

**PIANO DI ZONA 2015-2017**  
**AMBITO DI TREZZO SULL'ADDA**



*L'acqua che tocchi de' fiumi è l'ultima di quella che andò e la prima di quella che viene. Così il tempo presente.*

***Leonardo da Vinci, Codice Trivulziano, 1487-90***

## **INDICE**

- 1. Premessa**
- 2. Quadro socio demografico dell’Ambito**
- 3. Esiti della Programmazione Zonale 2012 -2014**
- 4. Un Welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità: L’integrazione socio-sanitaria**
- 5. Dati epidemiologici e di spesa**
- 6. La Programmazione per il triennio:**
  - 6.1 Area della conoscenza
  - 6.2 Area delle risorse
  - 6.3 Area dei servizi
- 7. Analisi dei soggetti, dei network e dei sistemi di governance presenti sul territorio**
- 8. La gestione associata**

### **Allegati:**

- **Allegato 1 “sistema di conoscenza”**
- **Allegato 2 “Programmazione zonale 2015/2017”**
- **Allegato 3 “Dispersione Scolastica”**
- **Allegato 4 “Piano Locale Prevenzione”**
- **Allegato 5 Salute Mentale**
- **Allegato 6 Documento Integrazione Socio Sanitaria**

## 1. PREMESSA

**Il Piano di Zona** rappresenta lo strumento di programmazione principale degli interventi sociali e socio sanitari e trova il proprio fondamento nelle normative: Legge quadro 328/2000, Legge Regionale 3/2008, Piano Sanitario Regionale, Linee Guida DGR 2941/2014.

Il contesto di questo nuovo Piano di Zona è ancora fortemente caratterizzato da una complessiva condizione di austerità; i bilanci per le politiche assistenziali e sociali risentono fortemente di questo soprattutto a livello locale, dove i Comuni faticano ad intravedere il momento in cui si allenterà la stretta ai trasferimenti destinati al welfare locale. Esiste ancora un livello decisionale, a livello centrale, fortemente dirimente rispetto alle politiche di rilancio dell'economia e anche di investimento rispetto alle politiche sociali. Il ruolo dei Comuni però non si esaurisce in una distribuzione delle risorse nazionali e regionali dedicate, ma acquista valore attraverso la capacità di influire sulla programmazione locale, nel garantire integrazione tra le diverse risposte istituzionali e nel promuovere e mobilitare risorse di sostegno nate dalla cittadinanza.

Nella programmazione dei Piani di Zona sui territori che afferiscono ad Offertasociale, negli anni, si è cercato di rispondere in modo appropriato alle attese rispetto, sia all'estensione dei servizi esistenti, che rispetto a garantire la qualità degli stessi: il primo di questi obiettivi è stato raggiunto attraverso una progressiva e maggiore integrazione tra servizi differenti e tra Comuni, superandone i confini istituzionali. L'altro aspetto che è stato perseguito è quello di un maggiore coinvolgimento e ampliamento della platea degli attori interessati a intercettare i bisogni e le possibili risposte. Non sempre su tutti i temi è stato costante l'interesse e la partecipazione ai tavoli della programmazione locale, ma complessivamente si è mantenuto il prezioso capitale di soggetti pubblici e privati che in questi anni ha influenzato positivamente le politiche di sistema.

Il Programma Regionale di Sviluppo della X legislatura introduce l'ipotesi di riprogrammare il sistema di welfare a partire dalla considerazione che, nella fase attuale, contraddistinta da una forte e perdurante crisi economica con una progressiva riduzione delle risorse disponibili, affrontare il tema dello sviluppo dei sistemi di promozione, protezione, tutela e inclusione sociale risulta strategico.

La persona e la famiglia vengono poste al centro del sistema di welfare e viene posta attenzione al loro ruolo sociale, in particolar modo rispetto ai propri componenti più fragili. Sostenere il ruolo della famiglia nel suo compito di cura verso i propri membri, assume un ruolo strategico, non solo nel favorire una ricomposizione delle risorse in un momento di costante riduzione dei finanziamenti, ma anche rispetto a nuovi bisogni emergenti da parte dei componenti

della famiglia, giovani e adulti, che vivono la ricaduta sociale legata alla crisi. In un momento storico contraddistinto dal progressivo invecchiamento della popolazione a fronte di una costante riduzione delle nascite, preoccupa la situazione di fragilità che sempre più sta interessando la parte giovanile e produttiva della famiglia che dovrebbe assicurare e sostenere la cura ai componenti più fragili.

Regione Lombardia nelle Linee Guida lascia liberi i territori di individuare priorità comuni, ma individua un unico metodo nella programmazione dei PDZ che punta alla ricomposizione degli interventi secondo tre principali direttrici:

- Conoscenze
- Servizi
- Risorse

Ricomporre la frammentazione diventa importante per avvicinarsi ai bisogni e non soltanto alla domanda espressa. In un contesto in evoluzione continua, che vede aumentare la domanda sociale e contemporaneamente pone vincoli nei finanziamenti, questo territorio si è sforzato di interpretare la programmazione locale come luogo di integrazione di risorse e non solo come modalità per acquisirne di aggiuntive.

Le Linee Guida Regionali si sono basate su una precedente analisi del contesto attraverso il "Sistema di conoscenza" (allegato 1) che ha fornito alcune importanti informazioni rispetto al processo di ricomposizione dei soggetti e che sollecita ad un ulteriore approfondimento e acquisizione di elementi di conoscenza, in particolare rispetto ad alcune delle sette aree indicate dal percorso di monitoraggio effettuato dalla Regione insieme agli Uffici di piano:

- 1) *Integrazione - ricomposizione dell'agire dei Comuni di un singolo Ambito;*
- 2) *Integrazione - ricomposizione dell'agire dei Comuni e della Asl di riferimento;*
- 3) *Integrazione - ricomposizione delle policy;*
- 4) *Integrazione - ricomposizione dei servizi offerti;*
- 5) *Livello di omogeneità raggiunta nei territori rispetto a decisioni strategiche;*
- 6) *Conoscenza dei bisogni espressi e inespressi e posizionamento della risposta offerta;*
- 7) *Integrazione - pooling delle risorse private delle famiglie.*

La programmazione sociale viene garantita, all'interno del sistema di welfare locale, dagli Uffici di Piano. La sua efficacia nel caso dell'Ambito di Trezzo sull'Adda, è garantita dal fatto che non si limita alle risorse trasferite agli Uffici di piano, ma è riferita ad una quota di risorse molto più ampia, assicurata dai Comuni, e, in questa prospettiva, diventa strategica per promuovere e consolidare la ricomposizione tra soggetti istituzionali e gli altri attori del welfare.

I dati rilevano, a partire dall'anno 2011, un'inversione di tendenza della spesa sociale, nel senso di una contrazione, rispetto al decennio precedente, che era stato contraddistinto da espansione e ampliamento della spesa. In particolare, il dato che colpisce è che, aumenta la spesa rispetto all'area minori e disabilità e diminuisce gradualmente quella relativa all'area della povertà e dell'inclusione sociale (il dato rileva una tendenza generale, andrebbe poi approfondita la rilevazione puntuale di tutti gli interventi dei singoli comuni che vanno a sostegno del reddito).

Questa tendenza accompagna, paradossalmente, il fenomeno di espansione della crisi, con le ricadute che questa comporta sul piano sociale e la nascita di una nuova categoria di bisogni, legati a questi mutamenti sociali.

Il quadro di progressiva trasformazione istituzionale della costituenda Città Metropolitana, i cambiamenti territoriali del territorio del nord est della provincia di Milano, oltre alla costante riduzione delle risorse economiche, inducono le amministrazioni comunali ad un ripensamento dell'organizzazione degli interventi in campo sociale, implementando conoscenze e strategie, da un lato per il rilancio del territorio, dall'altro per il contenimento e la gestione dei fenomeni connessi alla crisi.

L'andamento variabile dei finanziamenti, nel corso degli anni, e il consolidamento positivo dei servizi, ha indotto maggiormente i comuni a confluire verso la gestione associata dei servizi riconoscendo fiducia ad Offertasociale, quale ente che ha maturato le competenze e l'esperienza necessaria a garantire una programmazione di più ampio respiro. Il rischio maggiore, in questi anni è stato infatti quello di restare "schiacciati" sul mantenimento dell'esistente e di non dare sufficiente attenzione ai nuovi bisogni o ad azioni innovative importanti da sperimentare.

L'Ufficio di Piano dell'Ambito di Trezzo, opera per garantire che la programmazione sui territori non sia distribuzione di risorse ma capacità di proiettarsi nel futuro, selezionare priorità, fissare obiettivi sostenibili e misurabili, perseguire la coerenza tra mezzi e fini.

L'esperienza avviata negli anni e sostenuta dai Sindaci attraverso la gestione associata ha incentivato l'azione collettiva e permesso la partecipazione di tutti i soggetti al processo programmatico. Questo è il "capitale umano" che deve essere valorizzato, perché negli anni ha garantito continuità e sostenibilità ai servizi.

L'appartenenza a due territori con due differenti ASL di riferimento, Monza Brianza e Milano 2, ha reso più complesso il processo di sintesi programmatica all'interno di un ufficio di piano unico, ma ha anche permesso una ricchezza e uno scambio di esperienze e di visioni che ha arricchito entrambi i territori, portandoli ad individuare possibili strategie di ricomposizione e di uniformità in alcuni casi innovative e anticipatorie rispetto alle Linee Guida dei Piani di Zona

Su entrambi i territori le recenti DGR regionali hanno dato impulso a forme di coordinamento InterAmbiti e con l'ASL, che hanno trovato sintesi in documenti e protocolli elaborati all'interno del Tavolo di Sistema e della Cabina di Regia.

## 2. QUADRO SOCIO- DEMOGRAFICO DELL'AMBITO DI TREZZO SULL'ADDA

**La popolazione residente nell'Ambito territoriale del Trezzese al 1 gennaio 2013 è di 41.312 abitanti.**

La distribuzione della popolazione nei 7 comuni è la seguente:

	<b>Abitanti al 1.1.2013</b>
Basiano	3.691
Grezzago	2.912
Masate	3.494
Pozzo d'Adda	5.831
Trezzano Rosa	4.988
Trezzo sull'Adda	11.989
Vaprio d'Adda	8.407
<b>TOTALE</b>	<b>41.312</b>

Nel corso del 2012 la popolazione dell'ambito cresce di 1.032 unità, pari al 2,6%

	<i>1.1.2012</i>	<b>1.1.2013</b>
Basiano	<i>3.615</i>	3.691
Grezzago	<i>2.841</i>	2.912
Masate	<i>3.317</i>	3.494
Pozzo d'Adda	<i>5.676</i>	5.831
Trezzano Rosa	<i>4.844</i>	4.988
Trezzo sull'Adda	<i>11.853</i>	11.989
Vaprio d'Adda	<i>8.134</i>	8.407
<b>Totale Ambito</b>	<b><i>40.280</i></b>	<b>41.312</b>

Di seguito la tabella con la distribuzione delle Famiglie anagrafiche nei 7 Comuni.

