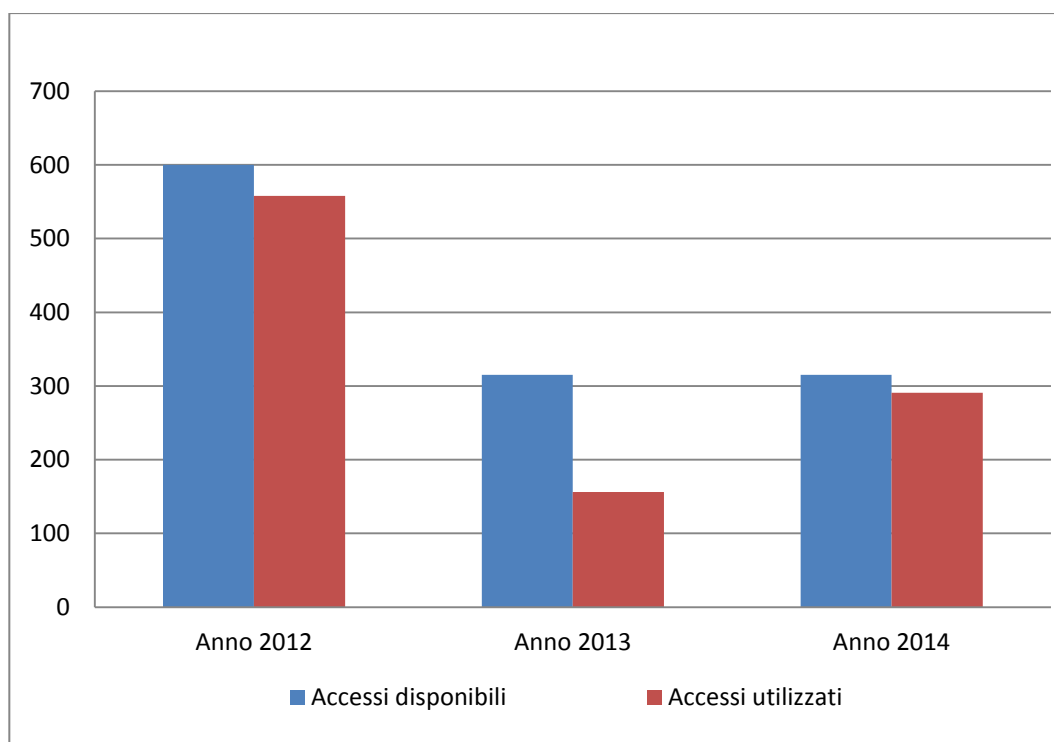
Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	totale
€ 30.840,00	€ 14.560,00	€ 16.560,00	€ 61.560,00

L'analisi dei dati evidenzia nel triennio una forte contrazione delle risorse economiche destinate a questo servizio (-46%) derivate essenzialmente dalla diminuzione del finanziamento del Fondo Politiche Sociali a livello nazionale

Accessi al servizio

accessi	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Totale
Accessi disponibili	600	315	315	1230
Accessi utilizzati	558	156	291	1005
Scostamento tra disponibilità e accessi	- 42	-159	-24	-225

Accesso al servizio



Collateralmente anche i Comuni utilizzano meno la risorsa assumendosi a proprio carico i costi aggiuntivi.

Il dato è imputabile al criterio di suddivisione del budget in giornate di accesso per comune in quote uguali e la necessità di mantenere questo valore sino al termine dell'anno essendo l'evento dell'utilizzo della risorsa non programmabile nel tempo. Resta comunque la criticità da rivalutare nell'utilizzo delle risorse.

Rispetto all'obiettivo di promozione delle autonomie all'interno di un processo generativo che crea tra il cittadino fragile e la comunità nuove opportunità di emancipazione, va segnalato che tra le 16 situazioni che hanno utilizzato il servizio di accoglienza nel triennio, n° 6 hanno avuto una evoluzione positiva conclusa con la realizzazione di un percorso di autonomia.

Il servizio di mediazione interculturale

Il servizio viene espletato nelle scuole materne, primarie e secondarie di primo grado dei comuni del Distretto 5 ed ha l'obiettivo di promuovere, agevolare e facilitare la comunicazione linguistica e culturale tra famiglie, insegnanti, alunni stranieri e autoctoni, favorendo una buona relazione che porti alla convivialità e all'integrazione.

Il Servizio si propone di :

- promuovere incontri nella scuola nella fase dell'accoglienza e dell'inserimento degli alunni neo arrivati attraverso un lavoro integrato, insegnante, mediatrice, genitore, minore e classe;
- incontri di formazione/informazione sulla mediazione culturale con gruppi e singoli docenti delle scuole di Melzo, Cassano d'Adda, Liscate, Settala, Inzago, Vignate, Truccazzano;
- Consulenza agli assistenti sociali sulle modalità di relazione con utenti stranieri.

Il servizio si propone di attivare Specifiche ed ulteriori strategie di intervento attraverso:

- colloqui con i genitori e personale docente, al momento dell'inserimento del bambino a scuola e alla consegna della pagella con la presenza della mediatrice, necessari per l'interazione e la collaborazione delle parti.
- Presenza nei laboratori di educazione interculturale nelle scuole materne, primarie e secondarie con l'obiettivo di stimolare e facilitare la comunicazione, l'interazione e la convivialità dei minori che appartengono a lingue, a mondi culturali ed a classi sociali differenti.

Analisi dei dati nel triennio

Impegni di spesa

Mediazione Linguistico Culturale	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	TOTALE
spesa	€44.928,00	€ 43.200,00	€ 43.200,00	€ 131.328,00

Ore di mediazione

Anno 2012/2013	1.145
Anno 2013/2014	1.050

Accessi al servizio

anno scolastico 2011/2012	servizio sociale	scuola infanzia	scuola primaria	scuola secondaria	totale interventi
Cassano		40	19	6	65
Inzago		3	1		4
Liscate		4	2		6
Melzo	5	6	11	11	33
Pozzuolo			1		1
Settala		2	1		3
Truccazzano					0
Vignate		9	8		17
totale per tipologia di servizio	5	64	43	17	129

anno scolastico 2012/2013	servizio sociale	scuola infanzia	scuola primaria	scuola secondaria	totale interventi
Cassano		8	37	8	53
Inzago		1	10		11
Liscate	1	5	5		11
Melzo	1	6	11	11	29
Pozzuolo					0
Settala	1	3	2	1	7
Truccazzano		1			1
Vignate		1	2	1	4
totale per tipologia di servizio	3	25	67	21	116

anno scolastico 2013/2014	servizio sociale	scuola infanzia	scuola primaria	scuola secondaria	totale interventi
Cassano	9	3	16	5	33
Inzago			2		2
Liscate	2	10	8		20
Melzo	2	8	8	3	21
Pozzuolo					0
Settala			2	1	3
Truccazzano	3	12		4	19
Vignate			4	2	6
totale per tipologia di servizio	16	33	40	15	104

I dati evidenziano:

- una prevalenza di richieste per la scuola primaria in particolare
 - per l'affiancamento nella prima fase dell'inserimento;
 - per colloqui con genitori ed insegnanti;
- un significativo aumento dell' utilizzo del servizio di mediazione all'interno dei servizi sociali , nei colloqui con le famiglie immigrate straniere nelle situazioni di forte disagio, relazioni familiari, rapporti di coppia, tutela minori, relazione genitori figli, situazioni di indigenza.

Risultati raggiunti (in termini qualitativi):

- informazioni ai genitori stranieri sulla struttura della scuola, sulle regole e le aspettative degli insegnanti, maggiore comprensione rispetto ad alcuni atteggiamenti dei genitori e degli alunni strettamente legati al loro contesto culturale;
- aumento della fiducia reciproca tra genitori e insegnanti;
- aiuto nella comunicazione tra genitori e insegnanti;
- accoglienza adeguata ai bambini e ai ragazzi nei primi giorni di inserimento;
- aumento dell'autostima dei genitori nelle proprie competenze genitoriali;

Orienta Stranieri

Il servizio è erogato tramite l'attivazione di due sportelli dislocati nei comuni di Cassano d'Adda e Vignate e gestito dalla cooperativa Progetto Integrazione Onlus.

Gli sportelli offrono ascolto, informazioni e consulenza sulle norme riguardanti l'immigrazione e facilitano l'accesso ai servizi e l'interazione tra essi e i cittadini immigrati.

Attività di front office

- ascolto e accoglienza dell'utenza immigrata extra Ue, comunitaria e autoctona;
- Attività di informazione sui permessi di soggiorno, sull'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, sui ricongiungimenti, sulla residenza, sulla cittadinanza, sull'accesso all'istruzione e alla formazione;
- attività di orientamento agli altri servizi sul territorio;
- aiuto nella compilazione dei documenti/modulistica;
- consulenza specifica e supporto sul test d'italiano per il permesso di soggiorno CE SLP;
- informazione e consulenza sull'accordo d'integrazione;
- in sinergia con l'ufficio di piano, supporto e collaborazione con altri uffici comunali, del terzo e quarto settore.

Attività di back office

- contatti con alcuni uffici significativi : ufficio Immigrazione della Questura di Milano, SUI, Tribunale dei minori , enti del terzo settore e patronati;
- aggiornamento periodico sulla normativa, sulle procedure, sui servizi e iniziative sul territorio;
- incontri e programmazione di iniziative con altri enti ;
- supporto e presa in carico insieme con le organizzazioni del volontariato di alcune situazioni complesse o di disagio.

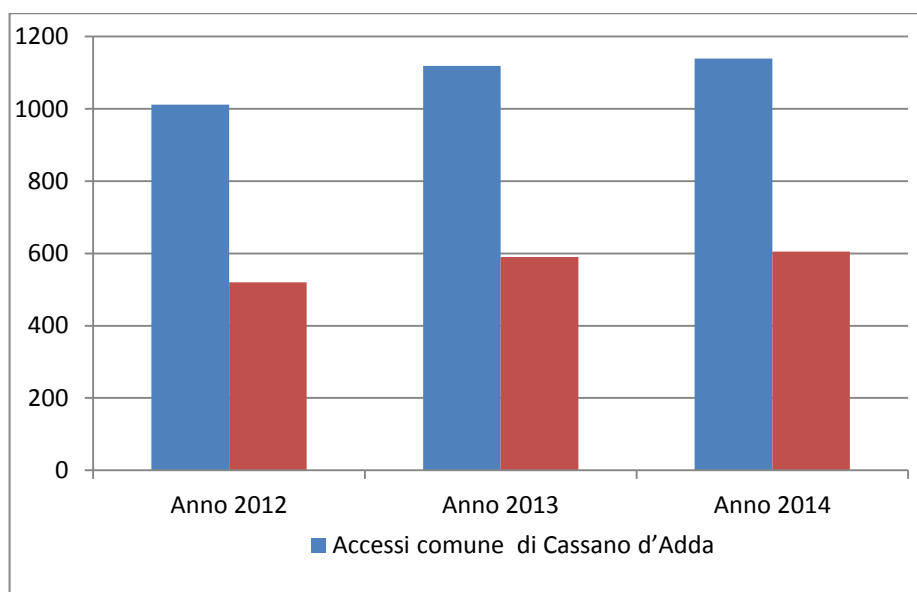
Analisi dei dati nel triennio

Costi sostenuti

<u>Anno 2012</u>	<u>Anno 2013</u>	<u>Anno 2014</u>	<u>totale</u>
€ 46.302,00	€ 35.834,72	€ 36.824,72	€ 119.971,44

Accessi al servizio

<u>sede</u>	<u>Anno 2012</u>	<u>Anno 2013</u>	<u>Anno 2014</u>	<u>totale</u>
Accessi Comune di Cassano d'Adda	1.012	1.119	1.139	3.270
Accessi Comune di Vignate	520	590	605	1.715
<u>Totale accessi agli sportelli nel triennio</u>				4.985



L'analisi dei dati evidenzia il consolidamento del servizio e l'apprezzamento dello stesso da parte dei cittadini stranieri, rappresentato dal costante andamento in crescita degli accessi.

L'accesso agli sportelli è libero per tutti gli utenti dell'Ambito senza una divisione prestabilita tra gli otto Comuni, anche se risulta prevalente l'accesso di cittadini residente nel Comune sede del servizio.

Dai dati rilevati risulta che 50% delle persone presentate sono in possesso di un permesso di soggiorno per lavoro. Il 21% invece ha un permesso di soggiorno rilasciato ai soggiornati di lungo periodo, che denota una situazione radicata nel territorio.

Le nazionalità di maggior presenza agli sportelli sono cittadini albanesi seguiti da cittadini del Marocco. I dati sono in linea con le presenze migratorie sul Distretto, visto che le due comunità più numerose extra UE risultano quella albanese e marocchina.

Le due richieste principali che pone l'utenza che si rivolge allo sportello, sono legate al permesso di soggiorno (rinnovo, conversione, aggiornamento) seguite da richieste in merito al rilascio del permesso di soggiorno per i soggiornati di lungo periodo e il test di conoscenza della lingua italiana. Segue la richiesta riguardante il ricongiungimento familiare e la richiesta della cittadinanza.

Collateralmente alle attività di sportello il servizio ha promosso nel triennio attività integrative finalizzate al rafforzamento della rete istituzionale e della stabile collaborazione tra i diversi soggetti che operano nel territorio .

- ✓ incontri legati alla presenza dei rifugiati dell'Emergenza Nord Africa;
- ✓ incontri della rete delle organizzazioni e associazioni attive sulle tematiche dell'immigrazione;
- ✓ messa a regime di scambio e condivisione tra enti dell'Ambito che intercettano l'utenza immigrata;
- ✓ rafforzamento della rete degli operatori degli otto Comuni dell'Ambito.

In conclusione, il servizio rappresenta uno snodo importante per generare competenze ed è in grado di offrire ai cittadini risposte appropriate ai bisogni, che si manifestano in modo sempre più articolato.

Il Servizio Teendenze

Il servizio è rivolto a studenti, insegnanti, genitori degli studenti delle scuole secondarie di primo grado del Distretto. E' rivolto inoltre ai Servizi Sociali degli otto Comuni dell'Ambito.

Ha come finalità la promozione della salute anche mediante la prevenzione di comportamenti a rischio nella fascia pre-adolescenziale ed adolescenziale. Si pone l'obiettivo di :

- stimolare nei ragazzi processi di riflessione e consapevolezza dei propri comportamenti e delle proprie emozioni;
- consolidare la funzione di ascolto all'interno della scuole medie;
- attivare spazi e proporre figure educative capaci di affrontare il tema delle sostanze in relazione all'età pre-adolescenziale e al contesto territoriale specifico.

Mantenendo, consolidando, migliorando le attività già esistenti, le attività realizzate sono state :

- ✓ **interventi nelle classi terze**, con l'obiettivo di stimolare negli studenti atteggiamenti più consapevoli nei confronti dei rischi connessi all'uso di sostanze ed offrire occasioni di confronto tra pari sul tema. Avvicinare i ragazzi al riconoscimento e alla comprensione delle emozioni vissute nell'interazione con le persone, con i beni di consumo e con le sostanze stupefacenti.
- ✓ **spazi di ascolto di tipo educativo rivolti agli studenti**, con l'obiettivo di offrire uno spazio di ascolto individuale, favorire il confronto con figure adulte di riferimento, attivare processi di supporto nei cambiamenti evolutivi e nelle situazioni di crisi, attivare reti di sostegno.
- ✓ **incontri formativi / informativi per insegnanti** al fine di offrire strumenti e competenze utili ad affrontare il tema delle sostanze, in relazione all'età preadolescenziale e adolescenziale
- ✓ **incontri, spazi di ascolto/ sportello di counseling per i genitori** finalizzati a fornire uno spazio di conoscenza e approfondimento del fenomeno delle dipendenze, in relazione alla diversa percezione generazionale.
- ✓ **coordinamento con iniziative promosse dai Comuni dell'Ambito su tematiche specifiche dell'età preadolescenziale**. Obiettivi: consolidare il collegamento ed il coordinamento con le azioni che i singoli Comuni definiscono su tematiche simili, talvolta afferenti a settori diversi (pubblica istruzione, cultura, politiche giovanili ecc...), anche attraverso la realizzare di una rete comunicativa tra gli attori in campo.

Analisi dei dati nel triennio

Impegni di spesa

	ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	TOTALE
Teendenze	€ 30.740,32	€ 30.277,00	€ 30.277,00	€ 91.294,32

AZIONI ATTIVATE:

1) Spazio d'ascolto per studenti (Cassano – Pozzuolo- Vignate)

Sportello d'ascolto gestito da un educatore ad accesso libero per tutti gli studenti , preventivamente autorizzati dai genitori. L'educatore raccoglie le problematiche portate dei ragazzi, fornendo uno spazio di

ascolto/accoglienza e supporto individuale. Dove necessario, in rete con le altre figure attive nella scuola e sul territorio (docenti, dirigente, servizio sociale,) attiva percorsi di aiuto o invio.

2) Incontri nelle classi

- Dinamiche di gruppo (per tutte le classi prime, seconde, terze –Cassano, Truccazzano, Settala ,Pozzuolo)

Percorso costruito ad hoc sui bisogni o difficoltà specifiche del gruppo classe per esplorarne i processi affettivi e organizzativi, riconoscere i vissuti problematici (prevaricazioni/conflitti, dinamiche comunicative, esclusione) ed infine ipotizzare soluzioni partecipate con il gruppo classe e con i professori coinvolti.

- “Virtual education” (classi seconde –Truccazzano, Settala ,Cassano)

Percorsi di educazione all’uso consapevole delle tecnologie digitali e della rete. Gli incontri mirano a fare emergere le abitudini e le competenze dei ragazzi per riflettere sull’uso dei social network, sui confini tra reale e virtuale, e sui rischi presenti nella rete. La discussione verte su alcune aree tematiche delicate: il confine tra pubblico e privato, l’attendibilità delle fonti, la responsabilità riguardo ai contenuti, la gratuità di social network, giochi, la tracciabilità dei movimenti in rete, la tutela della propria privacy e la conoscenza delle condizioni d’uso dei social network.

