



PIANO DI ZONA DEL DISTRETTO DI BRONI

Albaredo Arnaboldi, Arena Po, Bosnasco, Broni, Campospinoso, Canevino, Canneto Pavese, Castana, Cigognola, Golferenzo, Lirio, Montecalvo Versiggia, Montescano, Montù Beccaria, Pietra de' Giorgi, Portalbera, Redavalle, Rocca de' Giorgi, Rovescala, Ruino, San Cipriano Po, San Damiano al Colle, Santa Maria della Versa, Stradella, Volpara, Zenevredo, Unione Campospinoso - Albaredo, Unione di Comuni Lombarda di Prima Collina, Unione Comuni Alta Valle Versa, Unione dei Comuni Colline Lombarde

ALLEGATO 1

**Dell'accordo di programma
Approvato dall'Assemblea dei Sindaci
Del Distretto di Broni
Nella seduta del 27.04.2015
(verbale n. 2 del 27.04.2015 - prot n. 5848/2015)**

**PIANO DI ZONA
DEL DISTRETTO DI BRONI
2015 -2017**

PIANO DI ZONA 2015-2017

Indice

Contesto istituzionale e organizzativo

Introduzione: I principi ispiratori della programmazione 2015-17

Il quadro normativo di riferimento

La governance del Piano di Zona:

Funzione e composizione degli organismi di programmazione

Contesto demografico-sanitario della provincia di Pavia

Contesto socio-demografico del Piano di Zona

Valutazione dei risultati della triennalità 2012-14

Commento dei risultati

Tabella riassuntiva degli esiti della precedente triennalità

Programmazione del nuovo triennio 2015-17

Integrazione sociale e socio-sanitaria

Il percorso di integrazione sovra-distrettuale:

Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali

Tabella riassuntiva degli obiettivi comuni sovra-zonali

Il Piano di Zona: criticità e obiettivi

Tabella riassuntiva degli obiettivi specifici del Piano di Zona

Il bilancio dell'anno 2015

Indicazioni e proposte delle OO.SS che aderiscono

Distretto di Broni



CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

I principi ispiratori della programmazione 2015-2017

La legge regionale 3/2008, emanata con la *ratio* di promuovere il benessere e l'inclusione sociale della persona, sia singolarmente sia come componente di un nucleo familiare (art.1 c.1), istituisce il Piano di Zona come "strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale", attribuendogli la funzione di definizione delle modalità di accesso alla rete, attraverso la configurazione di un processo strategico che individua gli strumenti e le risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi e l'attuazione delle priorità di intervento (art.18 c.1).

A partire dai primi Piani di Zona sviluppatasi nel 2002-05, si sono succedute altre tre triennali, durante le quali si è sviluppata una progressiva introduzione di titoli sociali, una riorganizzazione dei servizi comunali, anche attraverso forme di gestione associata, il coinvolgimento del Terzo settore e il governo dell'accesso ai servizi.

Per il triennio 2015-17, le linee di indirizzo per l'integrazione della programmazione sociale e socio-sanitaria a livello locale sono definite dalla d.g.r. 2941/14, che si propone, fra l'altro, di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali. L'obiettivo è costruire risposte innovative ed efficaci ai bisogni vecchi e nuovi emersi sul territorio, tenendo fede ad una impostazione focalizzata sul potenziamento e il miglioramento della rete dei servizi di *welfare* locale. Tramite il Piano di Zona, strumento essenziale di programmazione locale, è possibile pianificare gli interventi atti a definire le politiche sociali di un territorio, individuando così i cambiamenti e le innovazioni da applicare nelle modalità di funzionamento del sistema di *welfare*.

Questa triennalità è parte integrante di un più ampio progetto di riorganizzazione del *welfare* lombardo che, con l'apertura della X legislatura, è destinato a un rilancio fondato sull'ottica della *innovazione* e della *integrazione*. In questo quadro assume grande rilevanza la programmazione zonale perché è in questo processo di confronto che si possono individuare le nuove priorità e si possono definire modelli di intervento integrati.