<b>Famiglie anagrafiche</b>	<i>31.12.2011</i>	<b>31.12.2012</b>	<i>n. componenti famigliari</i>
Basiano	<i>1.506</i>	1.506	2,45
Grezzago	<i>1.125</i>	1.477	1,97
Masate	<i>1.475</i>	1.497	2,33
Pozzo d'Adda	<i>2.456</i>	2.514	2,32
Trezzano Rosa	<i>2.010</i>	2.064	2,42
Trezzo sull'Adda	<i>5.268</i>	5.270	2,27
Vaprio d'Adda	<i>3.490</i>	3.562	2,36
<b>Totale Ambito</b>	<b><i>17.330</i></b>	<b>17.890</b>	<b>2,31</b>

Anche il dato delle famiglie anagrafiche indica un **incremento nel numero dei nuclei famigliari**, superiore a quello della popolazione: + 3,2% rispetto al 2011.

Il *range* del numero dei componenti è contenuto tra l' 1,97 di Grezzago e il 2,45 di Basiano.

La distribuzione nei 7 Comuni della popolazione residente totale per classe di età al 1.1.2013:

	<b>0-19</b>	<b>%</b>	<b>20-64</b>	<b>%</b>	<b>65 e +</b>	<b>%</b>
Basiano	751	<i>20,3</i>	2333	<i>63,2</i>	607	<i>16,4</i>
Grezzago	645	<i>22,1</i>	1881	<i>64,6</i>	386	<i>13,3</i>
Masate	738	<i>21,1</i>	2218	<i>63,5</i>	538	<i>15,4</i>
Pozzo d'Adda	1161	<i>19,9</i>	3881	<i>66,6</i>	789	<i>13,5</i>
Trezzano Rosa	1105	<i>22,2</i>	3223	<i>64,6</i>	660	<i>13,2</i>
Trezzo sull'Adda	2229	<i>18,6</i>	7108	<i>59,3</i>	2652	<i>22,1</i>
Vaprio d'Adda	1653	<i>19,7</i>	5267	<i>62,7</i>	1487	<i>17,7</i>
<b>Totale Ambito</b>	<b>8282</b>	<b><i>20,0</i></b>	<b>25911</b>	<b><i>62,7</i></b>	<b>7119</b>	<b><i>17,2</i></b>

**La popolazione giovanile** compresa tra 0 a 19 anni è di 8.282 minori, pari al 20% della popolazione complessiva residente nell'Ambito al 1 gennaio 2013.

Un dato significativo è l' **indice di dipendenza giovanile**, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione in età 0-14 anni e quella in età 15-64 anni; indica quanti minori ci sono ogni 100 persone di età 15-64 anni.

<b>Indice di dipendenza giovanile</b>	<b>2013</b>	<i>2012</i>	<i>2011</i>
Basiano	24,1	23,5	22,9
Grezzago	25,5	25,0	23,3
Masate	24,8	23,8	22,7
Pozzo d'Adda	22,6	21,8	20,9
Trezzano Rosa	25,0	24,0	24,0
Trezzo sull'Adda	21,9	22,3	22,4
Vaprio d'Adda	23,5	23,5	22,3
<b>Ambito</b>	<b>23,4</b>	<b>23,1</b>	<b>22,5</b>
Totale Lombardia	22,2	22,0	21,6

L'andamento dell' indice nell'ambito presenta un costante leggero **incremento più marcato rispetto al dato regionale.**

La situazione nei comuni è differenziata, in genere in incremento ad eccezione del dato invariato di Vaprio e la diminuzione costante del dato nel triennio a Trezzo.

**L'indice di dipendenza totale** è un indicatore significativo del "carico sociale", economico e di cura, che grava sulla popolazione in età produttiva; indica quante persone tra i 0-14 anni sommate alle persone di 65 e più anni gravano su 100 persone tra i 15 e i 64 anni.

<b>Indice di dipendenza totale</b>	<b>2013</b>	<i>2012</i>	<i>2011</i>
Basiano	48,5	47,5	44,3
Grezzago	44,7	44,4	41,3
Masate	47,5	47,2	44,0
Pozzo d'Adda	41,8	40,1	38,2
Trezzano Rosa	44,1	42,4	40,9
Trezzo sull'Adda	56,6	56,0	54,8
Vaprio d'Adda	50,0	49,8	47,7
<b>Ambito</b>	<b>49,1</b>	<b>48,4</b>	<b>46,4</b>
Totale Lombardia	54,9	54,1	52,2

A livello di ambito 49 persone, minori e anziani, gravano in termini di "dipendenza" su 100 persone tra i 15 e 64 anni; in tutti i comuni tale indicatore è in aumento rispetto all'anno precedente.

La situazione nei comuni è molto differenziata: il valore minimo di 41,8 si registra a Pozzo, mentre quello massimo di 56,6 a Trezzo.

**L' indice di ricambio** della popolazione in età lavorativa è il rapporto percentuale tra la popolazione della fascia 60-64 anni e quella della fascia 15 – 19 anni, ovvero indica quante persone tra i 60 e i 64 anni, cioè le persone che stanno per uscire dal "ciclo produttivo", ci sono rispetto alle persone tra i 15 e i 19 anni, cioè le persone che stanno per entrare nel "ciclo produttivo".

<b>Indice di ricambio</b>	<b>2013</b>	<b>2012</b>	<b>2011</b>
Basiano	170,6	177,8	193,0
Grezzago	138,2	124,2	128,1
Masate	141,7	150,4	154,6
Pozzo d'Adda	146,1	155,1	158,2
Trezzano Rosa	115,5	114,1	115,9
Trezzo sull'Adda	136,8	148,3	160,9
Vaprio d'Adda	153,3	148,1	153,6
<b>Ambito</b>	<b>141,6</b>	<b>145,2</b>	<b>152,4</b>
Totale Lombardia	138,5	141,2	145,6

Nell' ambito, nel 2013, ogni 100 persone tra i 15 e 19 anni ci sono 141 adulti tra i 60 e 64 anni.

Trezzano Rosa è il comune con l'indicatore più basso: 115 persone tra 60-64 anni ogni 100 ragazzi, mentre a Basiano ogni 100 ragazzi ci sono 170 adulti tra i 60-64 anni.

Il valore d'ambito si è nel corso degli anni avvicinato all'indicatore regionale, presentando tuttavia dei valori più elevati.

**La popolazione anziana nell'ambito, ovvero quella dai 65 anni in poi,** è di 7.119 persone, pari al 17% della popolazione complessiva residente nell'ambito al 1° gennaio 2013

Una riflessione importante sulle dinamiche demografiche è quella relativa al **livello di invecchiamento della popolazione territoriale.**

Gli indici che misurano tale processo sono:

- **la quota % della popolazione anziana,** ovvero le persone di 65 anni e più, sulla popolazione complessiva,
- **l'indice di vecchiaia,** ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione in età da 65 anni in poi e quella della classe 0-14 anni; indica quanti anziani ci sono ogni 100 minori da 0 a 14 anni ed è un indicatore importante di prospettiva,

- **l'indice di dipendenza degli anziani**, ovvero il rapporto percentuale tra la popolazione in età da 65 in poi e quella in età 15-64 anni; indica quanti anziani ci sono ogni 100 persone di età 15-64 anni, ovvero la base produttiva attuale e di prospettiva.

Nell' Ambito questi indicatori sono molto più bassi degli indicatori regionali, con un trend di incremento più contenuto.

In particolare l'indice di vecchiaia indica un rapporto quasi paritario tra la presenza degli over 65 anni e i minori tra 0 e 14 anni (109 anziani su 100 giovani).

Quota % popolazione anziana >65 anni sulla popolazione totale	<b>2013</b>	<i>2012</i>	<i>2011</i>
<b>Valore di ambito</b>	<b>17,2</b>	<i>17,02</i>	<i>16,3</i>
Totale Lombardia	21,1	20,8	20,1
Indice di vecchiaia	<b>2013</b>	<i>2012</i>	<i>2011</i>
<b>Valore di ambito</b>	<b>109,6</b>	<i>109,3</i>	<i>106,3</i>
Totale Lombardia	147,6	145,6	141,1
Indice di dipendenza anziani	<b>2013</b>	<i>2012</i>	<i>2011</i>
<b>Valore di ambito</b>	<b>25,7</b>	<i>25,2</i>	<i>23,9</i>
Totale Lombardia	32,7	32	30,5

Nei singoli comuni tali indicatori sono i seguenti:

<b>anno 2013</b>	<b>Quota % 65 e +</b>	<b>Indice di vecchiaia</b>	<b>Indice di dipendenza</b>
Basiano	16,4	101,5	24,4
Grezzago	13,3	75,1	19,2
Masate	15,4	91,7	22,7
Pozzo d'Adda	13,5	84,7	19,2
Trezzano Rosa	13,2	76,2	19,1
Trezzo sull'Adda	22,1	157,9	34,6
Vaprio d'Adda	17,7	112,9	26,5

La situazione è differenziata tra i diversi comuni; Trezzano Rosa ha in assoluto tutti i valori più bassi, seguito da Grezzago e Pozzo; i valori più alti si registrano a Trezzo seguito, a distanza, da Vaprio.

La popolazione di origine straniera residente nell'ambito è di 4.668 persone, pari all' 11,3% della popolazione.

	<i>1.1.2011</i>	<i>1.1.2012</i>	<b>1.1.2013</b>
Totale residenti	<i>40.474</i>	<i>40.280</i>	41.312
<b>Cittadini Stranieri residenti</b>	<i>4.397</i>	<i>4.138</i>	<b>4.668</b>
Percentuale sulla popolazione	<i>10,86%</i>	<i>10,27%</i>	<b>11,3%</b>

L'incremento complessivo della popolazione dell'ambito, pari a 1032 persone, è dovuto per il 50% all'incremento della popolazione di origine straniera, pari a 530 persone.

La presenza dei cittadini stranieri nei 7 comuni rilevata al 1.1.2013 e la relativa incidenza percentuale è la seguente:

	<b>Cittadini stranieri residenti 1.1.2013</b>	<b>Incidenza % sulla popolazione</b>	<b>Di cui minori 0-19 anni</b>	<b>Incidenza % sulla popolazione minorile</b>
Basiano	275	7,5	59	7,9
Grezzago	342	11,7	91	14,1
Masate	343	9,8	76	10,3
Pozzo d'Adda	647	11,1	152	13,1
Trezzano Rosa	414	8,3	100	9,0
Trezzo sull'Adda	1332	11,1	358	16,1
Vaprio d'Adda	1315	15,6	389	23,5
<b>Totale Ambito</b>	<b>4.668</b>	<b>11,3</b>	<b>1.225</b>	<b>14,8</b>

L'incidenza della popolazione straniera rispetto alla popolazione residente è differenziata, con un minimo de 7,5% a Basiano e un massimo del 15,6 a Vaprio; un' incidenza più elevata si registra tra i minori; a Vaprio i minori stranieri rappresentano il 23,5% della popolazione minorile.