-“Alcol e sostanze” classi terze (Vignate)

Incontri di informazione e discussione sulle sostanze psicotrope legali e illegali (con un particolare focus sull’alcol) che mira al coinvolgimento e alla sensibilizzazione dei ragazzi circa gli elementi di rischio, gli stili e i contesti di consumo. Confronti sui significati del “divertimento” al fine di far esercitare il pensiero critico. Acquisire strumenti di lettura dei messaggi pubblicitari, riconoscere la tensione emotiva generata dall’interazione con la pubblicità e con i beni di consumo, la sua influenza sulle scelte individuali. Fornire informazioni basilari sui rischi connessi al consumo di sostanze e ricodificare le credenze/conoscenze già in possesso dei ragazzi. Riflettere sulle dinamiche tra pari ed in particolare sul condizionamento di gruppo.

3) Gruppi di auto-aiuto per adulti: genitori e professori

- Circle time (Cassano, Vignate)

Il Circle-time è un gruppo di discussione su argomenti di diversa natura, attinenti in questo caso al ruolo (di docenti per gli uni, di genitori per gli altri) con lo scopo principale di migliorare la comunicazione, aumentare la vicinanza emotiva, provare a risolvere i vissuti problematici attraverso il confronto, con l’obiettivo di riconoscere e gestire le proprie emozioni e quelle degli altri (empatia). Inoltre, favorire la conoscenza reciproca, la vicinanza emotiva, la comunicazione e la cooperazione tra tutti i membri del gruppo. Favorire un confronto su ipotetiche soluzioni, attraverso l’analisi dei problemi e possibili strategie di intervento.

Rispetto agli obiettivi posti si evidenzia che, con tempi ed intensità diverse, è stato possibile in alcune scuole:

- attivare interventi nelle classi centrate sulle dinamiche di gruppo, là dove venivano segnalati conflitti e prevaricazioni, lavorando sulle modalità comunicative e sull’aumento della fiducia tra i membri;
- creare sinergie tra i diversi operatori/interventi già attivi, in particolare ha permesso agli operatori di Teendenze di supportare il ruolo di altre figure specialistiche, creando collaborazioni tra le diverse azioni;
- sperimentare esperienze di gruppi di auto aiuto; ciò ha permesso ai professori coinvolti di confrontarsi sui temi legati alla complessità del ruolo, alla fatica nella gestione dei ragazzi, ai cambiamenti nella “tipologia” degli studenti, al bisogno di rinnovarsi per stare dietro alla complessità e le difficoltà di comunicazione (coi colleghi e con le famiglie).

Il servizio è erogato tramite un Contratto di servizio con l’Agenzia per la Formazione, l’Orientamento e il Lavoro Est Milano 2.

Assicura sul territorio distrettuale una offerta di servizi individualizzati di inserimento ed integrazione lavorativa a favore di soggetti appartenenti a fasce sociali deboli o a rischio di emarginazione, attuato attraverso una equipe specializzata istituita dall’Agenzia in stretta collaborazione con i Servizi Sociali di ogni Comune del Distretto 5.

Il servizio garantisce

- Progetti individualizzati di inserimenti lavorativi;
- Individuazione di unità produttive disponibili ed atte a finalità di inclusione;
- Tutoring e monitoraggio dei progetti individualizzati;
- Progetti individualizzati di mantenimento e riqualificazione professionale dei soggetti fragili.

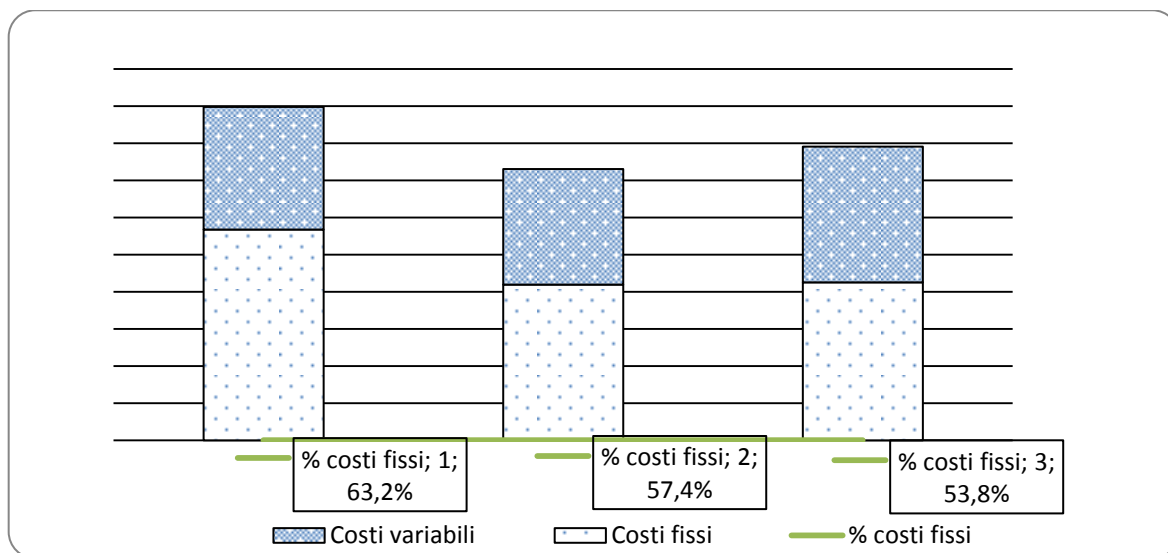
L’accesso al servizio dei cittadini è assicurato dal Servizio Sociale Professionale dei Comuni del Distretto che si avvalgono del supporto consulenziale specialistico dell’Agenzia e del coordinamento organizzativo dell’Ufficio di Piano.

Analisi dei dati nel triennio

Costi sostenuti sono articolati nel seguente modo :

- **costi fissi** del personale e oneri di struttura che sono sostenuti dall’Ufficio di Piano;
- **costi variabili** imputabili al singolo intervento- utente e connessi al pagamento delle borse lavoro e quote INAIL, sostenute da ogni singolo Comune del Distretto.

	<u>Anno 2012</u>	<u>Anno 2013</u>	<u>Anno 2014</u>
Costi fissi	€ 113.478,00	€ 83.803,00	€ 85.060,75
Costi variabili	€ 66.185,00	€ 62.315,00	€ 73.164,41
Totale costi	€ 179.663,00	€ 146.118,00	€ 158.225,16



La tabella evidenzia come dato medio una costante prevalenza dei costi fissi (58%) sulla spesa complessiva.

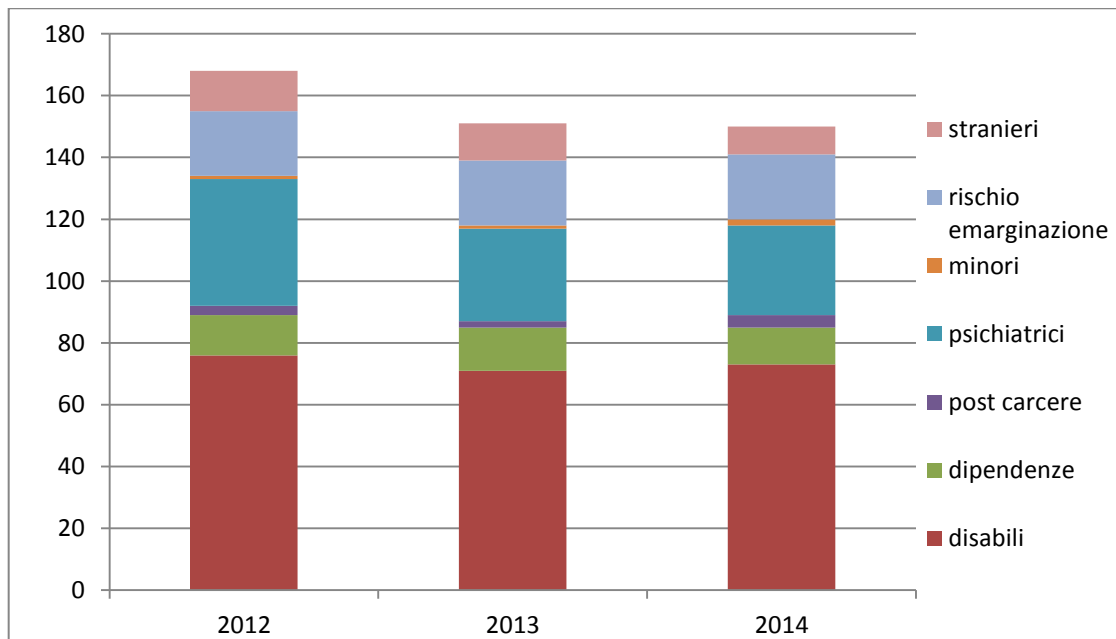
Un calo significativo pari al 12% della spesa investita tra il 2012 e il 2014 prevalentemente a carico dei costi fissi (mediamente il 58,3% della spesa totale) a fronte delle diminuite disponibilità di finanziamento del servizio, conseguenza del taglio operato sul Fondo Nazionale per le Politiche Sociali.

Per contro si mantiene costante l'impegno dei comuni sulle spese variabili (mediamente il 41,7% della spesa totale) per borse lavoro e tirocini lavorativi.

Accessi al servizio

distribuzione dell'utenza

anno	disabili	dipendenze	post carcere	psichiatrici	minori	rischio emarginazione	stranieri	TOTALE
2012	76	13	3	41	1	21	13	168
2013	71	14	2	30	1	21	12	151
2014	73	12	4	29	2	21	9	150
TOTALI	220	39	9	100	4	63	34	469

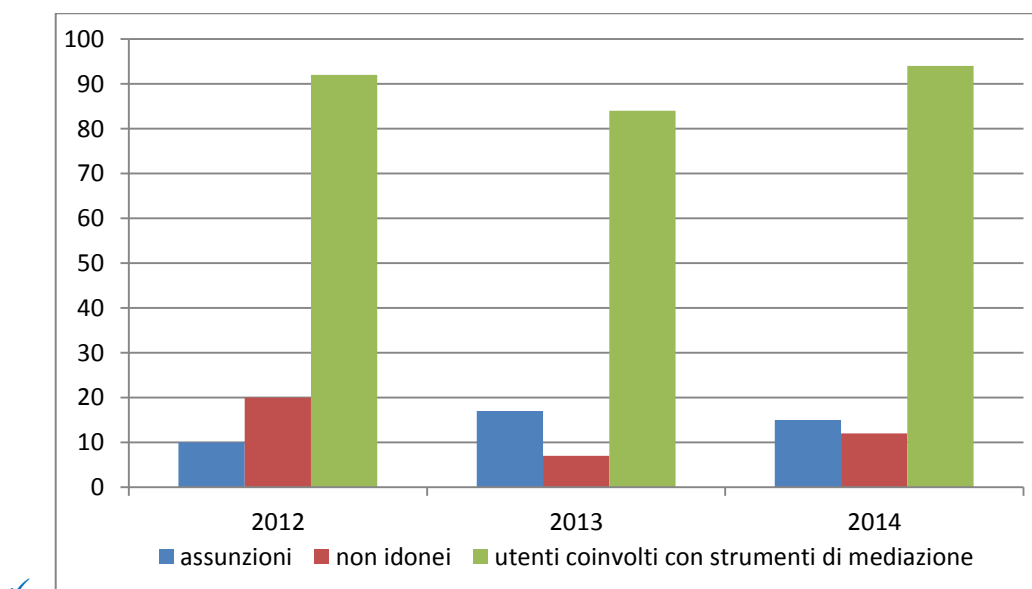


Le segnalazioni sono andate progressivamente diminuendo (- 18 dal 2012) in linea con gli impegni assunti con le Amministrazioni Comunali conseguente alla diminuzione del finanziamento per le spese fisse.

La distribuzione dell'utenza a fine 2014 evidenzia una riduzione dell'area psichiatrica, mentre sono sostanzialmente confermate le altre aree.

risultati

anno	assunzioni	non idonei	utenti coinvolti con strumenti di mediazione
2012	10	20	92
2013	17	7	84
2014	15	12	94
TOTALI	42	39	270



Crescono le assunzioni, diminuiscono le segnalazioni non idonee: segnale di un miglioramento dell'azione di filtro esercitata dal Servizio Sociale professionale inviante.

Migliorano rispetto al calo del 2013 il numero degli utenti coinvolti con strumenti di mediazione validando l'impegno economico mantenuto dai Comuni per i costi variabili.

NETWORK GIOVANI

Il servizio è stato inizialmente promosso in tutti i comuni del distretto ed in una seconda fase ricollocato nei comuni di Cassano d'Adda, Liscate, Pozzuolo Martesana, Settala e Vignate .

Ha l'obiettivo di promuovere, agevolare facilitare ed incentivare l'autonomia dei giovani nei settori di vita di loro maggiore interesse (lavoro, scuola e formazione, volontariato, servizi e risorse locali, turismo giovanile, associazionismo, attività culturali e tempo libero, Europa per i giovani, casa e consumi)

Il Servizio si prefigge di:

- essere un "sensore" vicino e attento al mondo giovanile;
- promuovere il protagonismo giovanile in quanto risorsa e portatrice di competenze, idee e progetti;
- valorizzare la rete di servizi e opportunità esistenti offerte ai giovani (spazi aggregativi e di socializzazione, spazi compiti, biblioteche, oratori, ecc.) favorendo la connessione tra le stesse o la connessione tra i giovani residenti nei Comuni del Distretto 5 e le risorse/opportunità esistenti a livello locale e sovralocale.

Analisi dei dati nel triennio

Impegni di spesa

ANNO 2012	ANNO 2013	ANNO 2014	TOTALE
€ 32.021,70	€ 34.730,00	€ 34.730,00	€ 101.481,70

Attività del servizio

- front office: apertura settimanale degli sportelli su cinque Comuni dell'Ambito (Cassano d'Adda, Liscate, Pozzuolo Martesana, Settala e Vignate);
- accoglienza e colloquio informativo da parte dell'operatore il quale raccogliere la domanda/bisogni portato;
- accompagnamento e supporto alla ricerca delle informazioni con funzioni di primo orientamento;
- accompagnamento all'utilizzo, anche autonomamente, dei diversi strumenti informativi disponibili;
- invio a servizi altri e specialistici;
- gestione della tessera per accedere agli Ostelli della Gioventù (AIG);
- gestione del tesseramento Carta Giovani, offerta gratuitamente dalla Provincia di Milano ai giovani fino ai 30 anni.

Accessi al servizio

anno	Accessi Informagiovani	Accessi online	Totale contatti
2011/2012	1.286	9.827	11.113
2012/2013	893	15.009	15.902

- ✓ sugli accessi all' Informagiovani nel biennio registriamo un decremento del 30,5%;
- ✓ sugli accessi online registriamo un aumento di accessi del 52,7% ;
- ✓ complessivamente nel biennio l'incremento si assesta nell'ordine del 43% .

Specifica per comuni Anno 2011/2012

Comuni	accessi	ritorni
Cassano	81	106
Inzago	123	293
Liscate	13	16
Melzo	210	256
Pozzuolo	40	46
Settala	18	10
Truccazzano	12	12
Vignate	30	20
totale	527	759

% di ritorni

44,02

Anno 2012/2013

Comuni	accessi	ritorni
Cassano	85	82
Inzago	58	162
Liscate	6	20
Melzo	136	202
Pozzuolo	37	21
Settala	21	15
Truccazzano		
Vignate	24	21
totale	367	526

% di ritorni

43,32

Nel biennio l'accesso diretto è diminuito del 30 %.

- ✓ con riferimento all'anno 2012/2013 rispetto all'età, il servizio si conferma per la metà giovani (52%) e metà adulti;
- ✓ tra i giovani i 18/20 anni è quella più presente;
- ✓ si registra un aumento (60%) dei disoccupati a scapito degli studenti;
- ✓ rispetto al titolo di studio il 43% ha assolto l'obbligo scolastico;
- ✓ il 31% ha un diploma di maturità;
- ✓ il 9% una laurea;
- ✓ il 17% studente lavoratore.

Divisione per settore richiesto

casa	servizi	turismo	tempo libero	volontariato	mobilità all'estero	formazione	lavoro
2%	3%	1%	4%	3%	5%	18%	64%

Il dato 2013 si è sostanzialmente riconfermato nel 2013/2014 pertanto si è ritenuto opportuno ricalibrare il progetto nella direzione di:

- 1- Collocarlo maggiormente con le reti comunali
 - a- servizi sociali in una ottica di invio bidirezionale monitorato di adolescenti e giovani;
 - b- progetti giovani locali per la coprogettazione di eventi comuni;
 - c- oratori e scuole superiori per la promozione del servizio e delle opportunità del Network.
- 2- Garantire aperture itineranti durante eventi territoriali significativi.
- 3- Sviluppare un calendario di settimane dedicate e temi specifici, volti ad evidenziare i contenuti meno utilizzati dalla popolazione giovanile quali:
 - a- il lavoro estivo stagionale;
 - b- mobilità e volontariato all'estero;
 - c- imprenditorialità e imprenditività;
 - d- volontariato estivo in zona.

1.4 Analisi del contesto

TREND E DINAMICHE DEMOGRAFICHE

Il Distretto di Melzo al primo gennaio 2014 conta una popolazione di 83.317 abitanti. Di questi, quasi la metà risiede nei due Comuni più grandi, Cassano d'Adda e Melzo, che ospitano ciascuno più del 22% della popolazione, pari rispettivamente a 18.751 e 18.519 cittadini. La popolazione degli altri sei Comuni è compresa invece tra i 4.142 residenti di Liscate e i 10.957 di Inzago.

Comune	Totale
Cassano d'Adda	18.751
Inzago	10.957
Liscate	4.142
Melzo	18.519
Pozzuolo Martesana	8.289
Settala	7.411
Truccazzano	6.029
Vignate	9.219
Distretto	83.317

Tra il primo gennaio 2011 e il primo gennaio 2014 la popolazione del Distretto è cresciuta di 934 unità, pari al 1%. A contribuire a tale crescita sono stati soprattutto i Comuni di Inzago, Pozzuolo Martesana e Vignate.