Al centro dell'attuale pianificazione del *welfare* locale vi è la famiglia, intesa come l'unità a cui dare risposta rispetto ai bisogni sociali e socio-sanitari che possono trovare adeguata soluzione all'interno della rete di offerta. Per far sì che tale offerta rispetti dei requisiti di efficacia ed efficienza sia sul versante del servizio erogato sia da quello del costo, Regione Lombardia ritiene sia necessario porre il focus sulla ricomposizione istituzionale e finanziaria degli interventi e sulle linee di programmazione. La programmazione locale punta ad implementare un lavoro in cui il principio di efficacia venga perseguito con specifica attenzione al processo, accantonando le logiche formalistiche di adempimento giuridico-amministrativo. Attraverso questo nuovo approccio i servizi sociali possono rispondere, in un'ottica di miglioramento continuativo, alla sempre maggiore complessità di bisogni espressi, all'emersione delle nuove povertà, ai cambiamenti del contesto socio-culturale e familiare, alle maggiori aspettative verso la qualità dei servizi erogati.

La sfida che devono affrontare i servizi di *welfare* locale consiste nella individuazione di *best practice* che sappiano ricomporre, in un'ottica di efficienza, da un lato reti familiari sempre più fragili ed incapaci gestire alcuni bisogni consolidati, dall'altro l'aspettativa di finanze pubbliche non espansive.

Conseguentemente, questa programmazione si discosta dalle precedenti per alcuni elementi di innovazione sostanziali. Al fine di raggiungere un maggior grado di integrazione e procedere nella direzione di una reale ricomposizione degli interventi, aumentando la prossimità ai soggetti che

godono dei servizi erogati dalla rete territoriale, la programmazione 2015-17 pone maggiormente l'accento sul ruolo dei Piani di Zona perché ritenuti gli attori titolati a compiere una funzione di "integrazione" tra i diversi soggetti del *welfare* locale. In quest'ottica di integrazione e di ricomposizione, l'accento è posto sulla formazione delle scelte inerenti la politica sociale, basate sulla lettura dei bisogni: come recita la d.g.r. 2941/14, è necessario superare un sistema fondato "sull'erogazione delle prestazioni" per giungere ad un sistema fondato sui "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico".

Il *welfare* locale deve quindi istituzionalizzare la propria capacità di leggere in modo integrato i bisogni dei singoli e delle loro famiglie, con particolare attenzione ai componenti fragili, potenziando la presa in carico di tali bisogni - in un'ottica di analisi multidimensionale - e valutando la bontà e l'appropriatezza degli interventi. Da questa prospettiva potremmo parlare di una logica duale di appropriatezza, ossia corretta individuazione del bisogno ma anche individuazione delle risposte migliori. Seguendo questo percorso, le politiche sociali della nuova triennalità si indirizzano verso la centralità della presa in carico integrata e verso la continuità assistenziale per i soggetti riceventi la prestazione (in un quadro di corretta valutazione delle misure impiegate), al fine di:

- ottimizzare le sinergie fra i diversi attori operanti sul territorio, pubblici e privati, e la risposta delle famiglie; vista la radicata presenza sul territorio di numerosi operatori del terzo settore, si configura la necessità di consolidare e razionalizzare il ricorso a tale rete di protezione sociale in una progettazione strutturata, per perseguire un adeguato utilizzo delle risorse;
- contrastare sia aree di sovrapposizione e duplicazione, sia la configurazione di rilevanti spazi dei bisogni non adeguatamente coperti.

La logica dell'appropriatezza investe così direttamente i territori, portando le istituzioni del governo locale a impegnarsi in una corretta e organica lettura dei bisogni, per uscire non solo dalla logica dell'erogazione del servizio ma anche da quella del semplice incontro tra domanda e offerta. Questo obiettivo è reso più complicato - ma al contempo ancor più necessario - dalla frammentazione del contesto di riferimento, dalla pluralità dei nuovi bisogni emersi, dalla molteplicità degli attori e dal dinamismo/conflittualità, che sono prodotti naturali di un contesto plurale.