### 3. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE 2012 – 2014

Una programmazione “matura ed efficace” non può prescindere dalla valutazione di quanto realizzato, non solo in termini di obiettivi e risultati raggiunti, ma anche di impatto e di metodo di lavoro.

Nell’ultima annualità del terzo ciclo zonale, abbiamo pertanto proposto ai Tavoli d’area un percorso di autovalutazione: sia relativo al raggiungimento degli obiettivi specifici indicati e perseguiti nell’ultimo triennio, sia relativo alla funzione e al ruolo svolto da ciascun Tavolo. L’esame dei punti di forza e delle criticità relativi all’andamento dei singoli interventi e del Piano nella sua organicità, ha visto protagonisti i tecnici dell’Ufficio di Piano e i numerosi componenti dei Tavoli tematici. Membri attivi, a tutti gli effetti, dei setting essenziali del sistema partecipativo locale.

Gli strumenti utilizzati per tracciare la riflessione da parte dei Tavoli d’area sono stati:

- una tabella sinottica in cui sono stati sintetizzati gli obiettivi individuati nel precedente Piano di zona, che ha permesso di seguire, attraverso una traccia unitaria, il lavoro *in progress* (pluriennale) sui diversi tavoli, focalizzando l’attenzione sulle modalità operative e le azioni da realizzare;
- una matrice SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) per analizzare da un lato i punti di forza e le criticità incontrate, dall’altro per soppesare le opportunità e le minacce relative alla definizione delle strategie per la pianificazione degli obiettivi futuri.

Nei termini dei risultati conseguiti, la valutazione di specifici interventi e servizi promossi dai tavoli (utenti raggiunti, efficacia delle prestazioni, rapporto costi benefici, ecc.) è stata oggetto di relazioni ad hoc, di specifiche riunioni dei tavoli regolarmente riportata nei verbali di seduta. Inoltre, poiché parte della gestione operativa è stata affidata a Offertasociale, più elaborate valutazioni di efficacia ed efficienza di servizi e interventi correlati, sono state annualmente riportate nel bilancio sociale dell’Azienda. Con i componenti dei diversi tavoli si è pertanto condivisa, tramite gli strumenti sopra elencati, una ricognizione del grado conseguito degli obiettivi di programmazione e delle prospettive future. In proposito, significativamente le riflessioni sugli obiettivi la cui valutazione non ha espresso un esito positivo, rappresentano ancora una mappa di bisogni e criticità del nostro territorio come è riportato nelle tabelle di sintesi sotto riportate

	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
AREA MINORI	SPAZIO NEUTRO Verificare l'efficacia del servizio e la qualità degli interventi erogati da parte della coop. appaltatrice	Valutazione dell'efficacia attraverso la relazione dei risultati effettivamente ottenuti con procedure, processi, mezzi e strumenti	Commissione Tecnica minori (CT) e sottogruppi di lavoro ad hoc	Individuazione indicatori di esito; raccolta informazioni e valutazione tramite elaborazione di un report annuale	Obiettivo raggiunto nel triennio  <b>Consolidamento:</b> migliorare alcuni aspetti rilevati tramite la valutazione. Per il dettaglio si rimanda alla scheda tutela minori
		Supervisione e verifica degli interventi erogati da parte della cooperativa appaltatrice	Coordinatrice CT minori e referenti del servizio spazio neutro	Confronto e monitoraggio degli interventi erogati dal servizio tramite uno strumento di rilevazione per la valutazione degli interventi portando alla luce punti di forza e criticità	
	AFFIDI MOWGLI Uniformare il servizio sul territorio di competenza di Offertasociale	Verificare l'efficacia e l'efficienza del servizio	CT minori	Elaborazione report annuale	Obiettivo parzialmente raggiunto  <b>Consolidamento:</b> è necessario coinvolgere al monitoraggio tutti i Comuni che hanno minori in affido
		Utilizzare procedure e strumenti per la gestione uniforme del servizio	CT minori  Assemblea dei Sindaci	Definizione del regolamento sovracomunale sugli affidi;  Approvazione regolamento sovracomunale	
Monitorare l'andamento degli interventi erogati	Coordinatrice CT Minori, referente e operatori dell'Ufficio Affidi	Confronto e monitoraggio tra UdP, referenti servizio e referenti dei Comuni dell'Ambito sull'andamento e l'esito degli interventi erogati			
Definire in maniera più puntuale il bisogno attraverso la messa a regime dei dati necessari	Aggiornare e analizzare gli interventi esistenti a favore dei minori in tutela: attori, servizi e unità d'offerta sociale	CT minori e Tavolo Area minori del Piano di Zona	Declinazione dei bisogni territoriali emergenti ancora senza risposta (UdO sociale / interventi)	Obiettivo raggiunto. <b>Sviluppo:</b> avviare un osservatorio sul fenomeno minorile	

	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
AREA ANZIANI	DIMISSIONI PROTETTE Migliorare e semplificare la procedura	Favorire la conoscenza del protocollo tra referenti territoriali e dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate	CT anziani e referenti Azienda Ospedaliera di Vimercate	Confronto tecnico tra operatori della rete interessati, mettendo in luce buone prassi e criticità	Obiettivo raggiunto. <b>Consolidamento:</b> portare a regime le procedure adottate
		Semplificare gli strumenti utilizzati per attivare la procedura di dimissione protetta	Coordinatrice CT Anziani e referenti degli Uffici di Piano MB, delle Aziende Ospedaliere, dell'ASL MB	Aggiornamento della modulistica per definire le informazioni socio-sanitarie necessarie all'atto della dimissione	
		Monitoraggio attività e valutazione	Coordinatrice CT anziani	Funzione di raccordo tra Azienda Ospedaliera e Comuni dell'Ambito; rendicontazione e valutazione	
	Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) territoriale a gestione associata  Definire un regolamento unico per rendere omogenei gli interventi del servizio di assistenza domiciliare comunale a livello territoriale	Accreditare gli enti gestori attraverso requisiti uniformi ed essenziali	Ufficio Unico per la messa in esercizio e l'accreditamento	Costruzione del percorso per il convenzionamento; Individuazione dei requisiti e procedure di erogazione servizio omogenei	Obiettivo raggiunto. <b>Consolidamento:</b> ampliare l'utilizzo del servizio a gestione associata da parte di tutti i comuni dell'Ambito e portare a regime l'utilizzo. <b>Sviluppo:</b> Uniformare i costi del servizio a carico dell'utente. (ISEE)
		Utilizzare procedure e strumenti per la gestione uniforme del servizio	CT anziani e gruppi di lavoro ad hoc  Assemblea dei Sindaci	Definizione del regolamento sovracomunale sul servizio di assistenza domiciliare territoriale a gestione associata  Approvazione regolamento sovracomunale	
		Avviare e monitorare le procedure informatizzate di raccolta e gestione del SAD territoriale in gestione associata	CT anziani e incontri ad hoc tra UdP, Ufficio Gestionale OS ed Enti Accreditati	Incontri di definizione delle caratteristiche del software gestionale in uso alle AS del territorio; monitoraggio e verifica sull'utilizzo del SAD	
	Sostegno alla domiciliarità delle persone affette da demenza	Attivare CDI con nucleo Alzheimer	Coordinatrice CT Anziani, operatori ASL MB	Programmazione CDI Ornago Avvio attività CDI Ornago	Obiettivo raggiunto
		Potenziare gli interventi attraverso bandi ad hoc	Ufficio di Piano e progetti, enti III settore del territorio  Bando Cariplo: costo di progetto complessivo pari a 96.058,00	Realizzazione di progetti individualizzati finalizzati a sostenere la domiciliarità di persone affette da Alzheimer	

AREA DISABILI	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
	SCUOLA E TERRITORIO migliorare l'integrazione tra scuola e i servizi specialistici	Potenziare il ruolo del servizio psicopedagogico attraverso la messa a regime degli interventi previsti dal protocollo	Tavolo psicopedagogisti Tavolo intesa OS Commissione tecnica h Tavolo intesa/ASL	Diffusione Protocollo Servizio Psicopedagogico Attuazione Protocollo Monitoraggio e verifica Protocollo	Obiettivo raggiunto  <b>Consolidamento</b> monitorare l'utilizzo del Protocollo
	CASE MANAGER Definire il ruolo e le funzioni del case manager a partire dalle indicazioni introdotte dal Piano di Azione Regionale	Individuare il gruppo di lavoro per la realizzazione dell'obiettivo; Elaborare delle linee guida territoriali che definiscano ruolo, funzioni del case manager	Tavolo Tematico H del Piano di Zona	Presenza visione delle linee di indirizzo introdotte dal Piano di Azione Regionale; Delineazione del ruolo e delle funzioni in base ai bisogni delle famiglie; Integrazione degli aspetti emersi dalle due fonti	Obiettivo non raggiunto per l'assenza delle linee di indirizzo regionali da cui partire
	SCUOLA E LAVORO Sperimentare nuovi percorsi di integrazione formazione (scuola) e lavoro attraverso la definizione di progetti individualizzati	Individuare il gruppo di lavoro Pianificare gli incontri e gli obiettivi/contenuti da attuare per il raggiungimento dell'obiettivo	Tavolo Tematico H del Piano di Zona	Individuazione Bandi di finanziamento; Sperimentazione del modello; Modifica e validazione del documento	Obiettivo parzialmente raggiunto  Non sono stati ottenuti finanziamenti ad hoc, ma sono state comunque realizzati alcuni interventi "ponte scuola – lavoro"

AREA ADULTI E NUOVE POVERTA	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
	HOUSING SOCIALE Affrontare il tema dell'emergenza abitativa attraverso la qualificazione dei processi di accompagnamento	Innovare il protocollo ASCA – Agenzia Sociale per la Casa – sulla base dei nuovi bisogni emergenti	CT Adulti Tavolo d'Area Adulti del Piano di Zona Asca – Agenzia sociale per la Casa	Aggiornamento e definizione del protocollo, migliorando l'integrazione tra servizio sociale e III settore Diffusione, attuazione, monitoraggio e valutazione attività	Obiettivo raggiunto  <b>Sviluppo:</b> ripensare al sistema casa per differenziare le risposte a seconda dei bisogni espressi
TERRITORIO E RISORSE Conoscere e diffondere le buone prassi delle associazioni presenti sul territorio	Mappare e valorizzare le associazioni del territorio con finalità d'aiuto analoghe ai centri di ascolto	Tavolo d'Area Adulti del Piano di Zona Centro di Ascolto Caritas	Individuazione e rilevazione delle associazioni Diffusione della mappatura agli stakeholder Monitoraggio e valutazione attività	Obiettivo raggiunto	