	2011	2012	2013	2014	INCREMENTO
Cassano	18.767	18.788	18.761	18.751	-16
Inzago	10.541	10.700	10.835	10.957	416
Liscate	4.060	4.139	4.090	4.142	82
Melzo	18.513	18.593	18.225	18.519	6
Pozzuolo	7.991	8.167	8.264	8.289	298
Settala	7.465	7.526	7.354	7.411	-54
Truccazzano	5.982	6.006	6.061	6.029	47
Vignate	9.064	9.127	9.138	9.219	155
TOTALE	82.383	83.046	82.728	83.317	934

LA STRUTTURA PER ETÀ DELLA POPOLAZIONE

Per quanto concerne la composizione della popolazione in base all'età si osserva dai dati come Liscate è il Comune con la percentuale più elevata di minori di 3 anni che rappresenta il 4,6% dei residenti. Riferendoci invece ai grandi anziani (80 anni e più) Melzo con il 6,5% e Inzago con il 6,4% sono i più rappresentativi.

Comune	0 - 3 anni	%	4 - 17 anni	%	18 - 64 anni	%	65 - 79 anni	%	80 anni e più	%
Cassano d'Adda	657	3,5%	2.569	13,7%	11.643	62,1%	2.858	15,2%	1.024	5,5%
Inzago	422	3,9%	1.437	13,1%	6.722	61,3%	1.679	15,3%	697	6,4%
Liscate	189	4,6%	637	15,4%	2.719	65,6%	469	11,3%	128	3,1%
Melzo	631	3,4%	2.288	12,4%	11.243	60,7%	3.162	17,1%	1.195	6,5%
Pozzuolo Martesana	292	3,5%	1.149	13,9%	5.316	64,1%	1.149	13,9%	383	4,6%
Settala	327	4,4%	1.210	16,3%	4.728	63,8%	914	12,3%	232	3,1%
Truccazzano	244	4,0%	846	14,0%	4.000	66,3%	708	11,7%	231	3,8%
Vignate	404	4,4%	1.321	14,3%	5.954	64,6%	1.197	13,0%	343	3,7%
Distretto	3.166	3,8%	11.457	13,8%	52.325	62,8%	12.136	14,6%	4.233	5,1%

GLI STRANIERI

Al primo gennaio 2014 nel Distretto di Melzo risiedono 8.670 cittadini stranieri, pari al 10,4% dei residenti. A Cassano si rileva la più elevata percentuale di stranieri sulla popolazione residente, pari al 12,9%; viceversa è Vignate il Comune con la minore presenza di cittadini stranieri (8,1%), seguito da Pozzuolo (8,3%) e da Inzago (9,3%).

	totale	%
CASSANO	2426	12,9%
INZAGO	1018	9,3%
LISCATE	434	10,5%
MELZO	1972	10,6%
P.MARTESANA	689	8,3%
SETTALA	780	10,5%
TRUCCAZZANO	605	10,0%
VIGNATE	746	8,1%
TOTALE DISTRETTO	8670	10,4%

L'analisi demografica relativa agli stranieri per quanto concerne la loro provenienza è caratterizzata dal fatto che per tutti i Comuni del Distretto i Paesi Stranieri più rappresentati sono ai primi due posti per presenze Romania, con una percentuale del 22,02% sul totale degli stranieri e Albania con il 20,92%.

Cassano D'Adda		Inzago		Liscate		Melzo	
NAZIONE	TOTALE	NAZIONE	TOTALE	NAZIONE	TOTALE	NAZIONE	TOTALE
Albania	763	Romania	271	Romania	120	Albania	396
Romania	640	Marocco	177	Albania	50	Romania	299
Marocco	176	Albania	133	Marocco	32	Marocco	194
Perù	106	Perù	58	Perù	31	Perù	141

Pozzuolo Martesana		Settala		Truccazzano		Vignate	
NAZIONE	TOTALE	NAZIONE	TOTALE	NAZIONE	TOTALE	NAZIONE	TOTALE
Romania	153	Romania	143	Albania	129	Romania	177
Albania	121	Albania	95	Romania	106	Albania	127
Marocco	93	Senegal	86	Marocco	102	Bulgaria	70
Moldova	29	Marocco	75	India	87	Marocco	48

RISORSE ECONOMICHE DISTRETTUALI

Le risorse economiche a disposizione del distretto per l'anno 2015 sono quantificate in circa 1 milione e 400 mila euro. Il Fondo Nazionale Politiche Sociali è utilizzato sostanzialmente per finanziare i servizi Distrettuali, mentre il Fondo Sociale Regionale è completamente redistribuito alle unità di offerta pubbliche e private del Distretto per il sostegno della loro attività.

La compartecipazione alla spesa dei comuni per circa 300 mila euro è utilizzata per finanziare in parte il Funzionamento dell'Ufficio di Piano (163 mila euro) ed in parte per i due servizi distrettuali SILD e Network Giovani.

CANALI DI FINANZIAMENTO	2014	2015
FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	€ 348.663,00	€ 309.581,00
FONDO NON AUTOSUFFICIENZE	€ 203.133,00	€ 223.785,00
FONDO SOCIALE REGIONALE	€ 562.100,00	€ 562.100,00
COMPARTICIPAZIONE COMUNI FUNZIONAMENTO UFFICIO DI PIANO	€ 168.309,33	€ 163.574,95
COMPARTICIPAZIONE COMUNI SERVIZI DISTRETTUALI IN FORMA ASSOCIATA	€ 113.164,47	€ 123.157,06
RISORSE PER FUNZIONI TRASFERITE ACCREDITAMENTO E VIGILANZA	€ 9.313,00	€ 7.611,00
	€ 1.404.682,80	€ 1.389.809,01

1.5 L'esigenza attuale e la finalità della prossima triennialità

Il territorio del Distretto 5, Asl Mi2, 82.437 abitanti, 8 comuni, vive una fase particolarmente critica per la coesione e l'identità della comunità, in profondo stravolgimento su più versanti: quello urbanistico per le nuove tangenziali (bre-be-mi, TEM), l'alta velocità ferroviaria e infrastrutture connesse, quello politico per il progetto della città metropolitana, quello economico per la ricerca di una nuova "vocazione" di tutta l'area Martesana, quello sociale per la migrazione di nuovi residenti (3782) in particolare coppie giovani per i costi contenuti delle case e contemporaneamente un alto tasso di invecchiamento dei residenti "storici" (19,8% di ultra 65enni). Per questo tutta la comunità, oltre che disoccupati (1906) o giovani (9511), è bacino su cui investire per lo sviluppo di un nuovo patrimonio sociale in grado di contrastare un destino di indifferenziata "periferia milanese". In particolare cronicità e fragilità sono le due questioni da affrontare in forma prevalente segnale della necessità di sviluppare il più alto livello di integrazione socio sanitaria che le proposte di ridimensionamento dei territori in sede di area metropolitana o nuova riforma sanitaria dovranno tenerne conto. Si auspica che il sistema di governance dell'area metropolitana e del futuro sistema

regionale tenga in considerazione la dimensione territoriale e non dimentichi il fatto che la competenza del settore sociale è dei comuni.

Le singole amministrazioni comunali si trovano a dover far fronte a una domanda crescente di servizi, al costo crescente per le spese di cura e di lungo assistenza e all'affacciarsi di forme individuali e private di risposta ai problemi (vedi l'aumento di forme private per le assistenti familiari). I tagli ai servizi essenziali per le fasce deboli rischiano di creare un insanabile conflitto tra i cittadini e gli enti, sembrerebbero contribuire a questo anche le criticità di un sistema dell'offerta dei servizi che ha scarsa capacità di rinnovamento e reinvestimento progettuale. Per tutte queste ragioni, meglio esplicitate nelle successive parti del documento di programmazione, il cambiamento è in altro modo necessario e indispensabile per un welfare del dialogo e della collaborazione che crea valore.

Pertanto, in riferimento alle linee d'indirizzo regionali che invitano a lavorare per un Welfare aperto alla partecipazione di tutti i soggetti della comunità, capace di ricomporre efficacemente interventi e risorse l'obiettivo che l'Ambito Sociale 5 vuole porre per la prossima triennalità è "Trasformare il territorio in un territorio collaborativo dove imprese, associazioni, istituzioni pubbliche, scuole e cittadini possono vivere, fare e crescere insieme. La sfida è mettere a frutto ricchezze e risorse dell'ambito distrettuale, creare connessioni e nuove opportunità, tutelando il cittadino fragile".

Nel triennio ci si aspetta:

- la valorizzazione/integrazione e messa a sistema delle esperienze sino ad ora attuate nel senso di dare continuità alle forme di coinvolgimento e partecipazione di soggetti pubblici e privati nella governance del piano di zona, innovandole perché siano aderenti ed efficaci agli obiettivi dati oltre all'attivazione di sperimentazioni locali di prese in carico che attivino i cittadini .
- la creazione di un sistema e di un modello territoriale condiviso di costruzione della collaborazione che passi anche dalla necessità di attivare un percorso di rivisitazione delle organizzazioni perché siano efficaci al cambiamento per la realizzazione di un welfare generativo
- La necessità di mantenere aggiornato il sistema attraverso una costante formazione intesa anche come collocazione competente dei ruoli e delle risorse impiegate
- La costante ricerca di risorse economiche aggiuntive vista la contrazione di quanto il sistema pubblico è in grado di garantire, e attrazione e coltivazione di risorse aggiuntive di cittadini che possono contribuire allo sviluppo del loro territorio (people raising) e possono quindi rappresentare un capitale umano di ricchezza.

Sezione 2 - L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA **(Documento redatto da ASL Milano 2)**

2.1 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.

2.2 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
Realizzare il Piano d’Azione Regionale per le persone con disabilità.	<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</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
	<p>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> <p>Collaborazione con la Cooperativa Punto d'Incontro per l'attivazione del percorso di formazione-ricerca "Il progetto di vita nella disabilità"</p>			
Consolidare il modello organizzativo dei Punti ADI	<p>Costituzione e attivazione dei punti ADI in tutti i distretti</p> <p>Elaborazione di strumenti e procedure per l'integrazione sulla domiciliarità</p>	Istituzionali	<p>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.</p>	<p>Si dovranno approntare procedure integrate di valutazione del bisogno e di monitoraggio degli interventi.</p>
Assicurare continuità ospedale - territorio	<p>Definizione, in accordo con le AO, di "strumenti" per identificare precocemente le persone a rischio e necessitanti di dimissioni concordate</p> <p>Definizione di un percorso condiviso con gli Uffici di Piano</p>	Istituzionali	<p>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.</p>	<p>Necessario favorire la valutazione in ambito ospedaliero del bisogno, prima della dimissione.</p>
Realizzazione del progetto NASKO a	<p>Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano</p>	Istituzionali	<p>L'attività di erogazione dei contributi è stata garantita da tutti i CF pubblici.</p>	<p>Prosecuzione delle attività in un'ottica di</p>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
sostegno delle madri in difficoltà.	<p>in precarie condizioni economiche</p> <p>Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)</p>			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.	<p>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 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>	Istituzionali	<p>E' stato pienamente attuato il Progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia".</p> <p>L'attività di formazione, organizzata con STER Lombardia, ha coinvolto il personale dei CF pubblici e privati ed 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>	Necessario proseguire il percorso di semplificazione dell'accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	Definizione di procedure/protocolli operativi di collaborazione e di attivazione con i nodi della rete			
Integrare gli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori: assicurare sostegno alla genitorialità.	<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 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>	Istituzionali	In un contesto legislativo nel frattempo mutato, è stato attuato il trasferimento dell'attività in materia di adozione ai Consultori familiari gestito dell'ASL.	E' necessario proseguire nell'integrazione degli interventi socio sanitari nell'area famiglia e minori e assicurare sostegno alla genitorialità.
Prevenzione delle dipendenze	Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete	Istituzionali	Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal	Prosecuzione delle attività in sinergia con UDP o

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
patologiche e dei comportamenti additivi.	<p>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>		<p>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>	Aziende Sociali
Promuovere la salute e sani stili di vita	<p>Partecipazione agli organismi consultivi per le attività di promozione della salute.</p> <p>Realizzazione, per le parti di reciproca competenza, delle attività previste nel Piano Integrato Locale</p>	Istituzionali	E' proseguita l'attività sia di partecipazione alla programmazione sia di realizzazione delle iniziative di promozione della salute.	Proseguimento delle attività
Collaborare alla tutela della Salute Mentale	<p>Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale</p> <p>Partecipazione ai lavori dell'organismo di</p>	Istituzionali	E' stata garantita con costanza l'attività di Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale e all'organismo di	Proseguimento delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza		coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.	
Prosecuzione dei lavori dell'Ufficio per la protezione giuridica	Analisi, valutazione e avvio di possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni	Istituzionali	<p>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;</p> <p>realizzati accordi formali tra soggetti pubblici e privati attivi sul territorio dell'ASL;</p> <p>costituita la rete territoriale per la protezione giuridica, sviluppata su due livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> – la diffusione dei punti di prima informazione – il consolidamento dei punti di consulenza e tutoring 	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.	<p>Mappatura delle informazioni da raccogliere</p> <p>Progettazione e sviluppo di una banca dati assistiti di area socio assistenziale e socio sanitaria integrate</p> <p>Formazione degli operatori coinvolti</p> <p>Programmazione integrata degli interventi</p>	Istituzionali	Attuata, per alcuni ambiti, la mappatura delle informazioni da raccogliere e sperimentati modelli di valutazione integrata del bisogno.	Prosecuzione delle attività
Implementare la collaborazione col Terzo Settore.	<p>Analisi dell'attività svolta</p> <p>Individuazione di nuovi ambiti di collaborazione</p>	Istituzionali	Modificata la composizione del Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS), ampliata a organismi in rappresentanza di realtà	Prosecuzione delle attività e implementazione della collaborazione

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	Stesura di un nuovo regolamento Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS)		dei singoli ambiti territoriali.	
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 Eventuale sperimentazione dell'iniziativa</p> <p>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"> • realtà innovative cliniche e riabilitative del pubblico e del privato accreditato nell'ambito delle dipendenze • promozione della salute nelle scuole • funzioni di ascolto orientamento e supporto psicopedagogico nei consultori • attuazione del nuovo modello regionale per l'ADI 	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 coordinamento interistituzionale	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
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 aggiornata	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
							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 Iniziativa 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

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 SOSTengo 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

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/ azioni di sistema	Modalità d'integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
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": tavolo di coordinamento tra servizi tutela e i servizi territoriali (SMF, UdP, NPI, CPS, SERT, Spazio Neutro, Consultori, Scuole)	Collaborazione e coordinamento al fine di incrementare le connessioni tra i 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.	Istituzionali	Procedure Incontri cadenzati Informazione Iniziativa formative	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
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 in Lombardia – 2013 – "Sciogliere il nodo della violenza di genere. Percorsi di formazione e azioni condivise per rafforzare la rete territoriale"	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
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

**INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
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 additivi e contrastare i fattori di rischio	generale	<p>Attuazione del nuovo piano triennale rete prevenzione dipendenze.</p> <p>Apertura di un Punto di Intervento Dipendenze a San Donato Milanese in sinergia con ASSEMI.</p> <p>Azioni epidemiologiche, preventive, di sensibilizzazione e formative previste dal Piano Territoriale GAP, con focus sulla popolazione giovanile, over 65, esercenti commerciali del gioco.</p> <p>Sviluppo azioni GAP inserite negli accordi operativi con Comuni (Carugate, Segrate; ecc..) e ASSEMI.</p> <p>Interventi nel mondo del lavoro (progetto WHP) su temi quali prevenzione fumo, alcol e droghe, prevenzione GAP e Internet addiction, corsi disassuefazione fumo.</p> <p>Sviluppo programmi professionali life skills nelle scuole.</p>	Collaborazione e coordinamento operativo in relazioni e alle progettualità	Istituzionali	Procedure Protocolli Informazione Incontri cadenzati Iniziativa formative Evidenza verbali riunioni	Presenza di procedure n. incontri	Almeno 1 procedura per area di attività n. incontri realizzati/n. incontri previsti = 1	Per tutto il triennio

		<p>Azioni del rinnovato protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP.</p> <p>Partecipazione del Dipartimento Dipendenze al Comitato scientifico prevenzione in adolescenza di ASSEMI.</p> <p>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.</p> <p>Partecipazione ai lavori: dell'organismo di coordinamento Salute Mentale; della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.</p>						
--	--	---	--	--	--	--	--	--

**INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA ANNI 2015/2017
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.

Sezione 3 - VERSO UN PIANO DI ZONA DELLA COLLABORAZIONE: LE LINEE DI SVILUPPO

3.1 La ridefinizione dell'organizzazione del sistema per una governance collaborativa: da unità d'offerta a promotori di collaborazione

In più occasioni durante la precedente triennalità, ma anche in occasione del lavoro preparatorio allo scrivente documento si è più volte affermato come un territorio può trasformarsi solo se anche le organizzazioni cambiano nelle modalità di risposta e si sperimentino in modo efficace ed efficiente. A fronte di un sistema integrato di servizi e risorse molto complesso, l'obiettivo dichiarato non si limita alla gestione di situazioni critiche, ma, in una prospettiva di responsabilità condivisa, promuove la gestione competente dei diversi soggetti presenti nel territorio delle criticità che si anticipa possono coinvolgere il cittadino e promuove l'esercizio del ruolo attivo della cittadinanza.