Affinché la programmazione delle politiche sociali a livello locale sia in grado di adattarsi ai nuovi bisogni, è necessario che sia costruita su una corretta analisi dei fenomeni sociali - contingenti e strutturali - che più premono, per una riforma del sistema di *welfare*.

Il contesto economico, segnato dal lungo protrarsi della crisi ha contribuito ad ampliare il numero dei soggetti, singoli e famiglie, che necessitano di accedere alla rete dei servizi prodotti dalle politiche sociali.

L'invecchiamento della popolazione e l'emersione di nuovi bisogni, legati alla fragilità, implicano interventi più efficaci e calibrati su bisogni sempre più complessi, cui rispondere con interventi altamente specializzati. La stessa contrazione delle risorse pubbliche incide sul modo di pensare e progettare tali interventi, abbracciando una logica non di mero risparmio ma di efficienza nell'utilizzo delle minori risorse a disposizione.

In un quadro definito da questi elementi emerge prepotentemente il limite principale che caratterizza il modello di *welfare* locale, ossia la sua eccessiva frammentazione. Diventa pertanto strategico orientarsi verso una generale ricomposizione basata sulla capacità del sistema di procedere verso una maggiore integrazione funzionale, sia dal punto di vista degli interventi, che dei servizi.

Come rilevato dalla d.g.r. 2941/14, tale frammentazione è riscontrabile a diversi livelli, trasversalmente alla struttura del *welfare* locale e dei suoi elementi costitutivi:

- nelle *titolarità*, ossia nel rapporto tra ASL ed Enti locali e nella necessità di evitare sovrapposizioni delle competenze e degli interventi;
- nelle *risorse* e nella loro distribuzione;
- nelle *conoscenze*, ossia nella necessità di approdare a una conoscenza più organica della realtà sociale e dei bisogni, che scaturiscono al suo interno, giungendo ad avere una “visione d’insieme”; in quest’ottica, una delle funzioni peculiari della Cabina di Regia è quella di dar luogo alla implementazione e alla condivisione di piattaforme informatiche che, attraverso agili processi di inserimento e condivisione dei dati, possano favorire l’accessibilità, in tempo reale, alle informazioni sulle persone fragili prese in carico dal *welfare* locale.
- nei *servizi* forniti e quindi nei percorsi di accompagnamento degli utenti verso la risoluzione dei problemi esistenti.

Puntando al superamento della frammentazione e al raggiungimento di una più efficace lettura del bisogno (anche in chiave preventiva), sarà fondamentale il ruolo dei Piani di Zona. Gli Uffici di Piano sono gli attori strategicamente più importanti di questa partita, perché sono in grado di ricomporre la frammentazione del *welfare* locale intervenendo sull’offerta - in particolare orientando l’intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità di accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare i servizi di *welfare*. Per far sì che i Piani di Zona siano in grado di promuovere queste azioni è necessario che sia accantonata la semplice funzione di gestore per muoversi verso quella di promotore di nuovi strumenti e azioni di *welfare*, inoltre è necessario che gli interventi siano condotti con un orientamento volto a integrare anche differenti aree di *policy*: casa, lavoro, sanità e scuola.

La programmazione acquisisce dunque un nuovo significato: grazie alla maggiore centralità, può contribuire positivamente alla ricomposizione tra le diverse istituzioni e tra le azioni svolte dagli altri attori che operano nel *welfare* locale.

Ai sensi di quanto indicato nella d.g.r. 2941/14, i soggetti pubblici del *welfare* locale detengono complessivamente una quota del 25-30% del sistema di *welfare* nazionale, a sua volta redistribuita fra Comuni, ASL, Uffici di Piano. Ne consegue una frammentazione dei servizi che ostacola l’incontro con le persone meno informate, proprio perché potenzialmente più fragili: i percorsi si fanno più complessi, richiedendo capacità da parte delle persone/famiglie di muoversi tra i servizi per esprimere una domanda matura. Gli Uffici di Piano risultano attore di primaria importanza nel supportare i soggetti fragili, affrontando una complessa sfida di carattere culturale, che li porti ad affiancare alle funzioni gestionali-amministrative, la funzione di promotore di connessioni e strategie sinergiche con le risorse del territorio in un’ottica di semplificazione.