AREA SALUTE MENTALE	OBIETTIVI 2012 - 2014	INTERVENTI PREVISTI	RISORSE IMPIEGATE	AZIONI REALIZZATE	RISULTATI
	INTESA CPS Migliorare il lavoro di rete tra CPE e territorio per realizzare interventi integrati	Regolamentare le prassi di segnalazione e gestione della casistica sociale con problemi psichiatrici	Tavolo d'Area Salute Mentale del Piano di Zona	Formalizzazione protocollo	Obiettivo parzialmente raggiunto:  <b>Consolidamento:</b> Aggiornare il protocollo e diffonderlo ai nuovi operatori dei servizi territoriali (turn over) e ai Medici di Assistenza Primaria (MAP)
			Gruppo di lavoro ad hoc	Valutazione prassi sperimentate	
	INTEGRAZIONE SOCIO - LAVORATIVA Potenziare il sistema degli inserimenti lavorativi	Rafforzare gli inserimenti lavorativi	Servizio Inserimento Lavorativo Psico Sociale	Prosecuzione attività Servizio Inserimento Lavorativo (SIL) Psicosociale	Obiettivo raggiunto
Rafforzare gli interventi risocializzanti, attraverso buoni sociali		Centro Psico Sociale CPS Tavolo d'Area Salute Mentale del Piano di Zona FNA 2011	Interventi promossi tramite il raccordo dei soggetti che operano nell'ambito di intervento		
Creare e sviluppare reti sociali terapeutiche in contesti non istituzionalizzati	Valutare l'efficacia degli interventi promossi dalla progettazione. individuare punti critici e di forza del servizio	Tavolo d'Area Salute Mentale del Piano di Zona CPS Cooperativa Le Vele	Apertura di un punto di socializzazione sul territorio Creazione di attività per il tempo libero destinate a persone con problemi di salute mentale e alla cittadinanza in genere. Realizzazione di eventi culturali sul territorio	Obiettivo raggiunto	

## CONSIDERAZIONI

La posizione di questo territorio, al confine tra tre province e tre differenti ASL, ha reso più complesso costruire una rete di riferimenti stabili, che potessero assicurare ai cittadini, offerte uniformi e coerenti ovunque fosse la scelta dei servizi. Nel contempo, questa pluralità di attori costituisce anche una ricchezza e un'opportunità per i cittadini. Lo sforzo degli Amministratori in questi anni è stato quindi fortemente concentrato nel ricomporre questa frammentazione avviando un dialogo, non sempre facile, con molteplici interlocutori territoriali. L'imputo dato dal livello politico all'Ufficio di piano è stato quello di saldare il rapporto con l'ASL MI2 e con gli altri Ambiti afferenti alla medesima ASL. Questo processo è stato anche fortemente motivato dalla prevalenza di temi quali quello della continuità assistenziale e dell'integrazione socio sanitaria, importanti per assicurare assistenza alle categorie fragili. Si può dire che alcuni obiettivi sono stati raggiunti. È stato definito e approvato un protocollo sulla continuità assistenziale, che ha coinvolto i Presidi Ospedalieri dei diversi territori confinanti. La tenuta delle relazioni rispetto ad una platea così ampia di servizi e di riferimenti, non facilita sicuramente un territorio piccolo, che rischia di sentirsi "tirato" da più parti. Ciononostante il livello politico ha lavorato per costruire un'identità e contrapporsi talvolta anche a scelte sul versante dei servizi, che rischiavano di penalizzare ulteriormente i cittadini, se non concordate e gestite insieme alle amministrazioni. L'esempio più significativo riguarda la ridefinizione del Presidio Ospedaliero di Vaprio D'Adda. Nel Libro Bianco si sottolinea l'importanza di promuovere l'integrazione tra le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali in una logica di prossimità e di continuità nell'assistenza alla persona. L'Ospedale di Vaprio si trova in una zona di confine tra due diverse province e ASL e raccoglie istanze da entrambi i territori. La sua riqualificazione quale Presidio Ospedaliero Territoriale può favorire l'integrazione dei servizi di assistenza e di cura domiciliari e residenziali e rappresentare un punto fondamentale della rete dei servizi.

La percezione della salute come bene primario da salvaguardare e la complessiva frammentazione delle risposte ci induce però a pensare che spesso i problemi cominciano là dove l'ospedalizzazione li ha parzialmente risolti. Dimesso dall'ospedale, il cittadino deve affidarsi al sostegno della sua rete familiare o informale, se presente, deve fare i conti con le lunghe attese per una collocazione residenziale o con una difficile integrazione degli interventi domiciliari. Quando si parla di centralità del cittadino e della sua famiglia, si dovrebbe sottolineare anche la centralità della comunità locale di appartenenza del cittadino stesso, responsabile di offrire le risposte opportune attraverso le sue reti formali e informali. Sul piano delle realtà associative, del volontariato e della Cooperazione le risorse sono poche e operano prevalentemente all'interno dei propri contesti. È stato difficile il coinvolgimento di più soggetti del terzo settore, quali Caritas, associazioni, Diocesi, sui temi degli aiuti alle famiglie bisognose e sui temi della casa e del lavoro, le organizzazioni collaborano efficacemente con i Comuni per la gestione dei casi singoli, ma faticano a costruire un progetto comune, con più attori. I rappresentanti presenti ai tavoli hanno evidenziato la criticità di un

volontariato che è stanco e fatica a gestire le attività, oppure talvolta "autoreferenziale". Le stesse organizzazioni hanno suggerito di sperimentare nuove modalità di aggregazione di volontari in modo meno formalizzato e istituzionale, su percorsi specifici a termine, lasciando spazio alla espressività dei giovani, che poco collima con statuti e cariche formalizzate.

Con le Cooperative va coltivato quanto avviato in questi anni , in particolare rispetto al tema dell'uniformità di accesso ai servizi per i disabili. E' stato avviato da due anni un Tavolo di Coordinamento ASL/Ambiti/Enti Gestori, sul tema dell'accesso e dei costi. Il percorso rientra nelle iniziative avviate in questi anni dal Coordinamento degli Uffici di piano, organismo formalmente riconosciuto dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, che ha prodotto una serie di iniziative per la partecipazione a Bandi Regionali che hanno portato alla stesura di progetti unici su diverse aree (conciliazione, minori, carcere, stranieri, politiche del lavoro...)e di documenti condivisi sulle regole e sui criteri per la gestione delle risorse. Il Coordinamento però soffre ancora di una certa distanza dal livello politico degli indirizzi, dato dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, rispetto al quale sollecita tutt'ora una maggiore integrazione. Il livello in cui dovrebbe esprimersi efficacemente la sintesi tecnico politica, in particolare rispetto alle questioni a rilevanza socio sanitaria è la Cabina di Regia.

La gestione dei servizi, affidata ad Offertasociale, è stata confermata dai Sindaci nella fiducia, e ha operato lasciando piena autonomia al livello programmatico di operare coerentemente con le specificità territoriali. Il continuo confronto e scambio con il territorio di Vimercate ha rappresentato una ricchezza di idee e di saperi.

#### **4. UN WELFARE CHE CREA VALORE PER LE PERSONE, LE FAMIGLIE E LA COMUNITÀ - LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE 2015-2017” L’INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - Documento a cura di ASL MI2**

##### **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 progetti 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.

## **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 Assemblée 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.

<b>Obiettivo di programmazione</b>	<b>Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema</b>	<b>Risorse impiegate</b>	<b>Azioni realizzate e risultati raggiunti</b>	<b>Ambiti d'implementazione</b>
Implementare la conciliazione famiglia lavoro.	Attuazione Accordo Territoriale Costituzione Tavolo Politico e Tavolo Tecnico Stesura "Piano di lavoro territoriale..." Prosecuzione dei lavori del tavolo regionale Costituzione del Tavolo locale sulla conciliazione famiglia-lavoro Attuazione d'iniziative di formazione agli ambiti e ASL Definizione della programmazione locale Attuazione degli interventi	Istituzionali, Risorse vincolate da atti regionali	Il Piano Territoriale di Conciliazione è stato attuato completamente: è stata effettuata la Formazione a cura della Società Variazioni, sono stati attuati i progetti proposti dagli otto ambiti distrettuali.	Dovrà essere attuato il nuovo Piano di Azione Territoriale di Conciliazione Famiglia Lavoro
<b>Realizzare il Piano d'Azione Regionale per le persone con disabilità.</b>	Attuazione delle azioni previste dal Piano Aggiornamento del Piano d'intervento locale. Prosecuzione della realizzazione dell'intesa con Comune di Cernusco sul Naviglio per Punto Unico d'Accesso Disabili (PUAD) Prosecuzione della realizzazione dell'Accordo quadro per la stipula di contratti relativi a Servizi a favore di cittadini disabili promosso dall'Ud P Distretto 5 Prosecuzione della partecipazione al Tavolo Autismo promosso dal Distretto Sociale Sud Est Milano per la realizzazione ed il monitoraggio delle azioni del Progetto Autismo. Collaborazione con la Cooperativa Punto d'Incontro per l'attivazione del percorso	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
	di formazione-ricerca "Il progetto di vita nella disabilità"			
Consolidare il modello organizzativo dei Punti ADI	Costituzione e attivazione dei punti ADI in tutti i distretti Elaborazione di strumenti e procedure per l'integrazione sulla domiciliarità	Istituzionali	Obiettivo raggiunto per quanto riguarda l'attivazione dei punti ADI. Realizzati, seppur in modo non omogeneo sul territorio, ambiti di confronto e integrazione sui servizi impattanti la domiciliarità.	Si dovranno approntare procedure integrate di valutazione del bisogno e di monitoraggio degli interventi.
Assicurare continuità ospedale - territorio	Definizione, in accordo con le AO, di "strumenti" per identificare precocemente le persone a rischio e necessitanti di dimissioni concordate Definizione di un percorso condiviso con gli Uffici di Piano	Istituzionali	Introdotta un protocollo unico; sperimentato un modello di valutazione entro 48 ore dal ricovero; approntato uno strumento unico di comunicazione tra ospedali per acuti e strutture riabilitative; estesa al territorio dell'ASL la sperimentazione sulle cure intermedie domiciliari.	Necessario favorire la valutazione in ambito ospedaliero del bisogno, prima della dimissione.
Realizzazione del progetto NASKO a sostegno delle madri in difficoltà.	Prosecuzione attività di erogazione fondi alle madri che rinunciano all'IVG e versano in precarie condizioni economiche Definizione dei protocolli operativi con interlocutori territoriali (CAV, Comuni, Associazioni ecc)	Istituzionali	L'attività di erogazione dei contributi è stata garantita da tutti i CF pubblici.	Prosecuzione delle attività in un'ottica di collaborazione con gli enti locali, anche attraverso la condivisione di percorsi operativi
Semplificare i percorsi di Accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, della famiglia e della comunità.	Revisione del modello organizzativo dei consultori: estensione della nuova funzione di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l'accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia a tutti i consultori dell'ASL Attuazione del Progetto "Parliamo con	Istituzionali	E' stato pienamente attuato il Progetto "Parliamo con te...e con la tua famiglia". L'attività di formazione, organizzata con STER Lombardia, ha coinvolto il personale dei CF pubblici e privati ed è stata estesa agli	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
	<p>te...e con la tua famiglia”            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            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”            Definizione di procedure/protocolli operativi di collaborazione e di attivazione con i nodi della rete</p>		<p>operatori sociali dei Comuni del territorio.            Le funzioni di ascolto, orientamento e supporto psicopedagogico rivolto alla famiglia, per l’accesso integrato alla rete integrata dei servizi per la famiglia, sono state messe a regime in tutti i consultori dell’ASL.</p>	
<p>Integrare gli interventi socio sanitari nell’area famiglia e minori: assicurare sostegno alla genitorialità.</p>	<p>Attuazione Protocollo “Genitorialità e Minori” tra Dipartimento Dipendenze, ASSEMI, UO NPI, Dipartimento Salute Mentale: formazione del gruppo integrato valutazione (GIV) , acquisizione di strumenti condivisi, schede esiti e follow up            Stesura di un nuovo protocollo operativo per l’attività dei CAT, in considerazione delle risorse a disposizione e delle indicazioni regionali            Attuazione di eventuali linee guida sui minori            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</p>	<p>Istituzionali</p>	<p>In un contesto legislativo nel frattempo mutato, è stato attuato il trasferimento dell’attività in materia di adozione ai Consultori familiari gestito dell’ASL.</p>	<p>E’ necessario proseguire nell’integrazione degli interventi socio sanitari nell’area famiglia e minori e assicurare sostegno alla genitorialità.</p>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	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			
Prevenzione delle dipendenze patologiche e dei comportamenti additivi.	Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP Applicazione del protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP. 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 Attività consulenziale nei CAG ed educativa di strada Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani	Istituzionali	Applicazione piano biennale prevenzione dipendenze definito dal comitato rete prevenzione con UdP. Applicazione del protocollo "Spazio Rete Giovani Martesana" con UdP. 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 Attività consulenziale nei CAG e educativa di strada Attività di riduzione dei rischi tramite l'unità mobile giovani	Prosecuzione delle attività in sinergia con UDP o Aziende Sociali
Promuovere la salute e sani stili di vita	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	Istituzionali	E' proseguita l'attività sia di partecipazione alla programmazione sia di realizzazione delle iniziative di promozione della salute.	Prosecuzione delle attività
Collaborare alla tutela della Salute Mentale	Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza	Istituzionali	E' stata garantita con costanza l'attività di Partecipazione ai lavori dell'organismo di coordinamento Salute Mentale e all'organismo di coordinamento della Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.	Prosecuzione delle attività