Nella futura triennalità, visti gli stimoli dati dalle linee guida della regione e il mandato politico dell'assemblea dei sindaci che spinge verso una sempre più completa gestione associata dei servizi sociali, si dovrà:

- approvare una convenzione che definisca un modello organizzativo in grado di interagire concretamente con il sistema territoriale valorizzandone il potenziale e sia in grado di modularsi alle esigenze, ridisegni la mappa dei servizi in chiave dinamica e articolata; sarà un lavoro che a gradi raggiungerà il compimento nella triennalità partendo da segretariato sociale, accorperà via via le Unità d'offerta secondo i processi che perseguono e non per le categorie tipizzanti di riferimento (ad es. area percorsi educativi ingloberà le unità d'offerta relative ai Minori e famiglia, ai giovani, all'integrazione scolastica; l'area socio economica lavorativa ingloberà le unità di offerta del SILD, l'orientamento; l'area delle autonomie personali ingloberà le unità d'offerta della domiciliarità e dell'integrazione socio sanitaria);
- sperimentare forme di collaborazione coinvolgendo le famiglie già fruitrici dei servizi perché possano investire anche risorse proprie;
- coinvolgere l'associazionismo e le famiglie stesse in modo sempre più finalizzato al fine di rivedere l'offerta territoriale dei servizi secondo principi di partecipazione attiva superando logiche di delega;
- sviluppare integrazioni progettuali tra i diversi servizi della rete socio assistenziale e socio sanitaria per favorire processi di reciproco arricchimento e sperimentare forme di gestione innovative "aperte" che permettono di intercettare le nuove domande e fare esperienza di servizi per cittadini con fragilità e età diverse.
- per facilitare una programmazione attenta alle diverse implicazioni territoriali o specifiche, si confermeranno tavoli tematici di lavoro e/o focus-group, e coordinamenti di servizi come spazi di confronto, incontro, sintesi fra le iniziative promosse dalle reti locali e la programmazione del piano di zona. Queste iniziative vedranno la partecipazione di operatori sociali comunali, dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera, rappresentanti della cooperazione sociale e delle Associazioni di volontariato, organizzazioni no-profit, rappresentanti delle istituzioni scolastiche ed educative e socio culturali, promuovendo il loro cambiamento perché siano laboratori di governance collaborativa.
- Confermare l'assemblea dei Sindaci, organismo politico di indirizzo e programmazione delle funzioni ed attività socio-assistenziali e ambito dell'integrazione con le politiche socio-sanitarie, nel ruolo che crea le condizioni per una visione unitaria e condivisa delle politiche sociali del distretto e cura l'interlocuzione con tutti i soggetti locali svolgendo un ruolo di riferimento istituzionale unitario.

- Confermare lo snodo del Tavolo Tecnico presidio tecnico / progettuale puntuale e preciso grazie anche all'integrazione tra le diverse presenze che lo compongono. Oltre al coordinatore responsabile dell'Ufficio di Piano, è prevista la presenza dei responsabili dei servizi comunali/operatori delegati e di tre rappresentanti tecnici dei soggetti del terzo settore. La presenza di soggetti diversi ai lavori del Tavolo Tecnico vuole dare coerenza e attuazione alla scelta dei comuni dell'Ambito di strutturare luoghi di presidio e di costruzione di una programmazione sociale concertata e attenta alle priorità sociali.
- Confermare lo snodo Ufficio di Piano quale struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste dal documento di programmazione, monitoraggio e valutazione dell'impatto delle scelte del Piano di Zona rispetto la comunità. E' il soggetto strategico per rafforzare e qualificare le forme di integrazione tra i soggetti del welfare locale, ponendosi come promotore di connessioni e di opportunità per gli altri soggetti. Inoltre è l'organo stabile di rappresentanza dei Comuni dell'Ambito nei confronti delle altre amministrazioni pubbliche, delle persone fisiche e giuridiche e degli altri soggetti di diritto.
Il Coordinatore Responsabile dell'Ufficio di Piano partecipa inoltre stabilmente ai lavori della Cabina di Regia presso l'ASL Milano 2 quale organismo tecnico di raccordo fra gli Ambiti distrettuali e con i diversi enti e soggetti che concorrono alle politiche di welfare..
- La convenzione per la gestione associata darà ulteriore evidenza a come l'Ufficio di Piano potrà avvalersi di uno Staff Tecnico composto dai responsabili delle diverse unità operative dei Servizi Sociali d'Ambito al fine di avere a disposizione elementi, dati ed esperienze che possano orientare la programmazione a partire da una valutazione attenta di quanto portato dai servizi sociali territoriali e dalla gestione comune di servizi e interventi.

3.2. Il segretariato sociale e la centralità del cittadino come promotore del proprio cambiamento

Il segretariato sociale è presente in ogni organizzazione dell'ambito e garantisce agli amministratori la percezione di vicinanza alle difficoltà delle persone. Già nel PdZ 2009/2011 si era individuato come snodo strategico per l'implementazione di un'organizzazione associata anticipando di alcuni anni il dettato regionale. Le linee guida regionali attuali prevedono che il segretariato sociale sia gestito a livello d'ambito per garantire uniformità di risposta ai bisogni dei cittadini, anche in considerazione della crescente complessità del lavoro sociale, e in questa direzione si dovrebbe orientare la gestione associata distrettuale.

Posta l'indicazione normativa più volte ribadita che prima di pensare alla risposta si debba porre al centro del sistema di offerta la persona e la sua percezione di attore del proprio cambiamento, rimane strategico ripensare la funzione del segretariato sociale come prima lettura del bisogno, gestione del processo di invio ad altri servizi interni o esterni e offerta di elementi conoscitivi e di strategie di gestione della richiesta portata dal cittadino.

Il segretariato sociale così inteso diventa la porta di accesso al sistema organizzativo ben più complesso del Servizio Sociale di base, centro di valutazione e definizione dei singoli progetti personalizzati, garante e referente della risposta per il cittadino. La funzione attuale del servizio sociale è infatti molto complessa poiché si trova ad essere un riferimento prioritario per il cittadino alle prese con le molteplici e articolate problematiche oltre a risposte frammentate e di difficile sintesi. Il Servizio Sociale per essere efficace dovrà governare i diversi attori che ruotano attorno il progetto personalizzato (in campo sociale, sanitario, scolastico, lavorativo...) avendone la regia.

E' chiaro che questo è un risultato che si costruisce progressivamente e che richiede un investimento culturale ed organizzativo. La centralità che assume il servizio sociale nella regia della rete degli interventi territoriali non sminuisce l'operato degli altri servizi socio educativi e specialistici territoriali, ma permette di integrare le visioni a partire dalla percezione che il cittadino e la famiglia hanno del loro percorso.

Se l'obiettivo strategico del PdZ per il triennio è il coordinamento del segretariato sociale e l'integrazione con gli sportelli diffusi anche della rete del terzo settore, la programmazione intenderà:

- avviare una ricognizione il più rapida possibile della risorsa di “segretariato sociale” del territorio distrettuale partendo da quelle comunali per conoscere gli aspetti qualitativi e quantitativi, strumenti e metodi utilizzati;
- proporre strumenti organizzativi che implementino le competenze, agevolino l’approfondimento e il confronto (occasione in tal senso sarà la convenzione per la gestione associata, l’utilizzo della scheda sociale di ambito, la creazione dello snodo coordinamento di segretariato sociale....)
- attivare e strutturare un rapporto con il terzo settore e l’associazionismo per integrare la funzione degli “sportelli” di accoglienza sviluppatasi in questi anni (Caritas, Sindacati, Associazioni ecc.), nell’ambito di un lavoro di segretariato sociale diffuso, coordinato e dialogante.

3.3 La collaborazione con le organizzazioni locali

La presenza del terzo settore nell’ambito sociale del distretto rappresenta una realtà consolidata e caratterizzata da una presenza capillare ed articolata nei diversi comuni, ma che trova una frammentazione tanto che è stato difficile definire forme di rappresentanza certe e stabili nel tempo.

L’esigenza di affrontare tale questione è emersa anche in occasione dei lavori preparatori al presente documento tanto da definire la necessità che si arrivi ad una compiuta definizione della stessa da agire su due livelli differenti: un livello di sistema trasversale che il Tavolo Unificato può ben rappresentare con la partecipazione di propri rappresentanti per le attività tecnico istituzionali del Tavolo Tecnico e un livello partecipativo di base negli snodi di governance collaborativa che la presente pianificazione intenderà attivare.

I rappresentanti che di volta in volta siederanno ai diversi snodi e al Tavolo Tecnico saranno scelti fra candidature di persone con comprovata esperienza e conoscenza della rete locale dei servizi territoriali.

Per favorire il raccordo tra i diversi snodi è necessario che l’assemblea del Terzo Settore si incontri non meno di tre volte l’anno.

I tavoli politici della precedente triennalità vedranno una continuità nel loro evolversi in laboratori di governance collaborativa, laboratori di co progettazione aperti a tutti coloro che hanno idee e voglia di cambiare il nostro territorio: cittadini, innovatori sociali, imprese profit e non profit, organizzazioni della società civile, istituzioni pubbliche...

Nel triennio ci si aspetta:

- nel primo anno l’esplicitazione del senso della “collaborazione” e l’elaborazione di uno strumento organizzativo che faciliti la partecipazione al processo programmatico locale.
- Riconferma che la co progettazione sia lo strumento privilegiato attraverso il quale prende forma la programmazione e l’organizzazione dei servizi;
- la presenza di tre rappresentanti del terzo settore agli snodi del Tavolo Tecnico;
- prevedere l’adesione di altri soggetti della realtà locale (fondazioni ed enti di diritto privato) che perseguono l’obiettivo dello sviluppo della comunità locale;
- l’impegno dei comuni a promuovere ulteriori forme di collaborazione locale che sappiano essere una efficace forma di sussidiarietà a tutela di bisogni che solo una capillare rete di prossimità sa esprimere (aiuto, assistenza, solidarietà).

3.4 La collaborazione locale a sostegno delle povertà

A fronte del diffuso impoverimento economico e relazionale che colpisce anche i cittadini del nostro distretto, il problema che si è rilevato consiste nella scarsità, frammentazione e inefficacia delle occasioni offerte ai cittadini per riappropriarsi di un ruolo attivo e di un progetto di vita sostenibile e integrato nella propria comunità, che non passi dall’assunzione dello status di “assistito/bisognoso”. Dai dati comunali risulta che in un anno sono stati erogati contributi a circa 4015 nuclei familiari, ma sono stimabili in circa il

40% in più i cittadini che hanno fatto richiesta e che non sono stati ammessi. Anche i soggetti caritatevoli del territorio rilevano un incremento del 50% delle richieste di contributi materiali. Rimangono inoltre non intercettati e lasciati a cercare soluzioni in autonomia tutti quei soggetti del territorio (es. giovani precari) in difficoltà rispetto al definire o concretizzare un proprio percorso sostenibile, ma con qualche possibilità in più (rete sociale, competenze, risorse economiche anche minime). Queste risorse umane ed economiche se lette in un'ottica "collaborativa" costituiscono un'occasione persa di sviluppo per questo territorio.

I Servizi Sociali dei diversi Comuni sono i principali attori che intervengono per offrire ai cittadini occasioni di riappropriazione di un ruolo attivo, vincolando l'erogazione del contributo economico alla sottoscrizione di un progetto individuale. Tuttavia, poiché esso viene concesso solo in condizioni di elevata criticità, e dopo che le persone hanno fallito nella ricerca di soluzioni autonome, risulta nella maggioranza dei casi inefficace per rompere il circuito dell'assistenzialismo, in quanto il "problema economico" si impone in modo emergenziale. Si cercherà pertanto di sviluppare a più livelli una cultura della partecipazione dei cittadini antitetica rispetto a quella assistenziale, secondo la quale per generare sostenibilità sociale ed economica si deve investire a più livelli sulle competenze della comunità a prendersi cura di se stessa e a rivedere i propri stili di vita: dal 2010 si promuove la co-progettazione tra ente pubblico e terzo settore, non solo per innovare servizi consolidati, ma anche per realizzare progettualità di carattere del tutto promozionale; la ricchezza di soggetti dell'associazionismo (più di 70 sul territorio) è evoluta in formule di partecipazione dei cittadini alla gestione della comunità attraverso 9 tra Consulte e Commissioni e nell'incremento delle iniziative co-progettate con l'ente pubblico; le imprese del no profit hanno sviluppato negli ultimi 2 anni più di 40 progetti che promuovono occasioni di gestione responsabile della comunità e delle sue criticità da parte dei cittadini.

Nel triennio si cercherà di far sì che tutti questi movimenti costituiscano laboratori diffusi di una nuova espressione di cittadinanza e siano in grado di intercettare e offrire occasioni anche a persone in difficoltà economica senza trasformarle in "assistiti".

Si intende infatti avviare nella triennalità un lavoro coordinato che metta in relazione tutte le opportunità di intesa tra i soggetti pubblici e locali già esistenti o da avviare per garantire interventi a sostegno delle fasce deboli:

- allocare specifiche risorse destinate a realizzare progettualità di promozione alla partecipazione della comunità;
- superare la frammentazione delle iniziative gestite a livello comunale con criteri propri attraverso contributi alle associazioni;
- implementare esperienze di progettazione e gestione partecipata con la cittadinanza, con le realtà aggregate del territorio e di servizi
- consolidare le collaborazioni esistenti e ampliare le diverse possibilità;
- sviluppare la collaborazione con le reti commerciali di distribuzione non solo alimentare, attivando e formalizzando accordi con gli enti caritativi;
- avviare sperimentalmente la messa in rete degli sportelli di segretariato sociale tra pubblico e privato (vedi paragrafo segretariato sociale) per curare l'informazione in modo da evitare sovrapposizioni;
- attivazione dell'esperienza di carte pre pagate per l'acquisto di generi primari;
- interventi volti a calmierare il costo dell'abitare (vedi paragrafo relativo all'abitare);
- sostegno allo sviluppo di esperienze di lavoro temporaneo che permettano un minimo di guadagno e agevolino la professionalizzazione.

3.5 La collaborazione locale a sostegno dell'abitare

Con l'ampliarsi del fabbisogno abitativo, nel territorio del Distretto la domanda di casa è diventata sempre più articolata e complessa: ha visto la crescita di nuove forme di disagio, la comparsa di nuovi portatori di

bisogni e una sempre più progressiva estensione del rischio abitativo presso fasce di popolazione in precedenza tradizionalmente esenti.

Il disagio abitativo è ormai un'emergenza che coinvolge strati sempre più crescenti di popolazione anche a causa del perdurare di una crisi economica che rende insostenibili i costi dell'abitare, onerosi anche per chi vive in condizioni abitative stabili. Il pagamento dell'affitto, è diventato un ostacolo spesso insormontabile per accedere al mercato della locazione a causa della impossibilità di sostenere costi che incidono per una porzione troppo consistente sui redditi.

Uno degli indicatori di questa che potremmo ben definire "emergenza abitativa", è rappresentato dalle procedure di rilascio degli immobili ad uso abitativo, che negli ultimi tre anni hanno visto l'emissione nel Distretto di circa n. 200 sfratti, tutti per morosità; di questi n. 79 sono stati eseguiti anche con intervento della forza pubblica.

In questo scenario, lo sviluppo dell'housing sociale è da considerarsi prioritario e si iscrive in un generale ripensamento delle forme dell'abitare in un tessuto sociale caratterizzato da molti elementi di fragilità e di precarietà. Per "housing sociale" si intende l'attivazione di un percorso protetto quale risposta al bisogno abitativo di situazioni differenziali di temporanea fragilità di persone e di nuclei familiari che hanno come tratto comune 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, utile per stemperare l'impatto diretto con un mercato della casa oneroso. La finalità dell'housing sociale è di migliorare la condizione di queste persone, favorendo la formazione di un contesto abitativo e sociale dignitoso all'interno del quale sia possibile, non solo accedere ad un alloggio adeguato, ma anche concorrere a ricostruire una rete significativa di relazioni.

I destinatari dell'housing sociale sono:

- persone che vivono situazioni di particolare 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 dei 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;
- persone che hanno concluso un periodo di accoglienza presso strutture di accoglienza, per i quali si rende necessario un ulteriore accompagnamento in fase di realizzazione del proprio percorso di inclusione abitativa.

Stante tali emergenze che assumono aspetti drammatici, poiché alla difficoltà economica si affiancano altri tipi di fragilità socio relazionale, il Distretto 5 ha cercato di dare una risposta convenzionandosi con alcune realtà territoriali in grado di dare accoglienza a singoli e/o famiglie in situazioni di emergenza/fragilità. Allo stesso tempo alcuni Comuni del distretto, aderendo al progetto sovradistrettuale "Abitando s'impara" hanno avviato esperienze di housing sociale, mettendo a disposizione appartamenti di proprietà comunale e cogestendo con le realtà territoriali i progetti di autonomia.

Da qui la necessità di inaugurare anche nel territorio dell'Ambito nuove politiche per rendere l'abitare sostenibile, promuovere prassi operative orientate al mercato e realizzate attraverso la mediazione pubblica tra gli interessi degli inquilini e i proprietari di alloggi. E' quindi necessario promuovere una cultura della corresponsabilità che veda tutti gli attori sociali impegnati nella definizione di strategie di risposta al tema dell'abitare. La sfida è mettere a frutto ricchezze e risorse dell'ambito distrettuale e dei Comuni, creare connessioni e nuove opportunità, tutelando il cittadino fragile.

Si tratta di attivare anche nell'ambito alcune sperimentazioni che suppliscano, con un'offerta alternativa all'ERP ma economicamente sostenibile, ad una parte crescente di domanda non assorbibile dall'ERP stessa, in modo da fornire risposte al disagio abitativo di famiglie che pur non trovandosi in condizioni socio economiche disagiate, non sono tuttavia in grado di accedere o permanere sul mercato privato della locazione senza un aiuto.

Emerge l'esigenza di prevedere uno snodo operativo strategico nell'organizzazione distrettuale (Agenzia per la casa), con l'obiettivo di svolgere attività di mediazione e sostegno al mercato privato dell'affitto, rivolto a superare le barriere all'accesso, costituite non soltanto dai costi, ma anche da diffidenze e scarsa

informazione, promuovendo l'incontro tra domanda e offerta. L'Agenzia per la Casa funzionerà come uno sportello unico di assistenza ed orientamento al cittadino con diverse finalità:

- informazione sulle norme che regolano la locazione e le possibilità di accedere ad alloggi a canone calmierato;
- informazione per i proprietari che volessero mettere degli alloggi a disposizione, o rinegoziare le condizioni di contratti già in corso, garantendogli la buona conduzione e manutenzione e la costituzione di un fondo di garanzia sulle morosità.

Una rete di appartamenti "a gestione sociale" permette una vasta gamma di interventi che vanno dal semplice affitto calmierato, alla coabitazione di persone non autonome e bisognose di un monitoraggio costante da parte di personale qualificato. Nel territorio del nostro ambito diverse sono le esperienze promosse dagli Enti locali e dal privato sociale. Tale varietà, tuttavia, necessita di una maggior connessione e organizzazione delle offerte, in modo tale che possano risultare più efficaci per le diverse tipologie di bisogno.