Questo passaggio è fondamentale perché specifica come il senso delle priorità stabilite a livello regionale non siano tanto nelle singole scelte di *policy making* - che invece vengono lasciate all’autonomia degli Ambiti - quanto nella necessità di stabilire un metodo comune, che consenta un effettivo superamento della frammentazione e della logica che la accompagna.

E’ auspicabile che si faccia luogo ad una integrazione sovracomunale, sopra Ambito e fra Comuni e ASL per socializzare gli spazi di manovra disponibili, nel rispetto dell’operatività dei singoli Comuni. Un sistema di conoscenze, consolidato e condiviso, offre ad ogni Ente la possibilità di un’autovalutazione e un miglioramento più agile ed efficace delle proprie *performance*. Ciò è possibile attraverso la comparazione delle buone prassi adottate e condivisibili: dal monitoraggio ed efficientamento della spesa fino ad una funzionale integrazione dei servizi erogati, senza escludere percorsi di carattere strategico volti ad implementare, accanto alle *routine* consolidate, capacità di risposta a fronte di nuove emergenze sociali. Si configura all’interno degli Ambiti anche la possibilità di una riflessione costruttiva sul *trend* temporale dei risultati raggiunti, anche confrontandosi con realtà significative perché simili per caratteristiche.

L'obiettivo di ricomposizione caldeggiato da Regione Lombardia corre lungo tre direttrici:

- una *ricomposizione delle risorse* investite;
- una *ricomposizione delle conoscenze* e delle informazioni per orientare meglio le scelte;
- una *ricomposizione dei servizi* offerti.

In linea con quanto espressamente richiesto dalla d.g.r. 2941/14, nell'ambito della definizione del Piano di Zona risulta prioritaria l'individuazione di obiettivi ed indicatori, che, in un orizzonte temporale prefissato, possano qualificare o quantificare l'efficacia e l'efficienza degli interventi posti in essere. Laddove possibile, il monitoraggio periodico di detti indicatori consentirebbe una correzione *in progress* dei percorsi di *governance* del *welfare* locale, proprio per il perseguimento del miglioramento continuo, secondo le migliori prassi del *processo PDCA (Plan-Do-Check-Act)*, caratteristico, ad esempio, delle Certificazioni di Qualità UNI-EN-ISO 9001.

Gli Ambiti dovranno perciò impostare la propria *mission* tenendo conto di queste indicazioni strategiche, superando le grandi criticità che sono emerse in ciascuno dei tre settori indicati. La direzione corretta è impostare un modello di programmazione centrato, nel limite del possibile, sull'intervento preventivo piuttosto che sul tamponamento di situazioni critiche, se prevedibili. Come precedentemente specificato, ecco che il *focus* si sposta sui bisogni piuttosto che sulla domanda, in un quadro di integrazione delle diverse aree di *policy*.

Considerando come prioritario il tema della ricomposizione, sono stati individuati degli strumenti da mettere a disposizione degli Ambiti per perseguire tale obiettivo - e in generale potenziare il processo di programmazione. Questi strumenti sono:

- il *sistema di conoscenza* dell'evoluzione delle *policy* di *welfare* locale, da avviare verso un progetto di ottimizzazione dei flussi informativi,
- il *sistema di rendicontazione* della spesa sociale dei Comuni,
- l'*anagrafica* delle unità d'offerta sociali,

A questi strumenti si aggiungono i flussi di rendicontazione regionale, ossia:

- il *Fondo sociale regionale*,
- il *Fondo nazionale per la non autosufficienza*.

L'utilizzo integrato di questi strumenti consentirà agli Ambiti di avviare e consolidare i processi di ricomposizione e integrazione, contribuendo a rendere sempre più il Piano di Zona un perno degli interventi nel settore delle politiche sociali e il baricentro del più ampio processo di riorganizzazione dell'offerta sociale.