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
Proseguimento dei lavori dell'Ufficio per la protezione giuridica	Analisi, valutazione e avvio di possibili collaborazioni con altri enti e nuove azioni	Istituzionali	Effettuata la mappatura delle strutture territoriali operanti a vario titolo nell'ambito della protezione giuridica e la rilevazione della casistica in carico a comuni e ASL; realizzati accordi formali tra soggetti pubblici e privati attivi sul territorio dell'ASL; costituita la rete territoriale per la protezione giuridica, sviluppata su due livelli: <ul style="list-style-type: none"> <li>- la diffusione dei punti di prima informazione</li> <li>- il consolidamento dei punti di consulenza e tutoring</li> </ul>	Proseguimento delle attività in un'ottica di sviluppo e consolidamento della rete
Costruire sistemi informativi integrati per il monitoraggio della domanda e la programmazione della risposta.	Mappatura delle informazioni da raccogliere Progettazione e sviluppo di una banca dati assistite di area socio assistenziale e socio sanitaria integrate Formazione degli operatori coinvolti Programmazione integrata degli interventi	Istituzionali	Attuata, per alcuni ambiti, la mappatura delle informazioni da raccogliere e sperimentati modelli di valutazione integrata del bisogno.	Proseguimento delle attività
Implementare la collaborazione col Terzo Settore.	Analisi dell'attività svolta Individuazione di nuovi ambiti di collaborazione Stesura di un nuovo regolamento Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS)	Istituzionali	Modificata la composizione del Tavolo Locale di Consultazione dei Soggetti del Terzo Settore (TTS), ampliata a organismi in rappresentanza di realtà dei singoli ambiti territoriali.	Proseguimento delle attività e implementazione della collaborazione
Sviluppare forme di comunicazione efficace ed efficiente.	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	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

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate e risultati raggiunti	Ambiti d'implementazione
	Collaborazione all'attuazione delle azioni previste dal Piano di comunicazione della ASL, con particolare riguardo alla diffusione d'informazioni relative a: <ul style="list-style-type: none"> <li>• realtà innovative cliniche e riabilitative del pubblico e del privato accreditato nell'ambito delle dipendenze</li> <li>• promozione della salute nelle scuole</li> <li>• funzioni di ascolto orientamento e supporto psicopedagogico nei consultori</li> <li>• attuazione del nuovo modello regionale per l'ADI</li> </ul>			
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.
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	Analisi dell'attuale organizzazione e della funzione  Monitoraggio dell'attuazione del regolamento vigente 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	Istituzionali	Attività effettuata in un'ottica istituzionale.	Prosecuzione delle attività

## 5. DATI EPIDEMIOLOGICI E DI SPESA

L'allegato 2 al presente documento, redatto a cura della Cabina di Regia, evidenzia importanti dati epidemiologici e di conoscenza rispetto ai bisogni socio sanitari della popolazione del territorio. La popolazione ha caratteristiche tipiche di progressivo maggiore invecchiamento, eccezione fatta per la popolazione straniera, e di aumento dell'indice di dipendenza del carico di cura, anche se in modo meno accentuato rispetto ad altri territori della regione. La famiglia ha ridotto progressivamente l'utilizzo delle strutture residenziali optando in favore della domiciliarità, anche, si presume, a fronte di una maggiore difficoltà a sostenerne i costi. Gli interventi domiciliari sono aumentati sul versante delle non autosufficienze, incentivati e sostenuti dalle misure regionali degli ultimi anni, ma diminuiti relativamente agli interventi di SAD "ordinario" di norma sostenuti dai comuni. Diminuisce quindi la richiesta di aiuto in termini "preventivi" ovvero di mantenimento delle autonomie, cresce la richiesta di sostegno a situazioni di elevato carico di cura familiare. Questo ci deve far ripensare anche a servizi, quali il SAD, maggiormente come servizi di prossimità e di accompagnamento alla famiglia e integrativi rispetto ad altre forme di assistenza, sia pubbliche che private. Anche rispetto alla richiesta e all'utilizzo di strutture per disabili, si evidenzia la tendenza da parte dei familiari a cercare soluzioni più flessibili e a carattere familiare, piuttosto che offerte standardizzate secondo regole definite dalla Regione, che vanno ripensate in base a questi nuovi bisogni.

Sul fronte invece dell'investimento in termini di spesa sociale da parte dei comuni dell'Ambito, sempre nel documento citato (Allegato 2) viene riportato che l'Ambito di Trezzo sull'Adda ha la spesa sociale complessiva (singola e associata) più bassa dell'intero territorio del Distretto; positivo è il dato di confluenza della spesa in forma associata, che risulta essere al secondo posto rispetto agli altri ambiti del Distretto. Le aree di investimento maggiore sono sempre minori e famiglia, disabili e risorse investite a copertura di spese socio sanitarie, **Questo dato riporta al tema dell'importanza di dare maggiore equilibrio alla suddivisione delle competenze, in termini di spesa, tra fondo sanitario e sociale.**

Rispetto allo specifico delle unità di offerta il maggiore investimento delle risorse va, per l'area minori, a copertura dei servizi per la prima infanzia, con una percentuale molto elevata a carico dei comuni e delle rette per i minori in comunità, dove pesa l'assenza di compartecipazione a carico della famiglia. Rispetto a questo tema gli amministratori hanno sollecitato l'importanza di approfondire con i tecnici un percorso che possa portare a una maggiore adeguatezza dei progetti di inserimento dei minori in comunità, anche rispetto alla durata temporale e al monitoraggio dei percorsi e ad una possibile riflessione rispetto alla

possibilità di giustificare una compartecipazione da parte dei familiari, in base all'ISEE. Questo è riproponibile anche rispetto all'ADM , riferita ad interventi di lungo medio lungo periodo, attualmente con una copertura dell' 80% a carico dei comuni.

L'altro intervento che assorbe risorse in modo determinante è quello relativo all'assistenza educativa scolastica, rispetto al quale la copertura regionale a rimborso è pari all'1%.

## Ambiti ASL MI2 Interventi Sociali

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

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

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

Area "Compartecipazione servizio sociosanitari"					Finanziamento da	Finanziamento da		
Intervento	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 (i	53.791,00		53.791,00	0,6%	45.597,00	8.194,00	84,8%	15,2%
CSS per inserimenti per utenti con patologia psichiatrica (a	22.196,00		22.196,00	0,3%	22.196,00		100,0%	
RSD per periodi temporanei/sollievo	11.265,00		11.265,00	0,1%	8.605,00	2.660,00	76,4%	23,6%
CDI per periodi temporanei/sollievo	1.072,00		1.072,00	0,01%	1.072,00		100,0%	
<b>TOTALE ASL</b>	<b>8.095.425,00</b>	<b>626.511,00</b>	<b>8.721.936,00</b>	<b>100,0%</b>	<b>7.455.195,00</b>	<b>958.581,00</b>	<b>85,5%</b>	<b>11,0%</b>

### Indicatori medi di spesa

Si offre ai fini della programmazione zonale la sintesi di alcuni indicatori medi di spesa annuale procapite, utile a dimensionare la spesa sociale per intervento.

In questa analisi si sono presi 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

## ASL MI2 Unità di Offerta Sociali e Socio Sanitarie

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

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.

## 6. LA PROGRAMMAZIONE PER IL TRIENNIO

Le azioni relative alla programmazione del triennio a seguire indicano le aree rispetto alle quali, oltre alla già consolidata offerta del territorio, si intende implementare e sperimentare innovazione. Seguendo le indicazioni regionali e per garantire strumenti utili ad un confronto proficuo tra territori, le azioni vengono declinate secondo tre filoni: CONOSCENZA, RISORSE E SERVIZI.