Nel triennio ci si aspetta di:

- coordinare e connettere le diverse realtà che gestiscono soluzioni abitative di accoglienza o di housing sociale al fine di definire delle modalità di accoglienza di volta in volta più rispondenti alle casistiche segnalate dai servizi sociali di base;
- attivare e sviluppare una rete territoriale di alloggi destinati ad esperienze di housing sociale;
- agevolare la ricerca di un alloggio a prezzi calmierati o controllati per nuclei familiari con reddito basso e precario e che non possono reggere la gravosità degli affitti di mercato;
- sperimentare forme di garanzia per i piccoli proprietari perché siano incentivati ad affittare i propri appartamenti a canone calmierato.

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema
PROMUOVERE NUOVE FORME DI HOUSING SOCIALE	Coordinare e connettere le diverse realtà che gestiscono soluzioni abitative di accoglienza o di housing sociale al fine di definire delle modalità di volta in volta più rispondenti alle caratteristiche dei cittadini fragili.	<ul style="list-style-type: none"> - messa a sistema delle opportunità ad oggi esistenti nei Comuni e con i soggetti territoriali, attraverso il consolidamento ed ampliamento delle buone prassi presenti a livello locale - ampliare le possibilità di inserimento abitativo, attraverso il recupero e la valorizzazione di parte del patrimonio delle Amministrazioni comunali territoriali, nonché la messa in rete delle risorse abitative esistenti gestite dal privato 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 e nell'affiancamento nel superare condizioni di temporanea emergenza.

PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E RIORIENTAMENTO TRA DOMANDA E OFFERTA ABITATIVA	Possibilità di incidere sulla definizione/ridefinizione dell'offerta abitativa del mercato privato attraverso l'attivazione di iniziative di mediazione e sostegno, volte a superare le barriere di accesso all'offerta.	- Costituzione di uno snodo operativo strategico che fornisca assistenza ed orientamento ai cittadini (Agenzia per la Casa); - sollecitare il territorio, in particolare agendo sul patrimonio immobiliare sfitto o invenduto, per valutare la proposta di re-immissione sul mercato con locazioni convenienti e garantite da parte delle Amministrazioni.
	Promozione di nuove opportunità di accesso all'abitazione correlate alle caratteristiche territoriali e alle loro modifiche.	Coordinare e connettere le diverse realtà che gestiscono soluzioni abitative pubbliche, private e no profit al fine di definire nuovi strumenti che permettano l'accesso al mercato della casa, rispondente alle esigenze del territorio.
AZIONI DI SISTEMA: GOVERNO DISTRETTUALE	Programmazione condivisa di interventi tra Comuni, Agenzie (di lavoro) e Imprese	- sviluppo di un approccio sistemico su tutte le azioni che sono attuate nei Comuni, attraverso la condivisione di buone prassi, di esperienze operative e di possibili sviluppi futuri (ricomposizione del welfare locale); - Creazione di uno snodo territoriale che tenga monitorato le dinamiche relative all'abitazione, fornisca ai partecipanti le informazioni necessarie a ricalibrare le azioni di propria competenze rispetto ai cambiamenti in atto.
	Favorire l'accessibilità all'informazione rispetto ad opportunità già esistenti o in fase di avvio.	Creazione di una fonte informativa accessibile, chiara e di immediata lettura rispetto alle opportunità esistenti e in fase di avvio.
	Reperimento e diffusione di nuove opportunità	Creazione di uno snodo operativo che intercetti e lavori su nuove opportunità territoriali e di reperimento fondi che vengono a crearsi.

3.6 la collaborazione locale a sostegno del lavoro e dell'occupazione

Il Distretto 5 vive, ormai da alcuni anni, una situazione di stasi del mercato del lavoro determinata sia dalla natura del territorio - prevalentemente caratterizzato da attività agricola e dalla presenza di piccole e medie imprese – sia dalla situazione nazionale di crisi con i conseguenti esiti negativi in tema di disoccupazione.

I dati relativi al primo semestre 2014 infatti testimoniano un duplice registro dell'Ambito:

- da un lato si rileva un aumento delle imprese attive, dei lavoratori avviati, della mobilità e la diminuzione delle persone con DDL (dichiarazione di disponibilità al lavoro) spiegabile con la natura delle Imprese del territorio (piccole Imprese);
- dall'altro lato sono presenti sia un saldo negativo delle Imprese che hanno assunto sia dati interessanti relativi alla natura dei contratti attivati: le assunzioni prevedono infatti per lo più contratti di apprendistato, lavoro domestico e lavoro intermittente. Quando inizia un ciclo, sia

positivo sia negativo, i contratti di somministrazione sono quelli privilegiati poiché garantiscono una maggior flessibilità, ma anche una maggior precarietà.

Alla luce di questo contesto, le amministrazioni comunali hanno manifestato la volontà di investire nel rilancio economico ed occupazionale del territorio, attraverso la messa in rete ed il nuovo sviluppo di azioni concrete volte ad arginare e contrastare la crisi del lavoro che sta penalizzando i cittadini e le piccole e medie imprese della zona. La necessità di sviluppare una prospettiva sovracomunale ha portato a confermare l'importanza di proseguire con le attività del Tavolo Politico "Politiche del lavoro" quale luogo di concertazione, confronto e formulazione di proposte per le politiche distrettuali, connotandosi anche come momento di sintesi dei pensieri e degli indirizzi degli Enti Locali. La scelta effettuata negli ultimi mesi del triennio 2012-2014 è stata quella di allargare la partecipazione al Tavolo anche ai soggetti territoriali esperti in materia (AFOL), proprio per favorire una maggior connessione tra le proposte, le politiche comunali ed il territorio nel quale queste andranno a realizzarsi.

Inoltre oggi all'interno del Tavolo vengono colte le opportunità di integrazione a livello locale e sovradistrettuale con altre azioni avviate o in fase di avvio, vengono proposte priorità di intervento anche in termini di nuove strategie da sperimentare. La partecipazione di alcuni Comuni al Tavolo Interdistrettuale "Politiche attive del lavoro" permette di mantenere una visione ampia sulla tematica, vivendolo come un laboratorio interessante da condividere per creare "contaminazioni positive" tra territori.

Le riflessioni emerse più volte al Tavolo Politico, pur su argomenti e con strumenti diversi, convergono in un'unica direzione: rilanciare lo sviluppo economico a partire dal riappropriarsi della "vocazione" del territorio, in termini sia di struttura geografica sia di storia imprenditiva. Le sollecitazioni emerse permettono di incrementare politiche lavorative che valorizzino il tessuto economico del Distretto e promuovano azioni e politiche sperimentali di sviluppo delle opportunità di lavoro attraverso la valorizzazione e riqualificazione del patrimonio artistico, culturale, di associazionismo, artigiano ecc; parimente importanti sono la riqualificazione di aree dismesse in collaborazione con realtà territoriali e la creazione di nuovi sbocchi lavorativi in contesto agricolo, essendo il territorio dell'Ambito ancora connotato da una presenza consistente di questo tipo di lavoro. Infine l'ulteriore passaggio da effettuare è quello di cogliere occasioni di sviluppo in collegamento con realtà extra distrettuali: a titolo esemplificativo, l'occasione dell'EXPO milanese potrebbe essere un'opportunità interessante per il territorio della Martesana che, proprio per sua natura, può essere votato all'accoglienza di persone che verranno a visitare l'evento, anche attraverso una valorizzazione di strutture già presenti.

A livello operativo i Comuni del Distretto 5 hanno confermato la prosecuzione del Servizio Distrettuale Inserimenti Lavorativi (SILD), attivo in convenzione con l'Agenzia AFOL Est Milano: si rivolge ai cittadini - residenti nell'Ambito iscritti al collocamento mirato ai sensi della Legge 68/99 o in situazione di fragilità in base alla Legge 381/91- che, su segnalazione dei servizi sociali, necessitano di sostegno e accompagnamento per la realizzazione di un progetto di lavoro. Si configura perciò come servizio di secondo livello in quanto l'invio è su progetto del servizio sociale, condiviso con gli operatori dell'equipe distrettuale. I processi attivati nel Servizio sono l'osservazione, il tirocinio lavorativo, il tutoraggio, la borsa lavoro e il mantenimento lavorativo. La scelta di proseguire nella gestione del Servizio a livello distrettuale ha favorito il consolidamento di una cultura progettuale condivisa tra tutti i Comuni dell'Ambito, oltre che agevolare una revisione costante degli interventi attuati in linea con le nuove esigenze rilevate dagli operatori sociali.

Il rapporto che si è consolidato tra AFOL e Comuni, attraverso lo strumento del SILD, permette di promuovere strategie e azioni dirette a identificare opportunità di lavoro in un contesto sistemico che, agendo coerentemente con gli indirizzi del Piano di Zona in tema di politiche per il lavoro, esca anche dai confini dell'Ambito.

Nel triennio ci si aspetta di:

- consolidare il servizio SILD;
- creare un fondo di ambito finalizzato alle eventuali borse lavoro o altri contributi corrisposti ai cittadini sulla base di progetti personalizzati di accompagnamento lavorativo;

- promuovere la rilevazione delle esigenze del tessuto produttivo per conoscere e capire come i diversi soggetti si posizionano rispetto alla trasformazione degli assetti economico/produttivi del territorio e della conseguente ricollocazione della loro impresa nel territorio, utilizzando le occasioni date da opportunità/progetti sovra territoriali.

Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema
ORIENTAMENTO	Favorire i flussi informativi ai fini di promuovere un orientamento realmente agganciato alle opportunità lavorative del territorio.	<ul style="list-style-type: none"> - messa a sistema delle opportunità ad oggi esistenti nei Comuni e con i soggetti territoriali (AFOL), anche attraverso una maggiore informazione e divulgazione. - possibilità/capacità di collegare i percorsi formativi con l'andamento reale dello sviluppo economico. Creare una connessione tra scuole e attività innovative promosse nei Comuni. Possibilità di allestire nei territori percorsi formativi che possano rispondere alla vocazione territoriale in termine di occupazione lavorativa (es. indirizzo turistico, indirizzo servizi logistici ecc). Riorientamento vicendevole tra scuola e lavoro (es. catering, attività artigiane ecc.);
PROMOZIONE DI NUOVE OPPORTUNITÀ DI LAVORO CORRELATE ALLE CARATTERISTICHE TERRITORIALI E ALLE LORO MODIFICHE	Salvaguardia e valorizzazione dei saperi che rischiano di perdersi	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione e costruzione di una mappa delle eccellenze produttive esistenti (in particolar modo di quelle artigiane) - favorire il matching tra i portatori del sapere e soggetti potenzialmente interessati a tale sapere (specialmente giovani) ai fini di proseguire /implementare l'imprenditorialità esistente
PROMOZIONE DI NUOVE OPPORTUNITÀ DI LAVORO CORRELATE ALLE CARATTERISTICHE TERRITORIALI E ALLE LORO MODIFICHE	Monitoraggio costante dell'evoluzione delle nuove opportunità che vengono a crearsi anche in funzione dello sviluppo di nuove imprenditorialità.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire un coordinamento tra tutti i progetti territoriali afferenti alle politiche del lavoro al fine di potenziare la conoscenza e lo sviluppo delle risorse territoriali - ricerca e sviluppo di nuove opportunità lavorative attraverso la contaminazione positiva con altre esperienze che si stanno avviando in territori limitrofi; - promozione e valorizzazione delle risorse locali, anche sperimentali ed integrative, a partire dalla natura peculiare del territorio;
SVILUPPO IMPRENDITIVO	Favorire la capacità dei cittadini di porsi in relazione al mercato del lavoro e sostenere le esperienze di autoimprenditorialità	<ul style="list-style-type: none"> - Garantire un coordinamento tra tutti i progetti territoriali afferenti alle politiche del lavoro al fine di potenziare la conoscenza e lo sviluppo delle risorse territoriali - ricerca e sviluppo di nuove opportunità lavorative attraverso la contaminazione positiva con altre esperienze che si stanno avviando in

		<p>territori limitrofi;</p> <ul style="list-style-type: none"> - promozione e valorizzazione delle risorse locali, anche sperimentali ed integrative, a partire dalla natura peculiare del nostro territorio. - Supportare iniziative messe in campo da cittadini del territorio che fungano da volano per l'avvio di nuove esperienze imprenditoriali;
FACILITARE/FAVORIRE L'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE A POSTAZIONI DI LAVORO	Strutturare strumenti anche innovativi che permettano l'individuazione di postazioni lavorative dedicate a cittadini del territorio.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentare la visibilità e le opportunità offerte dalle amministrazioni comunali del distretto; - Attenzione nell'affidamento di servizi all'inserire ove possibile, le clausole sociali; - ricerca e sviluppo di nuove opportunità lavorative attraverso la contaminazione positiva con altre esperienze che si stanno avviando in territori limitrofi;
AZIONI DI SISTEMA: GOVERNO DISTRETTUALE	Programmazione condivisa di interventi tra Comuni, Agenzie (di lavoro) e Imprese	<ul style="list-style-type: none"> - sviluppo di un approccio sistemico su tutte le azioni che sono attuate nei Comuni, attraverso la condivisione di buone prassi, di esperienze operative e di riflessione su possibili scenari futuri in evoluzione (ricomposizione del welfare locale); - Creazione di uno snodo territoriale che tenga monitorate le dinamiche relative all'occupazione territoriale, fornisca ai soggetti interessati (Comuni, Agenzie di Lavoro ed Imprese) le informazioni necessarie a ricalibrare le azioni di propria competenza rispetto ai cambiamenti in atto;
	Favorire la conoscenza di opportunità già esistenti o in fase di avvio.	Creazione di una fonte informativa accessibile, chiara e di immediata lettura rispetto alle possibilità in atto e in fase di avvio.
	Reperimento e diffusione di nuove opportunità	Creazione di uno snodo operativo che intercetti e lavori su nuove opportunità territoriali e di reperimento fondi che vengono a crearsi.

3.7 La collaborazione locale per il protagonismo giovanile

Il contesto di riferimento risulta essere frammentario, caratterizzato sia da iniziative ed interventi comunali, sia da iniziative distrettuali con la realizzazione del Servizio Distrettuale Network Giovani. A testimonianza della frammentarietà della situazione dell'Ambito si evidenzia anche un differente orientamento politico-organizzativo, con la collocazione delle deleghe e dei sistemi organizzativi in contesti diversificati (servizi sociali, cultura, istruzione ecc.).

La frammentarietà territoriale è parimenti riscontrabile nello sviluppo delle realtà di gruppi formali ed informali giovanili, che operano ed interloquiscono per lo più all'interno del territorio comunale di appartenenza, vivendosi come organizzazione locale ed autocentrata. Non è presente una cultura di condivisione delle opportunità e delle iniziative messe in campo direttamente dai giovani, che ancor oggi afferiscono al proprio contesto di vita e manifestano un elevato radicamento a questo.

La necessità di sviluppare una prospettiva sovracomunale, sia come pubblico che come comunità, è stato oggetto di analisi e riflessioni costanti durante lo scorso triennio, partendo dal presupposto che la condivisione delle esperienze e delle opportunità favorisce la creazione di un territorio aperto, interattivo, officina di idee e di nuove sperimentazioni. In linea con questo approccio, in alcuni contesti comunali, si sono attivate sperimentazioni di coinvolgimento diretto dei ragazzi nella programmazione e nella gestione di programmi rivolti alla popolazione giovanile.

Il consolidamento del Tavolo Politico "Politiche giovanili" quale luogo di concerto, confronto e formulazione di proposte per le politiche ha promosso lo sviluppo di un pensiero distrettuale in materia di giovani, connotandosi anche come luogo di sintesi dei pensieri e degli indirizzi degli Enti Locali. Infatti oggi all'interno del Tavolo vengono colte le opportunità di connessione a livello locale e sovradistrettuale con altre azioni avviate o in avvio, vengono proposte priorità di intervento, anche in termini di nuove strategie da sperimentare.

Il Servizio Distrettuale "Network Giovani" è diventato lo strumento operativo del Tavolo Politico, individuato come volano per la raccolta e la promozione di quelle che sono le iniziative dei e per i giovani. Il Servizio è tutt'ora in fase di evoluzione e trasformazione, poiché sempre più lo si riconosce come snodo territoriale in grado di cogliere le opportunità territoriali e favorire la creazione di connessioni tra gli otto Comuni, fungendo da catalizzatore delle esperienze attive nell'Ambito, valorizzando le peculiarità territoriali. La riorganizzazione del Servizio, in linea con quanto sopra esposto, si pone l'obiettivo di mantenere sia l'aspetto informativo sia di "generare strategie progettuali trasversali e omogenee di occasioni offerte ai giovani, favorendo la connessione tra gli stessi in un'ottica di ottimizzazione e integrazione delle risorse esistenti"¹. Il Servizio distrettuale ha garantito un livello di condivisione circa l'approccio e la visione delle politiche giovanili d'Ambito, pur mantenendo allo stesso tempo un carattere di flessibilità nell'organizzazione delle iniziative, rispondente alle singole peculiarità locali.

Parallelamente al lavoro associato, i Comuni hanno portato avanti propri progetti e servizi, che sono diventati negli anni ulteriori punti di riferimento per il confronto tra le Amministrazioni e bagaglio di conoscenza dell'intero territorio.

In particolare si sono sviluppate in alcuni Comuni dell'Ambito nuove esperienze di progettazione condivisa con il territorio, anche attraverso lo strumento della coprogettazione, con l'obiettivo di promuovere il coinvolgimento delle realtà sociali nei momenti di pianificazione, programmazione e progettazione, e successivamente di gestione, degli interventi da realizzarsi nel contesto comunale. In questo modo la progettazione partecipata ha permesso di istaurare sul territorio luoghi che, attraverso la promozione del protagonismo giovanile, offrono occasioni di incontro, di sperimentazione, di ascolto, di ideazione di nuove azioni, ad adolescenti e giovani, capaci di aprirsi al territorio e di sviluppare con le realtà in esso presenti collaborazioni e opportunità di crescita. Con questa prospettiva i giovani diventano gli interlocutori principali delle Amministrazioni comunali, portatori di risorse e di competenze per la realizzazione di azioni e sperimentazioni a loro rivolti. Si innesca una nuova strategia di intervento, volta alla promozione dello sviluppo di comunità come strumento di cittadinanza attiva ed esercizio di empowerment, attraverso la valorizzazione della creatività giovanile, ponendo i giovani in una posizione attiva rispetto alla definizione delle politiche e degli interventi territoriali.