Il quadro normativo di riferimento

Riferimenti normativi nazionali

- **Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”**

Art. 1 - Principi generali e finalità

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di 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 di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per “interventi e servizi sociali” si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Art. 19 - Piano di zona

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:
 - a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
 - b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
 - c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
 - d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
 - e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
 - f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
 - g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.
2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:
 - a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
 - b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
 - c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
 - d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.
3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

- *Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 “Conferimento di funzioni dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali”*

Art. 128 - Oggetto e definizioni

1. Il presente capo ha come oggetto le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei “servizi sociali”.
2. Ai sensi del presente decreto legislativo, per “servizi sociali” si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di

prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Riferimenti normativi regionali

- *Legge Regionale - Regione Lombardia 12 marzo 2008, n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario”*

Art. 1 - Finalità

1. La presente legge, al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale della persona, della famiglia e della comunità e di prevenire, rimuovere o ridurre situazioni di disagio, dovute a condizioni economiche, psico-fisiche o sociali, disciplina la rete delle unità d'offerta sociali e socio-sanitarie, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, dello Statuto regionale, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e con le leggi regionali di settore.

Art. 18 - Piano di zona

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento

dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine per l'approvazione del piano di zona, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta (16).

(16) L'art. 17, comma 1, lettera h), L.R. 5 febbraio 2010, n. 7 ha così modificato il presente comma.

- *Deliberazione Giunta Regionale 19 dicembre 2014, n. 2941 "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".*

7. Indicazioni per la definizione della programmazione locale

7.1 Il Piano di Zona

Il Piano di Zona rappresenta il documento di programmazione che integra la programmazione sociale con quella sociosanitaria regionale e definisce il quadro unitario delle risorse. Obiettivo della programmazione è quello di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali. In quanto tale la programmazione sociale si deve connettere con gli altri strumenti di programmazione degli enti locali del territorio e con le altre iniziative di promozione di interventi di rete (ad esempio in tema di conciliazione dei tempi di vita e lavoro ed iniziative rivolte ai giovani). Il Piano di Zona, che costituisce il tradizionale strumento di programmazione sociale, deve esplicitare gli altri strumenti di programmazione degli interventi che concorrono a definire le politiche sociali del territorio (il Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'A.S.L., i Piani integrati locali di promozione della salute, il Piano di governo del territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali per l'occupazione, Reti territoriali di conciliazione).

Gli Enti Locali titolati alla predisposizione di documenti di programmazione settoriale dovranno, a loro volta, tenere conto dei principi espressi dal Piano di Zona locale.

Il territorio di riferimento è di norma coincidente con il distretto sociosanitario con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa A.S.L.. Laddove si verificano condizioni favorevoli in termini di gestione delle unità di offerta sociali, di accesso ai servizi da parte delle persone e di caratteristiche territoriali Comuni a più Ambiti, si ritiene strategico pensare ad una programmazione sociale territoriale rivolta a più distretti e quindi sottoscrivere Accordi di Programma sopra distrettuali.

Regione Lombardia incentiva la sperimentazione di una programmazione sociale condivisa tra più Ambiti afferenti alla stessa A.S.L..

In ogni caso si richiede che nella Cabina di regia, istituita presso ciascuna A.S.L., si definisca una parte condivisa tra A.S.L. e Ambiti territoriali afferenti in cui siano sviluppati i seguenti aspetti:

- un'analisi dei bisogni, delle risposte, dei soggetti e dei network attivi sul territorio effettuata entro un perimetro di conoscenza sopra distrettuale, coincidente con il territorio dell'A.S.L. di riferimento;
- l'individuazione di obiettivi e azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

La governance del Piano di Zona: Funzione e composizione degli organismi di programmazione

Sono organi del piano di zona:

- l'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Broni;
- il Tavolo Politico – Tecnico;
- l'Ufficio di Piano.