### 6.1. AREA DELLA CONOSCENZA

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<p><b>Semplificare le informazioni al cittadino/facilitare l'accesso</b></p> <p><b>Rilevare bisogni nuovi o inespressi</b></p>	Trasversale area anziani/giovani/adulti	<p>Attivare una rete di segretariato sociale diffuso</p> <p>rilevazione attraverso la rete dei punti di ascolto , centri di ritrovo, momenti aggregativi</p>	<p>CPAC</p> <p>patronati</p> <p>AS dei Comuni</p> <p>MAP</p> <p>Scuola</p> <p>Sportelli di ascolto</p> <p>CAG</p> <p>famiglie</p>	<p>Strumenti informativi</p> <p>Banche dati</p> <p>questionari</p>	<p>n. persone intercettate in rapporto all'anno precedente</p> <p>n. giovani coinvolti</p> <p>n. iniziative attivate/promosse dagli stessi</p>	70% di coinvolgimento degli sportelli presenti sul territorio nel triennio	<p>Cartella socio sanitaria integrata</p> <p>Banche dati</p> <p>Mail list dglì sportelli</p> <p>Siti comunali e ASL</p> <p>Incontri periodici</p> <p>Stesura di report</p>	triennale

#### Commento

I punti di segretariato sociale diffusi sul territorio esplicitano una difficoltà da parte della popolazione ad orientarsi nel sistema di offerta dovuta alle molteplici e sempre diverse informazioni sui servizi. Semplificare le informazioni, dare sempre lo stesso nome agli interventi, utilizzare strumenti facili e accessibili da parte di tutti gli enti che intercettano la domanda è un primo importante momento di sintesi per aiutare la popolazione ad orientarsi. Oltre a questo si evidenzia l'altro

importante tema del mutato scenario dei bisogni, che riguarda persone non sempre avvezze per motivi vari, ad accedere ai servizi e rispetto alle quali vanno individuate nuove modalità di approccio.

## 6.2.AREA DELLE RISORSE

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Integrare la spesa sociale dei comuni</b>	generale	Qualificare la spesa Armonizzare la spesa Definire priorità comuni Recupero di altre risorse per nuovi bisogni (GAP)	Professionali comuni associati Ufficio di Piano	Strategie a basso costo e alto rendimento Azioni di Fund raising	Avvicinamento della spesa procapite tra i comuni	Si/no Costruzione strumento monitoraggio	Monitoraggio annuale	triennale
<b>Garantire un'adeguata presa in carico professionale</b>	strategico	Condivisione/costruzione di un unico modello tra comuni dell'ambito	Professionali dei Comuni e dell'Ufficio di Piano	Cartella Modalità/tempi uniformi per la presa in carico	Uniformità negli orari di front e back office Individuazioni di priorità Elaborazione modello organizzativo	Adesione del 100% dei comuni Condivisione messa in comune della risorse comunali	Report relazioni	Entro anno 2016
<b>Facilitare l'accesso ai servizi</b>	Specifico area anziani/disabili	Verificare la fattibilità di adozione di sistemi intercomunali per il trasporto sociale a favore di cittadini non autosufficienti che necessitano di accompagnamento Integrare la spesa dei comuni con risorse provinciali Per scuole superiori (assistenza educativa scolastica)	Professionali dell'Ufficio di Piano e dei Comuni Volontari Associazioni e Sindacati Provincia Comuni Associati	Protocollo unico di utilizzo del servizio  Definizione delle competenze e attribuzione di oneri	Studio di fattibilità Sperimentazione Raccolta del consenso  Protocollo	Si / No studio di fattibilità Si / No sperimentazione Numero Comuni dell'Ambito che adottano il sistema  Si/no protocollo	Reportistica relativa alla realizzazione e alla valutazione degli interventi  Rilevazione soddisfazione utenti/famiglie	Entro anno 2015
<b>Sviluppare nuovi modelli</b>		sostenere l'invecchiamento attivo delle persone anziane	UDP		Elaborazione di un progetto			Entro l'anno

<b>associativi</b> <b>Aggregare nuovi volontari su obiettivi comuni</b>	Trasversale a più aree	dare spazio espressivo ai giovani  costruire relazioni di arricchimento reciproco e di volontariato	Associazioni Enti gestori di RSA/CDI giovani	Tavoli di lavoro Bandi Banca dati questionari	sperimentale sul territorio	Intercettazioni coinvolgimento gruppi giovanili	report	2015
--	------------------------	---	--	--	-----------------------------	---	--------	------

### Commento

L'Ufficio di Piano ha iniziato nel 2014, su mandato dei Sindaci dell'Ambito un percorso di approfondimento dalla conoscenza dei bisogni rilevati dal Servizio Sociale Professionale in relazione ai carichi di lavoro e alla tipologia degli stessi. La rilevazione ha interessato sia aspetti quantitativi che qualitativi della presa in carico. L'obiettivo è quello di adottare prassi e modalità comuni, riducendo al minimo la discrezionalità e potenziando invece gli strumenti e le metodologie professionali per rendere più appropriati ed efficaci gli interventi. La prosecuzione del percorso avviato nel triennio andrà nella direzione di ridefinire in termini organizzativi in un contesto non più comunale ma di Ambito il servizio sociale professionale, perseguendo **obiettivi di uniformità, qualità e possibili economie di scala**, grazie all'integrazione delle risorse e degli operatori che si sono messi in gioco nel promuovere questo processo. La dimensione limitata dell'Ambito favorisce questa sperimentazione e la sua eventuale estensione al territorio del Vimercatese, ricompreso nella medesima gestione associata di Offerta Sociale.

Si rileva una certa "stanchezza" da parte dei tecnici rispetto alla riproposta di strumenti, quali l'utilizzo della cartella sociale informatizzata, di cui da tempo si parla, senza riuscire effettivamente a renderla fruibile nella quotidianità da parte degli operatori. L'utilizzo di strumenti diversi rispetto a quelli abituali, analogamente a quanto avvenuto in altri comparti tecnici, incontra alcune resistenze prevedibili, che si possono e si devono superare. E' altresì vero che gli strumenti proposti hanno evidenziato un livello di complessità elevato, numerose imprecisioni che si sono dovute via via correggere per renderli fruibili, senza considerare la difficoltà di comunicazione e passaggio di dati tra enti coinvolti.

Il tema del trasporto sociale è da sempre sollecitato da famiglie e dalle associazioni e merita un approfondimento a partire dai dati disponibili. Gli amministratori hanno espresso la volontà di sostenere una sperimentazione a partire da un gruppo di comuni limitrofi a partire da trasporti con frequenza fissa.

Il terzo obiettivo nasce invece dalla criticità portata ai tavoli di progettazione da parte delle stesse associazioni e riguarda la rigidità che a volte contraddistingue i modelli associativi "tradizionali". Occorre pensare a forme più flessibili e innovative, che permettano ai giovani di coinvolgersi e di sperimentare azioni di volontariato senza eccessivi appesantimenti statutari e ingessature. Le attuali organizzazioni "soffrono" il limite dovuto a impostazioni talvolta troppo gerarchiche e il carico di responsabilità eccessivamente sbilanciato solo su alcuni membri dell'organizzazione.

L'idea è di veicolare l'esigenza di sperimentarsi e di esprimersi da parte dei giovani, verso azioni che favoriscano scambi di relazioni e di competenze tra generazioni , sostenendo e arricchendo entrambe le parti. Alcune sperimentazioni sono state avviate su questi temi sul vicino territorio di Vimercate, che si vorrebbero sviluppare coinvolgendo anche interlocutori importanti quali gli enti gestori delle RSA.

### 6.3.AREA DEI SERVIZI

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<b>Uniformare l'accesso ai servizi al cittadino</b>	generale	Raccolta dati inerente il sistema d'offerta Analisi dei regolamenti in essere Regolamentazione omogenea del funzionamento e dei costi	Risorse professionali: UDP Comuni associati Enti gestori coinvolti ASL Ufficio accreditamento di Offerta Sociale Rappresentanze cittadini	Tavoli di lavoro Banche dati per la raccolta delle informazioni da analizzare Elaborazione di regolamenti d'Ambito per l'accesso, la definizione dei servizi erogati e dei costi	Regolamenti d'Ambito Uniformi i Regolamenti uniformi tra ambiti afferenti ad una stessa ASL	Si / No: Regolamenti d'Ambito che assicurano l'accesso e la presa in carico omogenea su tutto il territorio	Schede di raccolta ed elaborazione dei dati Report di valutazione	Triennio

<b>Realizzare interventi per promuovere percorsi personalizzati verso l'autonomia a favore di persone disabili</b>	Specifico area disabili	Realizzare interventi per promuovere percorsi personalizzati verso l'autonomia a favore di persone disabili	Professionali: UDP Comuni associati Enti gestori Associazioni ASL	Scale di valutazione Progetto individualizzato Gruppi di lavoro	Progetti realizzati Livello di gradimento dei beneficiari	Si / No progetti VAI Il 70% delle valutazioni da parte dei beneficiari esprime un livello di gradimento positivo	report	2015/2017
<b>Definire procedure e strumenti per uniformare il funzionamento dei servizi comunali rivolti alla tutela dei minori</b>	Specifico area minori	Raccolta e confronto circa le procedure e degli strumenti utilizzati dai singoli servizi sociali Definizione di linee guida operative uniformi Approvazione delle linee guida in Assemblea dei Sindaci Sperimentazione e valutazione delle nuove procedure	UDP Comuni associati Terzo settore	Tavoli di lavoro Banche dati Linee guida	Si / No linee guida operative Adeguatezza dei progetti Durata dei progetti Contenimento dei costi		report	2015
<b>Innovare gli interventi nell'ambito delle politiche giovanili al fine di sostenere l'occupabilità e il benessere dei giovani</b>	Specifico area giovani	. Sperimentazione degli spazi intesi come luoghi di apprendimento di competenze anche spendibili sul mercato del lavoro, insieme ad azioni di promozione giovanile e organizzazione di eventi culturali ed artistici. Monitoraggio e valutazione degli artisti	UDP Comuni associati Istituti scolastici Terzo settore Giovani associazioni	Tavoli di lavoro	Progetti realizzati Numero di percorsi conclusi positivamente sul totale	Si / No progetti Il 70% dei beneficiari conclude positivamente gli interventi	Report periodici	2015/2017
<b>Ridefinire le strategie operative dei servizi di inserimento</b>	Area famiglia	Dare continuità ai servizi esistenti Prevedere Azioni di	Comuni associati cooperative	Buoni Voucher	n. persone/famiglie coinvolte in un progetto n. persone rientrate	Avvio di almeno un gruppo di auto mutuo aiuto sul territorio	Incontri Stesura di report	2015/2016

<p><b>lavorativo al fine di qualificare la capacità di risposta anche a nuove categorie di utenza</b></p> <p><b>Preso in carico complessivo del disagio conseguente alla perdita di lavoro</b></p>		<p>sostegno al reddito</p> <p>Prevedere azioni di sostegno ai disoccupati nella dimensione identitaria e di relazione</p> <p>Azioni di housing sociale</p>	<p>Diocesi</p> <p>Volontari</p> <p>Comuni</p> <p>Sindacati</p> <p>AFOL</p> <p>Tavolo politiche attive del lavoro</p> <p>SIL</p>	<p>Tirocinii lavorativi</p> <p>Percorsi d formazione e di qualificazione</p> <p>Bilancio familiare</p> <p>Auto Mutuo aiuto</p> <p>Banche del tempo</p> <p>Progetti per il tempo libero</p>	<p>in un circuito occupazionale</p>			
<p><b>Preso in carico integrato cittadino fragile</b></p> <p><b>Potenziare/supportare figura del case manager</b></p>	<p>Specifico area anziani/disabili</p> <p>Preservare l'autonomia</p> <p>Sostenere la famiglia/care giver</p> <p>Evitare il ricorso a ricoveri impropri</p>	<p>SAD</p> <p>SADH</p> <p>teleassistenza</p> <p>voucher/buoni</p>	<p>asl</p> <p>Comuni associati</p> <p>OS</p> <p>Famiglie</p> <p>Ente gestore associazioni</p>	<p>Colloqui</p> <p>Visite domiciliari</p> <p>Incontri</p> <p>Scale valutazione</p> <p>Stesura PAI</p>	<p>n. anziani/disabili in carico</p> <p>n. accessi/vs n. ricoveri</p> <p>n. richieste</p>		<p>Banche dati</p> <p>Soddisfazione utenti/famiglie</p>	<p>annuale</p>

## Commento

L'area degli obiettivi rispetto ai servizi specifica l'indirizzo programmatico rispetto al "consolidato" e ai servizi cosiddetti "innovativi".