A partire da queste esperienze, ed in linea con gli indirizzi già espressi nel Piano di Zona 2012-2014, la metodologia di lavoro della progettazione condivisa con il territorio diventa la linea guida da mantenere per il prossimo triennio, infatti si conferma come tale processo contribuisca a garantire la creazione di un territorio collaborante e corresponsabile in tema di politiche giovanili. Il concetto di corresponsabilità permette ai Comuni ed al Distretto di sviluppare un ruolo di regia e stimolatore di riflessioni sui bisogni della comunità, demandando ad una programmazione e progettazione condivisa con gli attori sociali la realizzazione di servizi ed interventi, creando un sistema virtuoso che si autoalimenta ed autorigenera proprio grazie all'incontri di competenze e ruoli diversi.

¹ "Servizio Distrettuale Network Giovani - convenzione tra l' Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Distretto 5, la Cooperativa Sociale Spazio Giovani" – art. 4

Per il prossimo triennio si intende:

- mettere a sistema le esperienze attive nel territorio dell’Ambito sia a livello pubblico sia a livello di privato profit e non, individuando nei Comuni un ruolo non solo nei termini di attivatori di offerta, ma anche di connettori territoriali che danno evidenza dell’esistente e ne riconoscono il valore, promuovendo una progettazione partecipata;
- promuovere la cultura della progettazione condivisa, puntando a fare rete tra gli attori sociali, i giovani stessi e l’intera comunità, come strumento per lo sviluppo delle politiche giovanili.

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema
ORIENTAMENTO	Orientamento formativo: il primo snodo critico coinvolge l’azione di orientamento alla scelta. Definizione e sviluppo di una rete volta alla creazione di una funzione di orientamento sempre più efficace finalizzata alla promozione delle competenze dei ragazzi.	-Coordinamento Interventi a sostegno dei ruoli : alunni, genitori ed insegnanti -Gestione progettualità nel passaggio tra i diversi ordini scolastici -Focalizzare tra gli interventi promossi dal distretto ed operanti nelle scuole una linea di intervento legata al tema dell’orientamento (es. network giovani, servizio di mediazione linguistico culturale) -Coordinare progettazioni tra le risorse esistenti su tali temi (Progetto esagono di AFOL, network giovani, esperienze qualificanti sperimentate nelle singole amministrazioni)
	Orientamento al cambiamento, alla flessibilità, alle scelte che possono rinnovarsi o modificarsi, per consentire di trasformare il vissuto del “fallimento” in nuove opportunità	-Sviluppo di progettualità innovative in raccordo con agenzie (Afol/network) o snodi strategici territoriali (rete prevenzione asl Mi2) in tema di ricollocazione o contrasto fenomeno neet
	Orientamento informativo: orientamento alle opportunità a cui un giovane può accedere in tema di scelte di vita.	-Sviluppo e visibilità degli interventi esistenti -monitoraggio e coerenza tra mandato distrettuale e declinazione locale degli interventi -mantenimento di luoghi dedicati sul territorio distrettuale.
SUCCESSO FORMATIVO	Promozione di esperienze volte a favorire l’acquisizione di competenze che possano arricchire il profilo scolastico e professionale dei giovani favorendo il raggiungimento degli obiettivi prefissati.	-Garantire un coordinamento tra tutti i progetti distrettuali afferenti alle politiche giovanili al fine di potenziare la conoscenza e lo sviluppo delle risorse territoriali -Focalizzare tra gli interventi promossi dal distretto una linea di intervento legata allo sviluppo delle competenze e ad un suo riconoscimento e

		<p>formalizzazione</p> <p>-Dare evidenza alle progettazioni locali in tema di trasferimento di buone pratiche e in raccordo con gli interventi distrettuali.</p>
PROMOZIONE DELL'AGGREGAZIONE	Potenziare la fruibilità dei giovani a spazi di aggregazione libera e/o tematica, finalizzata anche alla promozione di stili di vita sani.	<p>-Aumentare la visibilità e le opportunità offerte dalle amministrazioni comunali del distretto.</p> <p>-Favorire la fruibilità delle opportunità locali a livello distrettuale.</p>
VOLONTARIATO ED ESERCIZI DI PARTECIPAZIONE	Favorire la partecipazione dei giovani ad esperienze di volontariato che potenzino le competenze tecniche e trasversali (competenze di vita).	<p>-Aumentare la visibilità e le opportunità offerte dalle amministrazioni comunali del distretto;</p> <p>-Azione di sensibilizzazione rivolte alla realtà di volontariato locale;</p> <p>-Informare e agevolare l'utilizzo di strumentazione finalizzate alla certificazione delle competenze e delle esperienze.</p>
SVILUPPO IMPRENDITIVO	Favorire la capacità del giovane di porsi in relazione al mercato del lavoro e sostenere le esperienze di autoimprenditorialità	<p>-Costruire e sviluppare progettazioni innovative;</p> <p>-Creazione di occasioni di formazione sul tema</p> <p>-Sensibilizzazione e diffusione della conoscenza delle opportunità sia europee, sia nazionali, che locali.</p> <p>-Sensibilizzare le amministrazioni alla creazione di forme di agevolazione e sostegno per i giovani in tema di lavoro.</p>
AZIONI DI SISTEMA: GOVERNO DISTRETTUALE	Governo della rete e della progettualità in tema di politiche giovanili	<p>-Raccordo tra azioni locali e la pianificazione distrettuale</p> <p>-Fare sistema tra le azioni delle diverse linee di sviluppo contenute nel nuovo piano di zona</p> <p>-Definizione di ruoli e funzioni dei partecipanti ai tavoli gestionali e di governo in tema di politiche giovanili.</p>

3.8 L'integrazione socio sanitaria e la domiciliarità come occasione di prossimità.

L'incremento costante della popolazione anziana con i fenomeni di progressiva perdita delle funzioni di autonomia e l'aumento del carico di cura da parte delle famiglie anche per soggetti non autosufficienti sono tratti distintivi anche dell'ambito distrettuale. Si tratta di due fenomeni che hanno un impatto sociale rilevante, anche per i risvolti di cura ad essi connessi e per la qualità della vita dei nuclei familiari allargati.

Le famiglie restano infatti il “pilastro del welfare”, caricandosi di compiti assistenziali particolarmente gravosi per le situazioni più problematiche di non autosufficienza e disabilità.

La presa in carico di queste situazioni riguarda in modo coinvolgente le famiglie nell’accezione più ristretta (i caregiver sono madri, coniugi e figli), che sempre più spesso ricorrono alla “badante” come soggetto di supporto assistenziale.

Quello che si evidenzia è che le grandi fragilità della cronicità e della malattia richiedono certo interventi professionalmente qualificati, ma anche attenti alle esigenze della persona nella sua interezza e della sua famiglia. La complessità dei processi di cura e assistenza in un’ottica di prossimità deve essere affrontata attraverso il rafforzamento di promozione delle competenze di cura da parte della comunità territoriale e delle strutture che compongono la rete di offerta locale in ambito residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Tale prospettiva ha caratterizzato l’implementazione di politiche sociali contraddistinte dalla centralità del territorio e dalla corresponsabilità dello stesso nella costruzione del benessere dei soggetti in esso inseriti. Le politiche di welfare distrettuale degli ultimi anni hanno ridefinito il ruolo del territorio non solo quale campo di manifestazione del disagio ma soprattutto quale strumento di costruzione di processi di inclusione e di auto-cura dei soggetti deboli.

Il ruolo sociale di ogni soggetto e della sua identità, viene contraddistinto anche e soprattutto dal territorio in cui il soggetto è inserito e dalle relazioni che in esso si instaurano. Tale relazione diventa inoltre significativamente rilevante soprattutto nel momento di modifica del proprio ruolo sociale in ragione del presentarsi di un evento critico quali la malattia, o nel normale processo di invecchiamento.

Invecchiare e ammalarsi all’interno di un territorio conosciuto comporta in effetti la possibilità di poter accedere ad un patrimonio sociale e relazionale noto, che garantisce parimenti l’opportunità di poter modificarsi senza perdere la propria identità. Ragionare sulla domiciliarità significa orientare i processi di politica sociale sulla possibilità del territorio di permettere il mantenimento dei processi di riconoscimento identitario pur nella presenza di eventi critici.

La scelta operata dai servizi e in generale dalle politiche sociali, soprattutto nell’area delle non autosufficienze, si è attestata quindi in due diverse direzioni: una orientata alla costruzione di servizi che vengano erogati sul territorio dove si muovono le persone e l’altra orientata alla costruzione di una comunità accogliente dove i soggetti in difficoltà possono essere riconosciuti e sostenuti.²

La tradizionale impostazione dei servizi socio-sanitari e socioassistenziali ha evidenziato infatti in questi anni che il rischio di frammentazione, cui è esposto il cittadino fragile, si riflette sull’esito e l’efficacia dei percorsi assistenziali. Si rende indispensabile un cambiamento di prospettiva, che consenta un governo del sistema delle opportunità attraverso la gestione di percorsi integrati di cura domiciliare, semiresidenziale e residenziale, affinché siano le reti istituzionali ad adattarsi ai bisogni delle persone e non viceversa, superando la parcellizzazione dei servizi, dei saperi, delle professioni, oltre che dei nuclei familiari stessi. In questa direzione è fondamentale il ruolo che il servizio sociale di base può svolgere sin dall’analisi del bisogno manifestato in termini di appropriatezza e coinvolgimento nei percorsi di cura, delle reti parentali, informali e organizzate di cui è ricco il nostro territorio e che garantiscono la possibilità per la persona fragile di sentirsi preso in carico dalla propria comunità di appartenenza.

L’Ambito Territoriale Distretto 5 ha avviato, nello scorso triennio, un lavoro di ricomposizione degli interventi e delle risorse attraverso la redazione del documento “Linee Guida per la realizzazione del sistema alla domiciliarità distrettuale”. Il documento redatto evidenzia che *“per poter rispondere in modo esaustivo alle esigenze portate dall’intera comunità, i Comuni dell’Ambito si sono da sempre ispirati al principio della sussidiarietà orizzontale, chiamando ad un rapporto di corresponsabilità nella domiciliarità anche soggetti sociali quali le reti famigliari, il volontariato, le reti amicali ecc.*

Il quadro complessivo degli interventi si compone perciò attraverso la costruzione della rete dei servizi presenti sul territorio (sociale, sanitario, pubblico, privato).”

² “LINEE GUIDA PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA ALLA DOMICILIARITA’ DISTRETTUALE” approvato dall’Ambito Territoriale Distretto 5 ASL Milano 2 nel mese di Ottobre 2013

Sulla base di questa analisi territoriale, le Linee Guida *“si pongono l’obiettivo di ridefinire, alla luce dell’evoluzione sopra descritta, le caratteristiche proprie delle prestazioni, nate in momenti storici diversi, ricomponendole in un unico sistema omogeneo, in grado di essere allo stesso tempo comprensivo della realtà esistente ed aperto a ricomprendere nuovi e future strategie e strumenti.”*

La ricomposizione delle risorse, ed ancor più la ricomposizione del welfare locale, non può coinvolgere soltanto l’ambito sociale, ma deve necessariamente prevedere un cambio di prospettiva complessivo, interessando anche il contesto sanitario. A tal fine è stato avviato un lavoro di condivisione ed integrazione con ASL Milano 2, a partire dalle indicazioni dettate da Regione Lombardia nella scorsa triennalità. Il lavoro avviato, che deve prevedere una prosecuzione per gli anni 2015-2017, si pone l’obiettivo di creare una filiera di servizi integrati, che garantiscano una presa in carico globale della persona e possibilità di continuità di cura. Negli scorsi anni gli Uffici di Piano, i Comuni e la ASL hanno condiviso percorsi formativi, analisi di contesto e di buone prassi, redazione di protocolli operativi, approdando alla redazione del documento finale denominato *“Documento di intesa tra ASL Milano 2 e gli Ambiti Territoriali per l’integrazione di strumenti e risorse ai fini della valutazione del bisogno delle persone fragili”*. Con questo strumento si è dato avvio ad un percorso di collaborazione strutturato ed in progress, individuando un modello che permetta *“la presa in carico globale della persona e della famiglia, la corresponsabilizzazione degli attori del sistema, l’integrazione di politiche e risorse, l’ottimizzazione dell’organizzazione territoriale e la promozione del terzo settore.”*³ La collaborazione prevede un’azione trasversale che mira a migliorare l’appropriatezza e l’equità di accesso alla rete dei servizi, all’interno del quale la valutazione multidimensionale diventa uno strumento indispensabile per la lettura complessiva dei bisogni e la redazione di un progetto individualizzato realmente globale. Il lavoro avviato con il Documento di Intesa è da leggere come azione in itinere, che può portare ad ulteriori e successive implementazioni nel prossimo triennio, anche a seguito di nuovi strumenti introdotti da Regione Lombardia con specifiche normative. Lo stesso Documento prevede che siano individuate a livello locale modalità di interazione condivise, efficaci ed efficienti per la realizzazione dell’integrazione socio-sanitaria a livello d’Ambito. Pur salvaguardando le peculiarità territoriali, tale organizzazione sarà inserita in un quadro complessivo di riferimento, che coinvolge tutti i Distretti della ASL Milano 2.

Nel triennio si intende:

- rendere operativi i principi contenuti nel documento, sia in termini di unità di offerta sia in termini di azioni di sistema, a partire da:
 1. attivare la gestione distrettuale del servizio di assistenza domiciliare
 2. promuovere azioni integrate a supporto del tema dell’amministrazione di sostegno rafforzando la capacità dei soggetti territoriali (famiglia, società civile, enti pubblici e privati) di occuparsi di autotutela; sensibilizzare, informare e formare;
 3. lavorare in sinergia con la realtà private (profit e no profit) territoriali, così da promuovere la creazione di una rete eterogenea, che consenta libertà di scelta al cittadino fragile ed alla sua famiglia;
 4. attivare il territorio nel prendersi cura della persone, diventando capace di riconoscersi come soggetto che auto-cura, all’interno del quale una particolare attenzione viene offerta ai suoi componenti più fragili;
- attivare uno snodo periodico di coordinamento socio sanitario con il punto ADI / PUA distrettuale (che preveda anche integrazione di processi operativi e sistemi informativi) quale luogo in cui attuare l’integrazione tra servizi sociali, sociosanitari e sanitari per il paziente complesso (anziano, disabile adulto, psichiatrico, terminale). Anche se sarà di difficile attuazione non si preclude anche la continuità di cura con gli ospedali attraverso lo specifico Servizio ASL, con la rete locale di cure palliative e con il Dipartimento di salute mentale.

³ *“Documento di intesa tra ASL Milano 2 e gli Ambiti Territoriali per l’integrazione di strumenti e risorse ai fini della valutazione del bisogno delle persone fragili”*.

3.9 La sostenibilità del sistema in termini di ricerca continua di risorse

La programmazione economica del Piano di Zona è sostenuta ad oggi dai seguenti canali di finanziamento: Fondo Nazionale Politiche Sociali/Fondo regionale Sociale/Quota comuni su servizi gestiti in forma distrettuale/Trasferimento per servizio accreditamento/ Altre risorse per un Totale fondo a disposizione 2015 pari a € 1.389.809,01.

La dotazione annuale e le modalità di destinazione delle risorse saranno definite annualmente dall'Assemblea dei Sindaci .

La programmazione economica nella prossima triennalità dovrà mettere in evidenza l'implementazione della quota comunale di trasferimento e nella voce " altre risorse" si auspica possano essere evidenti anche le risorse aggiuntive derivanti dalla "collaborazione" con il terzo settore, fondazioni, enti profit, cittadini ...sia come forma diretta che co finanziamento.

Distretto Sociale 5 - Piano di zona 2015 2017 – Tabella di Sintesi

“Trasformare il territorio in un territorio collaborativo dove imprese, associazioni, istituzioni pubbliche , scuole e cittadini possono vivere, fare e crescere insieme. La sfida è mettere a frutto ricchezze e risorse dell’ambito distrettuale, creare connessioni e nuove opportunità, tutelando il cittadino fragile”.