L'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Broni approva:

- l'accordo di programma ed il piano di zona triennale;
- il piano economico -finanziario di preventivo ed il rendiconto di consuntivo;
- le partecipazioni dei singoli Comuni / Unioni alle attività ed ai servizi del Piano di Zona.
- le deleghe al piano di zona di servizi socio-assistenziali la cui titolarità è in capo ai singoli Comuni / Unioni, definendone le modalità.

I provvedimenti sono assunti a maggioranza dei voti dei Sindaci / Presidenti Unioni (o loro delegati) presenti e votanti, in ragione dei voti espressi e secondo le quote rappresentate da ciascun Ente in proporzione al numero di abitanti. Quanto approvato è vincolante per i Comuni / Unioni che fan parte del Distretto di Broni.

Ogni Sindaco / Presidente Unione può delegare sia un assessore del proprio Comune in sua rappresentanza all'Assemblea dei Sindaci, sia il Sindaco di un altro Comune del piano di zona.

E' presieduto dal Sindaco del Comune capofila; in caso di sua assenza, dal Vice – Presidente.

Il Tavolo Politico – Tecnico è un organo intermedio tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano, paragonabile alla Giunta di un Comune.

E' costituito, salvo successive modifiche approvate in assemblea dei Sindaci, dai seguenti rappresentanti politici, aventi diritto di voto:

- Presidente dell'Assemblea dei Sindaci
- Assessore ai servizi sociali del Comune di Broni
- Assessore ai servizi sociali del Comune di Stradella
- un Sindaco o Assessore in rappresentanza dei Comuni con popolazione inferiore a 5000 abitanti.

Partecipano al tavolo i seguenti tecnici con funzione propositiva e consultiva per l'organo politico:

- il Responsabile del piano di zona;
- il Funzionario coordinatore del piano di zona;
- gli assistenti sociali del piano di zona e del Comune di Stradella;
- il Responsabile dei servizi sociali del Comune di Stradella;
- il coordinatore del CSE, SFA e CDD del Comune di Stradella.

Il Tavolo ha il compito di:

- esprimere parere preventivo su ogni atto di competenza dell'Assemblea dei Sindaci;
- formulare all'assemblea dei Sindaci pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione delle risorse finanziarie;
- approvare i progetti ed i relativi finanziamenti;
- approvare le linee guida dei servizi erogati dal piano di zona;

- approvare in via d'urgenza modifiche al bilancio annuale del piano di zona, salvo presa d'atto da parte dell'assemblea nella prima e successiva convocazione;
- verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi del piano;
- aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- approvare le rendicontazioni per l'assolvimento dei debiti informativi verso Regione Lombardia, ASL e ogni altra rendicontazione non di competenza istituzionale dell'ufficio di piano.
- prendere atto delle procedure operative individuate dall'ufficio di piano per l'attuazione degli obiettivi definiti nell'accordo di programma;

L'Ufficio di Piano è l'organo tecnico del piano di zona. Rappresenta la struttura tecnico-amministrativa che realizza gli obiettivi e le attività previste dal documento di programmazione.

E' costituito da:

- un Responsabile del piano di zona coincidente con un funzionario di ruolo del Comune Capofila;
- un funzionario assistente sociale coordinatore di ruolo del Comune Capofila con adeguata esperienza nel settore dei servizi sociali e dei piani di zona;
- assistenti sociali che lavorano a contatto con l'utenza.

E' suddiviso in due unità operative:

- staff di back office;
- staff di front office.

Lo **Staff di back office dell'ufficio di piano** è costituito dal Responsabile del Piano di zona e dal coordinatore assistente sociale del Comune capofila.