L'evoluzione di questi anni costringe a pensare ai servizi in modo innovativo. Dobbiamo uscire dalla logica di produrre servizi standard, concetto maggiormente attinente ai bisogni sanitari, ora i cittadini hanno bisogni complessi e il servizio standard non risponde più alla domanda individuale.

La programmazione deve andare oltre lo standard, ma nel contempo non può permettersi risposte troppo individualizzate perché troppo costose.

Gli Amministratori del territorio parlano da qualche tempo di definire priorità comuni senza dare per scontato la destinazione delle risorse rispetto a servizi che si considerano consolidati. Questo non significa togliere importanza agli interventi considerati "basilari" quali quelli di tutela, ma investire maggiormente in senso preventivo a sostegno della famiglia attraverso forme di sostegno al reddito, interventi educativi e di fronteggiamento di possibili derive. La tabella comprende gli obiettivi declinati in servizi che, pur essendo la continuazione di interventi già avviati implicano un ripensamento metodologico alle nuove categorie di bisogno da parte di servizi e di operatori.

### **7. Analisi dei soggetti, dei network e dei sistemi di governance presenti sul territorio**

Le indicazioni normative (legge 328/2000 e legge regionale 3/2008) sulla "centralità" del Comune nel sistema della governance socioassistenziale, trovano attuazione nel sistema di governo territoriale. I comuni associati - attraverso l'azienda Offertasociale - sono coinvolti intensamente nel sistema della governance, e vi presidiano tutti i livelli formali: quello istituzionale (Assemblea degli amministratori), preposto alle decisioni; quello di responsabilità (Conferenza dei responsabili di Settore), che ha la finalità di garantire il legame più efficace tra l'apparato gestionale dei comuni e l'organizzazione aziendale; quello di estensione della partecipazione alle parti sociali del territorio (tavoli e gruppi di lavoro del Piano di Zona); quello di sintesi e di progetto (Ufficio di piano) per il raccordo programmatico con i Servizi sociali comunali e gli altri soggetti territoriali del welfare; quello operativo di contatto e interfaccia con i problemi (Commissioni tecniche delle assistenti sociali) con la funzione di "sensore qualificato" del bisogno e luogo specifico della competenza professionale da applicare.

Nel percorso dei Piani di zona sin qui attuati, il processo della governance territoriale è progredito su un buon livello organizzativo che si è consolidato - nel corso degli anni - grazie a un costante intervento di "manutenzione".

Questa la struttura funzionale che lo descrive. Un sistema di snodi progressivi orientato al "che fare", alimentato dai presupposti partecipativi di un consenso allargato.



Grafico 1: Rappresentazione dei processi relativi alle scelte e alle decisioni, due flussi incrociati – Fonte: Ufficio di Piano

La struttura dello schema piramidale della *governance* locale, ricalca il modello ormai tradizionale - e fortemente caratterizzato dalla vicenda Offertasociale - dei "flussi incrociati" delle scelte e delle decisioni. Un processo dove l'autorità delle decisioni vuole essere la semplice conseguenza delle buone scelte individuate dalla base.

Di questo impianto, nei trienni precedenti, due tasselli fondamentali della *governance* sono stati i Tavoli del Piano di Zona (TP) e le Commissioni Tecniche (CT). Quest'ultimo organismo, che caratterizza e qualifica fortemente il sistema gestionale combinato tra risorse dei singoli comuni e risorse associate dei servizi territoriali, si può così schematizzare:

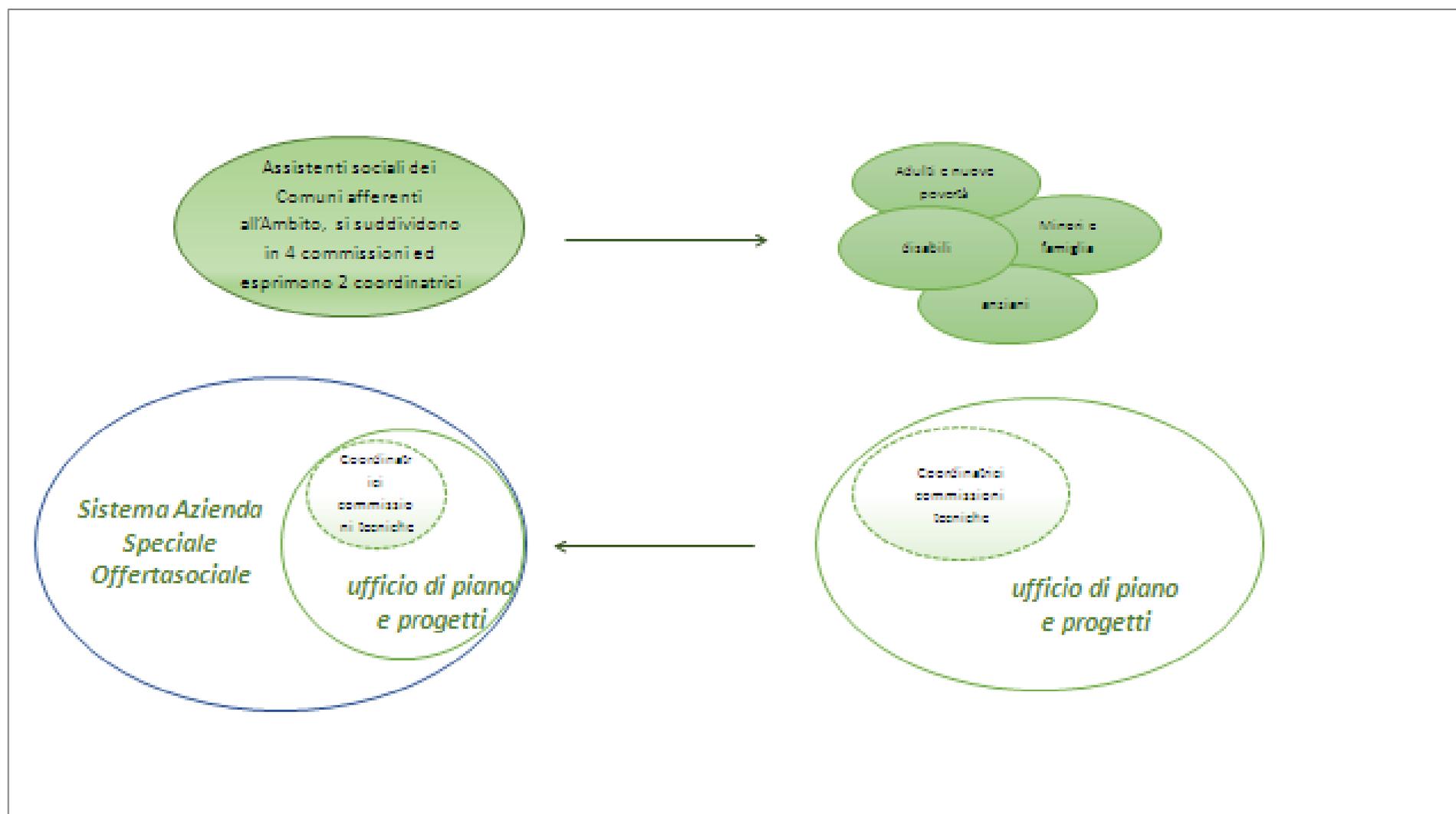


Grafico 2: rappresentazione del sistema relativo alle Commissioni Tecniche all'interno dell'Ufficio di Piano e ad Offertasociale

Le assistenti sociali dei Comuni scelgono liberamente la CT cui partecipare attivamente, avendo cura di rispettare un'auto-distribuzione equilibrata nei diversi *setting* di lavoro.

La CRS - ultimo degli organismi territoriali introdotto - ha completato i presupposti di una *governance* a banda larga. Essa è costituita dai responsabili dei servizi sociali e alla persona di tutti i comuni associati: sia che configurino il proprio mandato nella composizione unitaria (comprensorio aziendale), sia che lo sdoppino in quella "bi-distrettuale". In particolare va curato il passaggio della comunicazione tra i due *setting*. Pur tenendo conto della diversa funzione dei due gruppi di lavoro, così come della loro differente declinazione organizzativa (la Conferenza non prevede sottogruppi e coordinamento), questa rimane una criticità da superare. Ciò che dovrebbe prospettarsi è l'attuazione su scala territoriale (sovra comunale) dei medesimi flussi di scambio che avvengono tra operatore e responsabile di Settore di ciascuna Amministrazione. Nel senso che nella prospettiva del "servizio sociale territoriale", ogni nucleo operativo locale deve adottare come procedura usuale il farsi carico del problema specifico (l'utente del Servizio), ma anche del problema sistemico (il bisogno del territorio).