Finalità	Linee di sviluppo	Obiettivi	Azioni
<ul style="list-style-type: none">• valorizzazione/integrazione e messa a sistema delle esperienze sino ad ora attuate nel senso di dare continuità alle forme di coinvolgimento e partecipazione di soggetti pubblici e privati nella governance del piano di zona, innovandole perché siano aderenti ed efficaci agli obiettivi dati oltre all’attivazione di sperimentazioni locali di prese in carico che attivino i cittadini .• la creazione di un sistema e di un modello territoriale condiviso di costruzione della collaborazione che passi anche dalla necessità di attivare un percorso di rivisitazione delle organizzazioni perché siano efficaci al cambiamento per la realizzazione di un welfare generativo• la necessità di mantenere aggiornato il sistema	ridefinizione dell’organizzazione del sistema per una governance collaborativa: da unità d’offerta a promotori di collaborazione	<ul style="list-style-type: none">• valorizzare il potenziale del sistema territoriale ridisegnando la mappa dei servizi in chiave dinamica e articolata• coinvolgere le famiglie fruitrici dei servizi perché possano investire anche risorse proprie• rivedere l’offerta territoriale dei servizi secondo principi di partecipazione attiva• sviluppare integrazioni progettuali tra le diverse unità d’offerta locali	<ul style="list-style-type: none">• approvare una convenzione che definisca un modello organizzativo in chiave dinamica, articolata, aderente alle esigenze, efficace ed efficiente;• sperimentare forme di collaborazione coinvolgendo le famiglie già fruitrici dei servizi• coinvolgere l’associazionismo e le famiglie stesse in modo sempre più finalizzato• sviluppare integrazioni progettuali tra i diversi servizi della rete socio assistenziale e socio sanitaria e sperimentare forme di gestione innovative “aperte” fare esperienza di servizi per cittadini con fragilità e età diverse.• confermare tavoli tematici di lavoro e/o focus-group, e coordinamenti di servizi come spazi di confronto, incontro, sintesi fra le iniziative promosse dalle reti locali e la programmazione del piano di zona. Queste iniziative vedranno la partecipazione di operatori sociali comunali, dell’ASL e dell’Azienda Ospedaliera, rappresentanti della cooperazione sociale e delle Associazioni di volontariato, organizzazioni no-profit , rappresentanti delle istituzioni scolastiche ed educative e socio culturali, promuovendo il loro cambiamento perché siano laboratori di governance collaborativa.• snodi attuali della governance locale: l’assemblea dei Sindaci, il tavolo tecnico e l’ufficio di piano (La convenzione per la gestione associata darà ulteriore evidenza a come l’Ufficio di Piano potrà avvalersi di uno Staff Tecnico composto dai responsabili delle diverse unità operative dei Servizi Sociali d’Ambito al fine di

<p>attraverso una costante formazione intesa anche come collocazione competente dei ruoli e delle risorse impiegate</p>			<p>avere a disposizione elementi, dati ed esperienze che possano orientare la programmazione a partire da una valutazione attenta di quanto portato dai servizi sociali territoriali e dalla gestione comune di servizi e interventi)</p>
	<p>Il segretariato sociale e la centralità del cittadino come promotore del proprio cambiamento</p>	<p>coordinamento del segretariato sociale e integrazione con gli sportelli diffusi anche della rete del terzo settore</p>	<ul style="list-style-type: none"> • avviare una ricognizione il più rapida possibile della risorsa di “segretariato sociale” del territorio distrettuale partendo da quelle comunali per conoscere gli aspetti qualitativi e quantitativi, strumenti e metodi utilizzati; • proporre strumenti organizzativi che implementino le competenze, agevolino l’approfondimento e il confronto (occasione in tal senso sarà la convenzione per la gestione associata, l’utilizzo della scheda sociale di ambito, la creazione dello snodo coordinamento di segretariato sociale....) • attivare e strutturare un rapporto con il terzo settore e l’associazionismo per integrare la funzione degli “sportelli” di accoglienza sviluppatasi in questi anni (Caritas, Sindacati, Associazioni ecc.), nell’ambito di un lavoro di segretariato sociale diffuso, coordinato e dialogante.
	<p>La collaborazione con le organizzazioni locali</p>	<p>promuovere un livello partecipativo di base negli snodi di governance collaborativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • nel primo anno l’esplicitazione del senso della “collaborazione” e l’elaborazione di uno strumento organizzativo che faciliti la partecipazione al processo programmatico locale. • si riconferma che la co progettazione sia lo strumento privilegiato attraverso il quale prende forma la programmazione e l’organizzazione dei servizi; • garantire la presenza di tre rappresentanti del terzo settore agli snodi del Tavolo Tecnico; • prevedere l’adesione di altri soggetti della realtà locale (fondazioni ed enti di diritto privato) che perseguono l’obiettivo dello sviluppo della comunità locale;

			<ul style="list-style-type: none"> • l'impegno dei comuni a promuovere ulteriori forme di collaborazione locale che sappiano essere una efficace forma di sussidiarietà a tutela di bisogni che solo una capillare rete di prossimità sa esprimere (aiuto, assistenza, solidarietà).
	La collaborazione locale a sostegno delle povertà	avviare nella triennalità un lavoro coordinato che metta in relazione tutte le opportunità di intesa tra i soggetti pubblici e locali già esistenti o da avviare per garantire interventi a sostegno delle fasce deboli	<ul style="list-style-type: none"> • allocare specifiche risorse destinate a realizzare progettualità di promozione alla partecipazione della comunità; • superare la frammentazione delle iniziative gestite a livello comunale con criteri propri attraverso contributi alle associazioni; • implementare esperienze di progettazione (adeguamento dei regolamenti al nuovo ISEE ad esempio lavoro con sportelli fiscali territoriali) e gestione partecipata con la cittadinanza, con le realtà aggregate del territorio e di servizi; • consolidare le collaborazioni esistenti e ampliare le diverse possibilità; • sviluppare la collaborazione con le reti commerciali di distribuzione non solo alimentare, attivando e formalizzando accordi con gli enti caritativi; • avviare sperimentalmente la messa in rete degli sportelli di segretariato sociale tra pubblico e privato (vedi paragrafo segretariato sociale) per curare l'informazione in modo da evitare sovrapposizioni; • attivazione dell'esperienza di carte pre pagate per l'acquisto di generi primari; • interventi volti a calmierare il costo dell'abitare (vedi paragrafo relativo all'abitare); • sostegno allo sviluppo di esperienze di lavoro temporaneo che permettano un minimo di guadagno e agevolino la professionalizzazione.

	La collaborazione locale a sostegno dell'abitare	inaugurare nuove politiche per rendere sostenibile l'abitare	<ul style="list-style-type: none"> • coordinare e connettere le diverse realtà che gestiscono soluzioni abitative di accoglienza o di housing sociale al fine di definire delle modalità di accoglienza di volta in volta più rispondenti alle casistiche segnalate dai servizi sociali di base; • attivare e sviluppare una rete territoriale di alloggi destinati ad esperienze di housing sociale; • agevolare la ricerca di un alloggio a prezzi calmierati o controllati per nuclei familiari con reddito basso e precario e che non possono reggere la gravosità degli affitti di mercato; • sperimentare forme di garanzia per i piccoli proprietari perché siano incentivati ad affittare i propri appartamenti a canone calmierato
	la collaborazione locale a sostegno del lavoro e dell'occupazione	promuovere strategie e azioni dirette a identificare opportunità di lavoro in un contesto sistemico	<ul style="list-style-type: none"> • consolidare il servizio SILD; • creare un fondo di ambito finalizzato alle eventuali borse lavoro o altri contributi corrisposti ai cittadini sulla base di progetti personalizzati di accompagnamento lavorativo; • promuovere la rilevazione delle esigenze del tessuto produttivo per conoscere e capire come i diversi soggetti si posizionano rispetto alla trasformazione degli assetti economico/produttivi del territorio e della conseguente ricollocazione della loro impresa nel territorio, utilizzando le occasioni date da opportunità/progetti sovra territoriali.
	La collaborazione locale per il protagonismo giovanile	<ul style="list-style-type: none"> • mettere a sistema le esperienze attive nel territorio dell'Ambito sia a livello pubblico sia a livello di privato profit e non, individuando nei Comuni un 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientamento formativo e alla scelta perché sia un "successo"; • Promozione di esperienze volte a favorire l'acquisizione di competenze che possano arricchire il profilo scolastico e professionale dei giovani favorendo il raggiungimento degli obiettivi prefissati

		<p>ruolo non solo nei termini di attivatori di offerta, ma anche di connettori territoriali che danno evidenza dell'esistente e ne riconoscono il valore, promuovendo una progettazione partecipata;</p> <ul style="list-style-type: none"> • promuovere la cultura della progettazione condivisa, puntando a fare rete tra gli attori sociali, i giovani stessi e l'intera comunità, come strumento per lo sviluppo delle politiche giovanili 	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere l'aggregazione • Agevolare esperienze di volontariato ed esercizi di partecipazione • Sviluppare l'imprenditività giovanile
	<p>L'integrazione socio sanitaria e la domiciliarità come occasione di prossimità</p>	<p>Agevolare la costruzione di processi locali di cura integrata e di efficace inclusione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • attivare la gestione distrettuale del servizio di assistenza domiciliare • promuovere azioni integrate a supporto del tema dell'amministrazione di sostegno rafforzando la capacità dei soggetti territoriali (famiglia, società civile, enti pubblici e privati) di occuparsi di autotutela; sensibilizzare, informare e formare; • lavorare in sinergia con la realtà private (profit e no profit) territoriali, così da promuovere la creazione di una rete eterogenea, che consenta libertà di scelta al cittadino fragile ed alla sua famiglia; • attivare il territorio nel prendersi cura della persone, diventando capace di riconoscersi come soggetto che auto-cura, all'interno del quale una particolare attenzione viene offerta ai suoi componenti più fragili (es. cittadini psichiatrici) e in riferimento alla rete sanitaria dei suoi servizi (MMG, UONPIA, CPS, SERT.....)

			<ul style="list-style-type: none"> • attivare uno snodo periodico di coordinamento socio sanitario con il punto ADI / PUA distrettuale e con la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari.
	La sostenibilità del sistema in termini di ricerca continua di risorse	Ricerca costantemente risorse economiche aggiuntive	La programmazione economica nella prossima triennalità dovrà mettere in evidenza l'implementazione della quota comunale di trasferimento e nella voce "altre risorse" si auspica possano essere evidenti anche le risorse aggiuntive derivanti dalla "collaborazione" con il terzo settore, fondazioni, enti profit, cittadini ...sia come forma diretta che co finanziamento.

ALLEGATO 1

DOCUMENTO PER LA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2015-2017 ASL MILANO 2 (Documento redatto da ASL Milano 2)

INDICE

1. Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio-demografiche
 - 1.1. La popolazione residente
 - 1.2. La popolazione straniera residente
 - 1.3. Mortalità e cause di morte

2. I consumi sociosanitari e l'assistenza domiciliare
 - 2.1. Servizi per anziani
 - 2.2. Servizi per disabili
 - 2.3. Servizi di assistenza domiciliare

3. I consumi sociali: la spesa sociale dei Comuni (dati consuntivo 2012)
 - 3.1. Distribuzione sul territorio
 - 3.2. Aree di intervento
 - 3.3. Interventi sociali
 - 3.4. Tipologia di costo e di finanziamento
 - 3.5. Indicatori medi di spesa

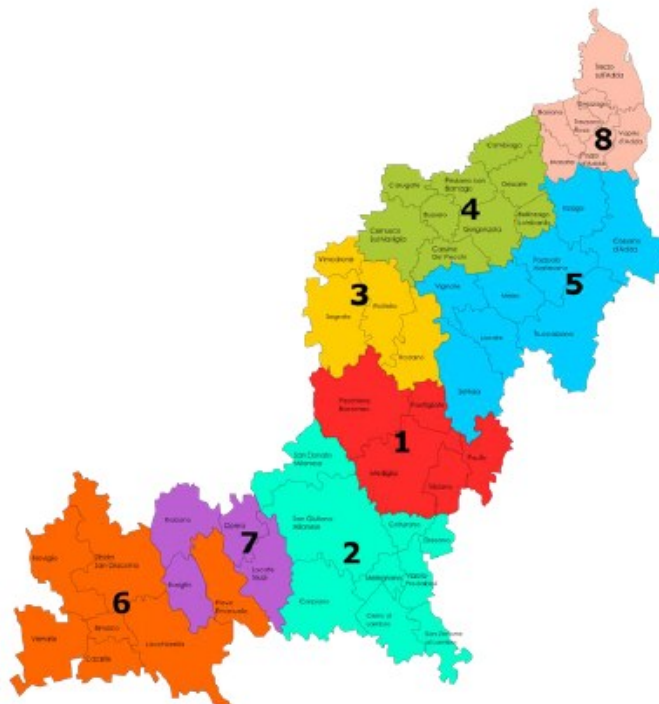
4. L'offerta sociale (III trim. 2014)

1. Il contesto: quadro epidemiologico e caratteristiche socio-demografiche

1.1 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.

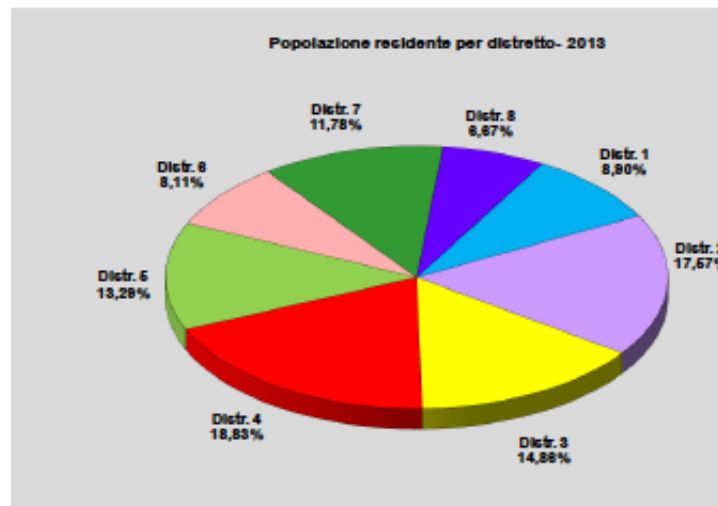


Gli elementi principali che emergono dall'analisi dei dati, riferiti al periodo 2009-2013, sono di seguito sinteticamente tracciati:

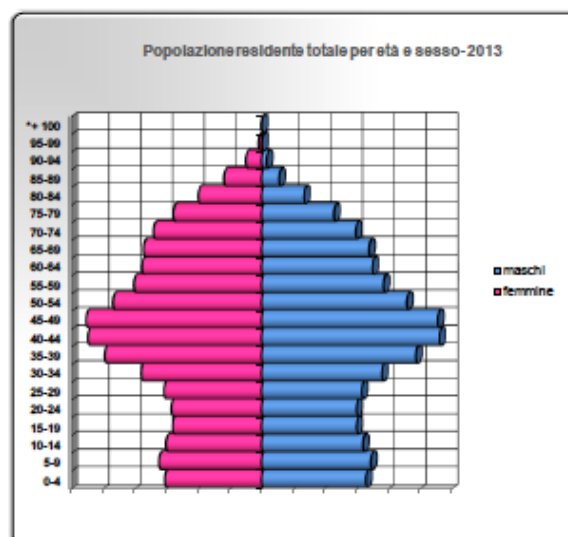
- l'andamento della popolazione dell'ASL nei cinque anni in esame risente, nel 2011, dall'uscita di 4 Comuni del Distretto 8 con una conseguente diminuzione della popolazione residente di 25.000 unità;
- si nota anche una flessione negativa nel 2012 (per presumibile fenomeno migratorio delle fasce lavorative), 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
TOT.	635.906	643.395	622.730	611.936	626.871	-9.035	-1,42



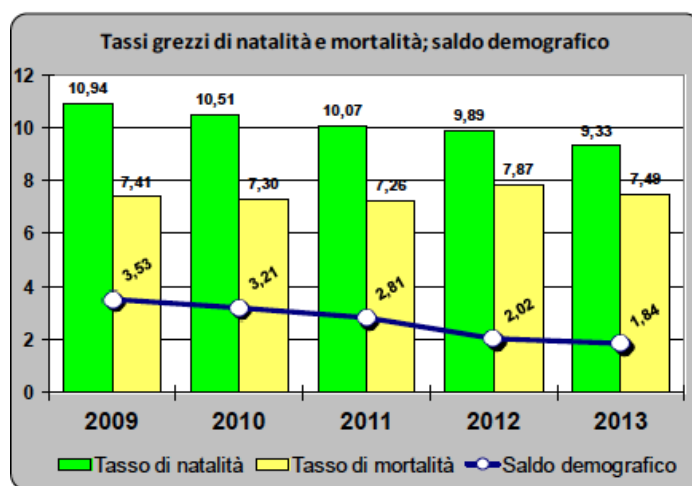
- una rappresentazione sintetica delle caratteristiche demografiche della popolazione è data dalla “Piramide delle età” che mostra il rapporto tra femmine e maschi alle diverse classi di età e ben descrive la composizione delle macroaggregazioni demografiche (giovani, adulti e anziani); tale rappresentazione 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
Popolazione totale	635.906	643.395	622.730	611.936	626.871	-9.035
Nuovi nati	6.956	6.763	6.268	6.053	5.849	-1.107
Deceduti	4.712	4.699	4.520	4.816	4.694	-18
Differenza	2.244	2.064	1.748	1.237	1.155	-1.089
Tasso di natalità	10,94	10,51	10,07	9,89	9,33	-1,61
Tasso di mortalità	7,41	7,30	7,26	7,87	7,49	0,08
Saldo demografico	3,53	3,21	2,81	2,02	1,84	-1,69

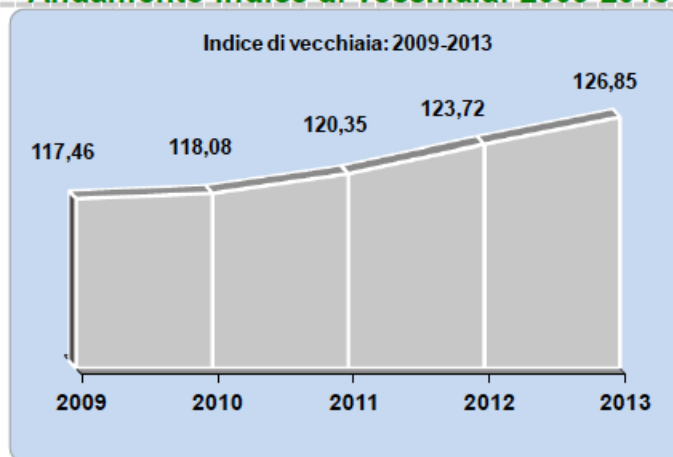
- il tasso grezzo di natalità continua il suo decremento: da 10,94 nel 2009 a 9,33 nel 2013 (-1,61);
- il tasso grezzo di mortalità ha mostrato in questi anni un andamento altalenante con una lieve tendenza all'aumento: da 7,41 nel 2009 a 7,49 nel 2013. La variabilità annuale (delta) va da un minimo 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	Indice di vecchiaia (I. V.): Rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0_14 anni
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	

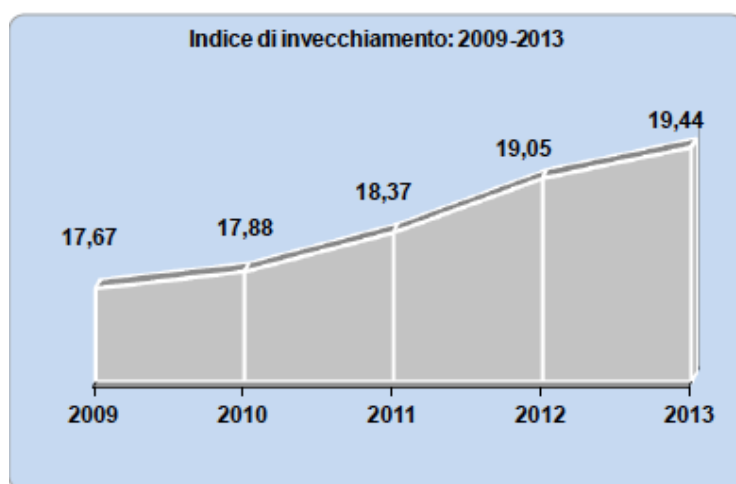
Andamento Indice di vecchiaia: 2009-2013



- 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).