Nel triennio precedente si è scelto di mantenere le tradizionali tematiche<sup>1</sup> quale unità operativa sia dei Tavoli del Piano di Zona (TP) che delle Commissioni tecniche (CT). I due *setting* dove si ricompono il più vitale e fitto intreccio della rete con l'operatività dei servizi territoriali, gli attori dei progetti in corso, i servizi sociali locali e, in generale, con tutte le opportunità che favoriscono la percezione tattile dello spessore del welfare territoriale in atto. Mentre però le CT hanno offerto elementi progressivi di sistematicità ed efficacia della propria funzione territoriale, autodeterminando la prosecuzione operativa sui medesimi parametri, per quanto riguarda il confronto e lo scambio periodico che si svolge ai tavoli di Piano, si rende necessario - alla luce delle evidenze riportate negli esiti della valutazione - una revisione del sistema che li ha sin qui governati. Una diversa riflessione viene suggerita dal riesame della storia sin qui sedimentata dal lavoro dei Tavoli, si tratta infatti di un assetto che ha esaurito l'intensità della propria capacità propulsiva, determinando una stasi che va affrontata alla luce dell'incidenza "paralizzante" dei nuovi contesti di riferimento, ma anche stimolata con un'accurata **revisione dei meccanismi** del proprio apparato attraverso le nuove linee di indirizzo per la programmazione 2015-2017 (Dgr X/2941 del 19/12/2014). Il documento definisce tre assi di lavoro, quello della conoscenza, delle risorse e dei servizi e introduce strumenti operativi volti alla declinazione puntuale degli obiettivi della programmazione triennale. Questa prima riformulazione, unita alla necessità di designare nuovi confini operativi dei Tavoli del Piano di Zona, orienta all'individuazione di gruppi tecnici pronti a lavorare per obiettivi e in tempistiche ben definite su temi che potranno essere: specifici se individuano oggetti di lavoro di determinati target di popolazione o generici se individuano oggetti di lavoro trasversali a più target.

---

<sup>1</sup> Adulti e nuove povertà, anziani, disabili, minori e salute mentale. Nelle CT quest'ultima area tematica, a differenza dei Tavoli del Piano di Zona, è ricompresa nell'area disabili.

Ciascun gruppo di lavoro sarà definito **Gruppo Obiettivo (GO)** evidenziando la precipua caratteristica di operare per il raggiungimento di una meta ben definita.

I Gruppi Obiettivo si costituiranno di tecnici di differenti professionalità e rappresentanze (Comuni, Istituti Scolastici, servizi di Offertasociale, servizi specialistici territoriali, terzo settore, organizzazioni sindacali...) garantendo come sempre la costituzione di setting multidisciplinari e, nel caso in cui fosse trattato un oggetto di *lavoro generale*, anche la contemporanea presenza di molteplici punti prospettici.

Le rappresentanze all'interno dei singoli Gruppo Obiettivo saranno definite tramite la convocazione di alcuni incontri alla presenza di tutti i portatori di interesse del Piano di Zona (plenaria). Le plenarie saranno punti di raccordo di movimenti di andata - avvio dei Gruppi Obiettivo - e ritorno -restituzione del lavoro svolto da parte del gruppo ai portatori di interesse – definendo oscillazioni temporali di senso.

Queste, in estrema sintesi, le possibili prospettive che dovranno essere definite meglio non appena il prossimo Piano di Zona sarà approvato e l'Accordo di Programma sarà stato sottoscritto. Questo nuovo assetto dovrà infatti essere perfezionato e ulteriormente condiviso con i soggetti interessati del territorio, quale condizione sine qua non per poter dare avvio ai lavori del Piano di Zona.

L'applicazione di questo particolare sistema di *governance* - esteso e multipartecipato - comporta necessariamente modi di attenzione e tempi di rispetto per tutte le sue parti, il suo contrappasso dinamico è l'**Ufficio di Piano** e progetti. **L'Ufficio di Piano opera in totale autonomia la specifica azione programmatoria e mantiene un contatto privilegiato con l'Assemblea dei Sindaci quale luogo di indirizzo e di esercizio delle scelte.** Dipende funzionalmente dall'ente di gestione associata, Offertasociale. L'Ufficio di Piano è formato da un responsabile, dalle coordinatrici delle commissioni tecniche e dalla referente dell'Ufficio Unico per la messa in esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociali. L'Ufficio di Piano coordina le commissioni tecniche e i tavoli di partecipazione, promuove l'interlocuzione con gli attori istituzionali pubblici e del privato sociale del territorio garantendo la diffusione tempestiva delle informazioni circa gli atti e i materiali prodotti, in maniera da raggiungere tutti gli attori del Piano (Assessori politiche sociali, assistenti sociali, enti del terzo settore e le organizzazioni sindacali) mantiene il raccordo tecnico con l'ASL e gli altri enti o organismi Inter Ambiti, provinciali e regionali e ha infine la funzione di offrire supporto tecnico nell'ambito dell'Assemblea dei Sindaci. In linea con le nuove linee di indirizzo regionali, l'Ufficio di Piano assume anche una funzione di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi in risposta ai bisogni del territorio. In questo senso, la programmazione non è intesa come attività di allocazione delle risorse di welfare, peraltro sempre più residuale rispetto ai trienni precedenti, quanto come luogo in cui sviluppare conoscenze diffuse e in grado di sostenere gli attori al confronto per giungere a soluzioni nuove ed inedite. In tale prospettiva, l'ufficio di piano assume in maniera strategica il compito di innovare le risposte sapendo integrare e valorizzare le risorse in campo accanto, alla costante individuazione e utilizzo di finanziamenti attraverso bandi ad hoc che, da sempre, il nostro ufficio di piano mette in campo.

## **8. La gestione associata**

Il territorio del trezzese si caratterizza, già a partire dagli anni '90, per la sua vocazione solidaristica, che orienta i Comuni a sviluppare servizi in gestione associata a valenza sovracomunale, prima attraverso deleghe di mandato all'ASL, successivamente tramite la Convenzione intercomunale (2000-2003) e infine con la costituzione di un'Azienda speciale (2013), considerata lo strumento più idoneo a tale funzione.

Il conferimento dei servizi a Offertasociale asc si sviluppa fin dal suo nascere secondo due sistemi di finanziamento: servizi compartecipati "in quota solidale" e servizi "a domanda libera".

La politica della partecipazione in solido, basata sui principi della solidarietà (equa suddivisione delle quote di spesa) e della sussidiarietà (supporto per i piccoli comuni), per cui le piccole amministrazioni possono usufruire di servizi "specializzati e costosi" grazie al sostegno compensativo di quelli più grandi, tuttavia rischia oggi di essere messa in discussione, pressata dalle esigenze di contenimento dei costi.

La crisi economica, con l'acuirsi di nuovi bisogni e in parallelo la restrizione delle risorse economiche destinate al sociale, rappresenta attualmente una sfida alla sostenibilità di questo modello, in particolare per quanto riguarda i servizi a basso turn-over, dove la cronicità della frequenza non consente una fruizione omogenea e diffusa da parte delle amministrazioni (es. CDD) e per quelli su cui intervengono variabili esogene che spingono a nuovi (repentini) orientamenti organizzativi (ad esempio, i diversi orientamenti del tribunale dei minori che impattano sulle comunità residenziali per minori).

Per contro, qualità, efficienza ed efficacia nell'erogazione dei servizi, nonché trasparenza nelle scelte e nella gestione delle risorse, rappresentano ancor oggi gli elementi su cui le amministrazioni basano la richiesta di sviluppo/potenziamento di servizi a domanda libera, orientati a strutturare risposte adeguate a fronte di nuovi bisogni emergenti (es. amministrazioni di sostegno) oppure a fronteggiare esigenze di tipo organizzativo (servizio tutela minori, servizio psicopedagogico, servizio sociale).

In questo senso, il ruolo dell'Azienda è stato e continua ad essere quello di sollecitare momenti di confronto tra i servizi sociali, per ragionare attorno alla necessità di nuove soluzioni organizzative o per definire e validare modelli operativi e servizi da estendere a tutti i Comuni.

L'esperienza della gestione associata ha permesso di costruire un sistema partecipato di scelte e programmi che ha stimolato una cultura sociale del territorio, spostando la valutazione dal piano della "convenienza locale" a quello del vantaggio solidale. In particolare l'elaborazione di protocolli operativi e di

regolamenti uniformi hanno permesso di sviluppare un livello di fruizione dei servizi uniforme e omogeneo su tutto il territorio, che supera le differenze di opportunità dettate dall'appartenenza geografica e di una cultura del welfare pensata e adottata oltre i confini comunali.

La gestione associata dei servizi permette altresì di ottenere economie di scala attraverso: l'ottimizzazione delle risorse amministrative, che permette di evitare la duplicazione delle procedure di affidamento dei servizi; la gestione di percorsi di accreditamento di soggetti privati in una logica di governance territoriale condivisa; l'acquisizione di una maggiore forza contrattuale nei confronti dei fornitori di servizi; la possibilità di esercitare il controllo sui livelli delle prestazioni erogate in maniera meno dispersiva; la promozione di competenze e professionalità attraverso percorsi di formazione rivolti al personale dei servizi sociali.

Non ultimo, l'adesione all'Azienda consente al comune di avere accesso a finanziamenti aggiuntivi, che permettono di attivare politiche innovative difficilmente fruibili nell'ambito della singola (piccola) Amministrazione. Ne sono esempio i finanziamenti su fondi statali (FNPS e fondi ministeriali di settore) /regionali / provinciali e sul fondo sociale europeo, che vengono da anni finalizzati allo sviluppo e al potenziamento di interventi quali l'orientamento e l'accompagnamento al lavoro di persone a rischio di emarginazione sociale o la promozione dell'integrazione culturale rivolta alla popolazione straniera.

La vocazione all'innovatività che ha caratterizzato l'operato dell'azienda speciale nel decennio precedente si rivela tanto più utile in un momento in cui la risposta al bisogno risulta inadeguata alle mutate esigenze e la struttura organizzativa comunale appare in qualche modo insufficiente a farvi fronte.

In questa prospettiva l'azienda può giocare la sua funzione di soggetto promotore di nuovi scenari, quali ad esempio la sperimentazione di percorsi di co-progettazione che, a partire dalla condivisione degli obiettivi e delle soluzioni organizzative, rafforzi la collaborazione tra pubblico e privato in una nuova visione del welfare.

Diversi i casi e le esperienze che possono essere richiamati a riguardo, tra cui:

la riprogettazione delle politiche giovanili, intese non più come "sostegno a persone potenzialmente a rischio "in quanto giovani", bensì come promozione delle potenzialità già presenti ovvero rafforzamento delle competenze/abilità nella popolazione di riferimento, con l'obiettivo di accompagnare i giovani di oggi ad essere gli adulti responsabili di domani (investimento sul loro/nostro futuro); la sperimentazione di interventi di sostegno a bisogni molteplici e variegati non sempre riconducibili ai servizi standard predefiniti (sad, adm...); la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per un sostegno ai minori (e alle loro famiglie) nel periodo estivo, pensati nell'ottica delle politiche di conciliazione e dell'integrazione tra settore scolastico-educativo e settore sociale; la sperimentazione (specificamente nel territorio del trezzese) di una modalità condivisa di segretariato sociale comunale, volta a regolamentare in maniera uniforme l'accessibilità al servizio e la fruizione omogenea delle prestazioni sociali da parte dei cittadini.

**GLI ALLEGATI:**

- **Allegato 1 Sistema di Conoscenza**
- **Allegato 2 ASL MI2 doc.**
- **Allegato 3 dispersione scolastica**
- **Allegato 4 Piano Locale Prevenzione Dipendenze**
- **Allegato 5 Salute mentale**
- **Allegato 6 Documento Integrazione socio sanitaria ASL/Ambiti**