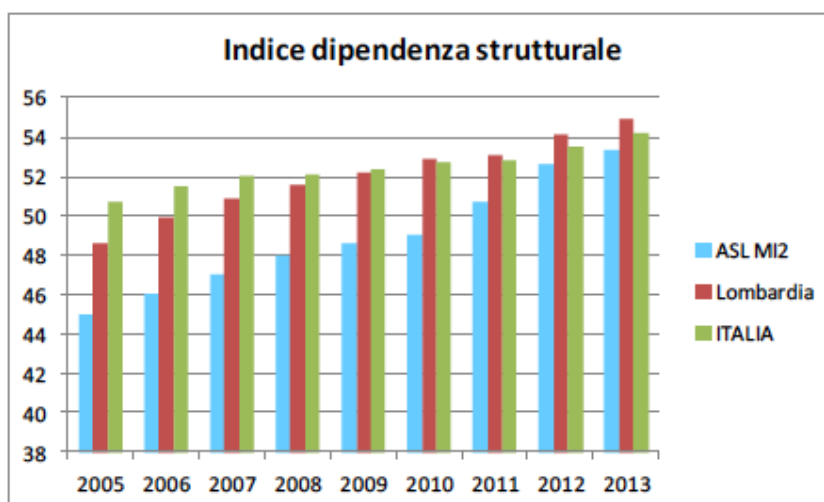
Focus POPOLAZIONE ANZIANA:

I.I.	2009	2010	2011	2012	2013	delta 2013-2009	
Distr. 1	15,60	15,93	16,94	17,54	18,17	2,57	Indice di invecchiamento (I.I.): Percentuale di popolazione di 65 anni e più sul totale della popolazione
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	



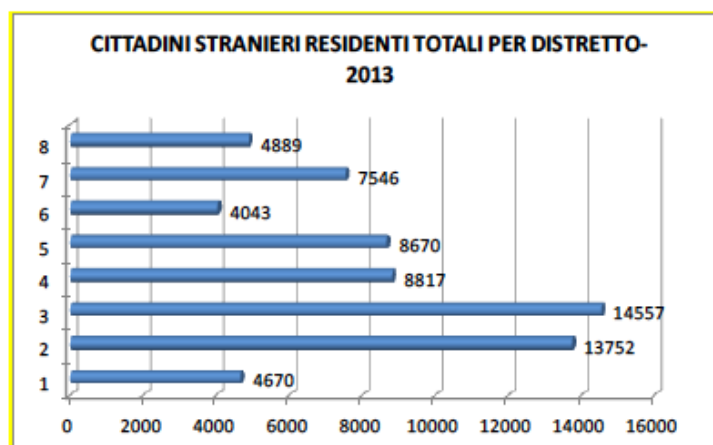
- anche l'indice di invecchiamento è in costante aumento: da 17,67 nel 2009 a 19,44 nel 2013 (+1,77). La variabilità distrettuale ha lo stesso comportamento dell'Indice di Vecchiaia (da 1,17 del Distretto 3 a 2,57 del Distretto 1).
- infine, l'indice di dipendenza strutturale rappresenta anche quest'anno, 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.



1.2 La popolazione straniera residente

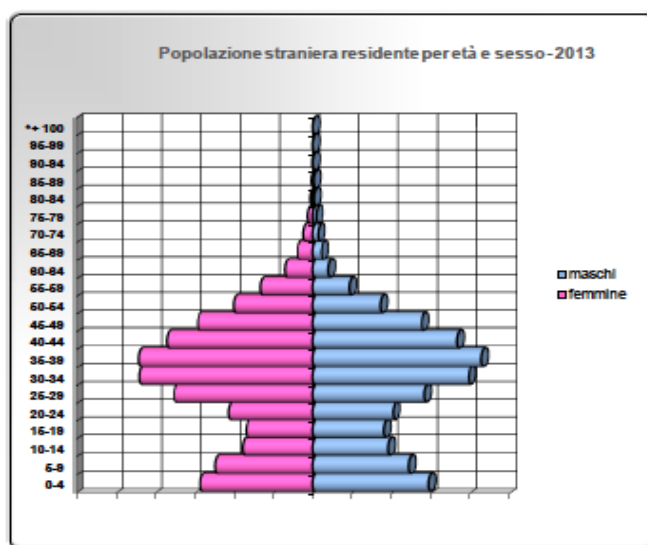
La conoscenza del fenomeno immigratorio sia in termini numerici, che di distribuzione territoriale e Paese di provenienza, è necessaria anche per la programmazione sanitaria e sociale. Una programmazione passa dalla necessità di garantire servizi in grado di soddisfare i bisogni ma anche di attuare politiche 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
TOT.	57010	61683	63681	59401	66944	9934	17,43

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.

1.3 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
Tutta la ASL	4712	4699	4520	4816	4694	-18

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
Tutta la ASL	7,41	7,30	7,26	7,87	7,49	0,08

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%	31,96%	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

2. I consumi sociosanitari e l'assistenza domiciliare

2.1 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.

2.2 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.

2.3 Servizi di assistenza domiciliare

Come già anticipato nel paragrafo sui servizi per anziani, le prestazioni di assistenza domiciliare socioassistenziale 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.

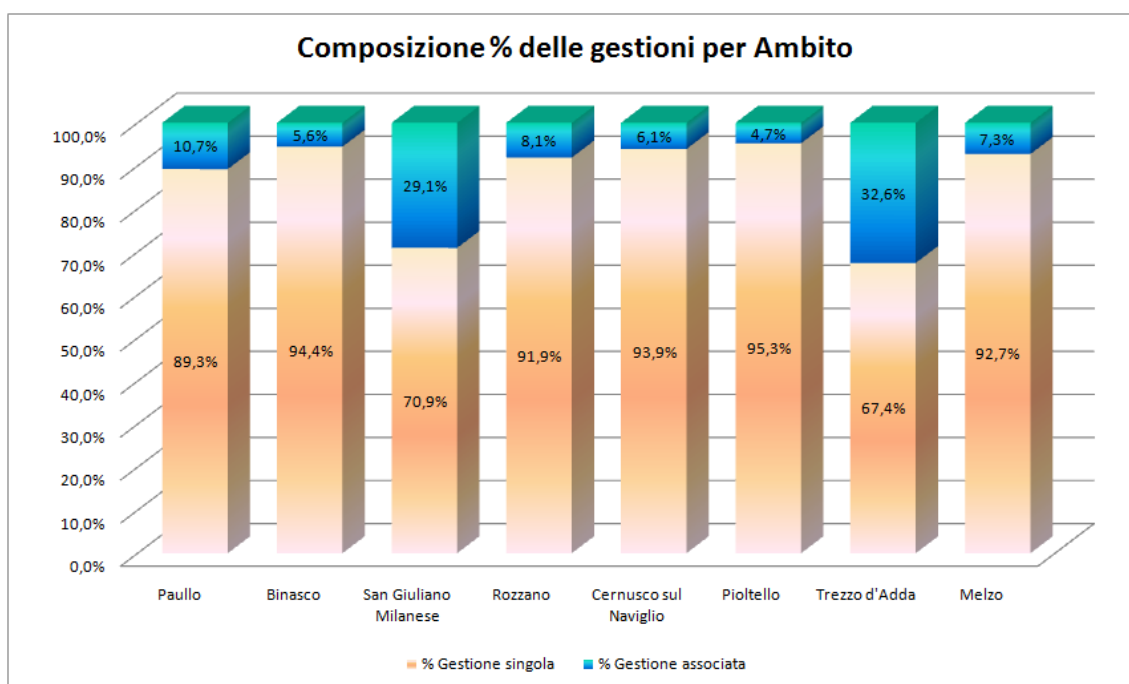
In modo analogo, anche gli altri servizi di assistenza domiciliare per disabili SADH e minori ADM hanno subito un decremento tra il 2013 e il 2014, passando da 315 a 255 utenti (pari a -23,5%) per il SADH e da 565 a 493 (pari a -14,6%) per l’ADM. Come per il SAD anche il SADH e l’ADM hanno subito una 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.

3. I consumi sociali: la spesa sociale dei Comuni (dati consuntivo 2012)

3.1 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.

Ambito	Gestione singola	Gestione associata	Totale delle gestioni	% sul totale
Paullo	4.938.547,00	587.443,00	5.464.821,00	6,3%
Binasco	5.541.472,00	320.523,00	5.769.687,00	6,6%
San Giuliano Milanese	15.729.435,00	5.779.161,00	19.888.580,00	22,7%
Rozzano	10.536.284,00	866.619,00	10.735.547,00	12,3%
Cernusco sul Naviglio	14.515.489,00	942.091,00	15.457.580,00	17,7%
Pioltello	12.120.587,00	603.768,00	12.711.855,00	14,5%
Trezzo d'Adda	4.306.935,00	1.580.414,00	4.853.850,00	5,6%
Melzo	11.923.040,00	910.698,00	12.541.662,00	14,3%
TOTALE ASL	79.611.789,00	11.590.717,00	87.423.582,00	100,0%

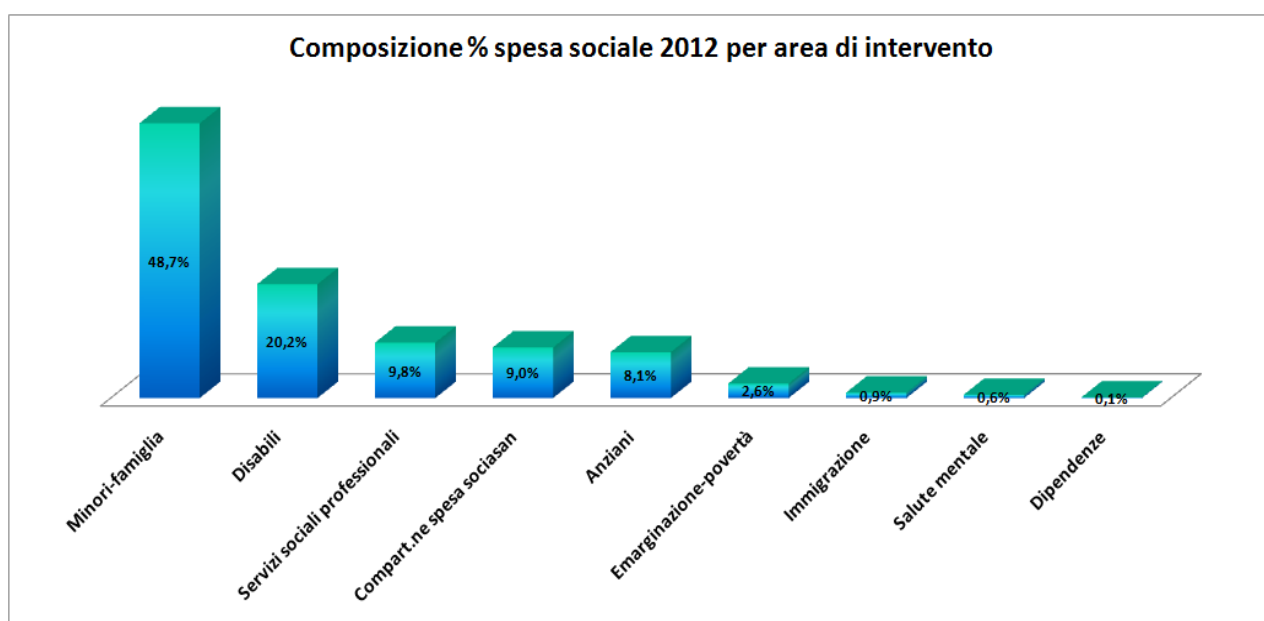


La spesa sociale nel territorio della ASL Milano 2 per entrambe le gestioni ammonta a circa 87,5 milioni di euro, di cui circa 80 milioni per la gestione singola e 11,5 milioni per quella associata. In termini di distribuzione sul territorio l'ambito di San Giuliano M.se è quello che registra la spesa 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%.

3.2 Aree di intervento

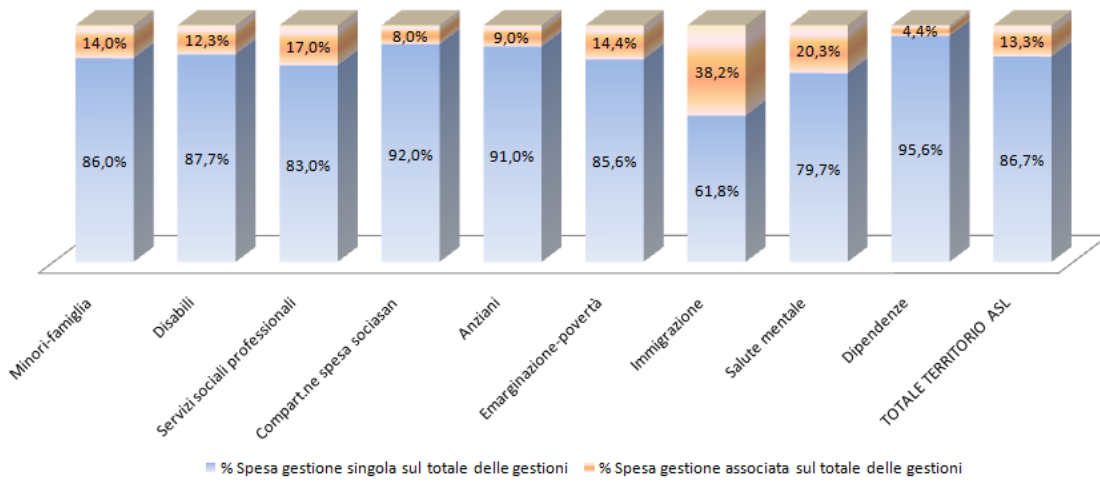
Di seguito si analizza la spesa sociale a livello territoriale ASL per area di intervento sociale.

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



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%.

3.3 Interventi sociali

Una volta analizzate le aree di intervento, passiamo 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 costi 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%		
TOTALE ASL	37.576.794,00	5.944.350,00	42.565.529,00	100,0%	31.109.058,00	7.578.032,00	1.770.584,00	73,1%	17,8%	4,2%

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
	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Comune a copertura dei costi	utenza a copertura dei costi	Fondo sociale regionale a	% copertura costi da Comune	% copertura da utenza	Fondo sociale 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%		
TOTALE ASL	16.401.635,00	2.171.298,00	17.639.735,00	100,0%	15.844.880,00	647.852,00	401.116,00	89,8%	3,7%	2,3%

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" Intervento	Gestione singola	Gestione associata	Totale gestioni	% sul totale	Finanziamento da	Finanziamento da	Finanziamento da	% copertura da Comune	% copertura da utenza	% copertura da Fondo sociale regionale
					Comune a copertura dei costi	utenza a copertura dei costi	Fondo sociale regionale a			
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%						
TOTALE ASL	6.492.133,00	641.161,00	7.103.375,00	100,0%	4.953.808,00	1.201.627,00	398.708,00	69,7%	16,9%	5,6%

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%	
TOTALE ASL	8.095.425,00	626.511,00	8.721.936,00	100,0%	7.455.195,00	958.581,00	85,5%	11,0%

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%.

3.4 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%
Totale	79.611.789,00	100,0%	11.590.717,00	100,0%

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%
Totale	79.167.911,00	100,0%	11.590.717,00	100,0%

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%.

3.5 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 scolastica	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

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

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		Piolteello		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
<u>Totale UdO Prima Infanzia</u>	<u>19</u>	<u>573</u>	<u>43</u>	<u>1.011</u>	<u>36</u>	<u>971</u>	<u>31</u>	<u>973</u>	<u>25</u>	<u>599</u>	<u>19</u>	<u>329</u>	<u>21</u>	<u>637</u>	<u>10</u>	<u>237</u>	<u>204</u>	<u>5.330</u>
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	
<u>Totale Servizi Domiciliari</u>	<u>14</u>		<u>11</u>		<u>24</u>		<u>12</u>		<u>24</u>		<u>13</u>		<u>12</u>		<u>13</u>		<u>123</u>	
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
<u>Totale Comunità per Minori</u>	<u>1</u>	<u>7</u>	<u>4</u>	<u>33</u>	<u>5</u>	<u>20</u>	<u>6</u>	<u>34</u>	<u>10</u>	<u>44</u>	<u>2</u>	<u>18</u>			<u>2</u>	<u>15</u>	<u>30</u>	<u>171</u>
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
<u>Totale UdO Diurne per Minori</u>	<u>5</u>	<u>595</u>	<u>5</u>	<u>425</u>	<u>17</u>	<u>805</u>	<u>3</u>	<u>440</u>	<u>15</u>	<u>630</u>	<u>10</u>	<u>689</u>	<u>18</u>	<u>1.332</u>	<u>8</u>	<u>960</u>	<u>81</u>	<u>5.876</u>
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
<u>Totale UdO per Anziani</u>	<u>1</u>	<u>32</u>	<u>2</u>	<u>40</u>	<u>2</u>				<u>2</u>		<u>2</u>	<u>142</u>	<u>1</u>	<u>60</u>	<u>1</u>	<u>50</u>	<u>11</u>	<u>324</u>
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
<u>Totale UdO per Disabili</u>	<u>1</u>	<u>7</u>	<u>6</u>	<u>98</u>	<u>8</u>	<u>124</u>	<u>7</u>	<u>69</u>	<u>6</u>	<u>149</u>			<u>4</u>	<u>56</u>	<u>8</u>	<u>107</u>	<u>40</u>	<u>610</u>
TOTALE COMPLESSIVO	41	1.214	71	1.607	92	1.920	59	1.516	82	1.422	46	1.178	56	2.085	42	1.369	489	12.311