Ha le seguenti funzioni:

- predisposizione di tutti gli atti amministrativi necessari al raggiungimento degli obiettivi del piano di zona;
- assolvimento dei debiti informativi con Regione Lombardia, ASL di Pavia, Ministero del Tesoro, Prefettura ed ogni altro Ente;
- costruzione e gestione del bilancio;
- coordinamento con gli uffici dell'Azienda Sanitaria Locale di Pavia, Provincia, Prefettura e Regione Lombardia;
- partecipazione alla Cabina di regia istituita presso l'ASL di Pavia;
- predisposizione delle progettualità per l'accesso e l'utilizzo di fondi nazionali, regionali, provinciali, privati, in collaborazione con il personale sociale del front office;
- supporto e consulenza agli uffici sociali dei Comuni / Unioni del Distretto;
- programmazione e gestione delle riunioni politiche e tecniche;
- coordinamento delle attività degli assistenti sociali, ivi compresi i flussi informativi;
- individuare tutte le procedure operative finalizzate all'attuazione degli obiettivi definiti nell'accordo di programma, in accordo con gli assistenti sociali;
- funzioni che costituiscono in generale aspetti afferenti al servizio sociale di comunità vale a dire:
 - rapporti con le organizzazioni sindacali per gli aspetti che non rientrano nelle funzioni politiche, vale a dire per le funzioni descritte nell'art. 8;
 - rapporti con il III settore e tavoli tematici;

- sviluppo del sistema di conoscenza: raccolta di dati e di flussi informativi, nonché creazione di banche dati che possano ricomporre la frammentazione di informazioni tra servizi territoriali pubblici e privati;
- sviluppare le reti private e pubbliche territoriali, in particolare il III settore ed i Comuni, ricomponendone la frammentazione di conoscenze, risorse e servizi, al fine di favorire un maggior dialogo, collaborazione, sinergia finalizzate alla definizione di specifiche progettualità.

Lo Staff di front office dell'ufficio di piano È costituito dagli Assistenti Sociali del piano di zona dedicati a svolgere le attività a contatto con l'utenza vale a dire il segretariato sociale ed il servizio sociale professionale.

Le attività svolte dagli assistenti sociali sono quelle definite dall'Accordo di Programma, dal Piano di Zona, dal disciplinare di incarico ed ogni altra attività definite dal tavolo politico – tecnico o dall'Assemblea dei Sindaci, attinente la professione di assistente sociale.

Ciascun assistente sociale si fa carico di determinate aree pre-definite, con reciproca sostituzione in caso di assenza.

Sono individuate prioritariamente le seguenti aree di intervento:

- area minori e famiglia;
- area adulti e disabili (comprendente anche persone in condizioni di fragilità e/o grave emarginazione, con problemi di salute mentale e dipendenza, extracomunitari);
- area anziani .

Il segretariato sociale e servizio sociale professionale viene svolto a favore dei cittadini residenti nei Comuni / Unioni del Distretto del Piano di Zona. Gli assistenti sociali valutano le richieste dei cittadini, verificano la sussistenza dei bisogni. Istruiscono le pratiche di accesso ai servizi, predispongono i progetti di intervento personalizzati, attivando le risorse del piano di zona, dei Comuni e ogni altra risorsa esistente .

Prendono in carico gli utenti afferenti le macro aree sopra descritte, ivi compresi gli utenti afferenti ai settori civile, penale, affidi e adozioni della tutela minorile, in attuazione dei provvedimenti dell'A.G.

Effettuano valutazioni sociali rientranti nei protocolli tra Asl di Pavia e piano di zona.

Partecipano alle riunioni del tavolo tecnico-politico, dell'A.S.L. e dell'Assemblea dei Sindaci, ove richiesto, se di pertinenza con il lavoro svolto.

Svolgono ogni altra attività, anche di tipo amministrativo, purché connessa con l'attività dell'assistente sociale, gestione delle cartelle sociali, relazioni sociali, flussi informativi sui casi , ed ogni altra attività rientrante per prassi nel lavoro di assistente sociale.

Gli Uffici amministrativi dei Comuni / Unioni del Distretto individuano un referente tecnico per i servizi sociali e collaborano con l'ufficio di Piano inviando i dati demografici, sociali ed economici richiesti, necessari per la programmazione degli interventi, per l'assolvimento dei debiti informativi con la Regione, ai fini statistici e per ogni altra finalità richiesta dall'ASL, Prefettura, Provincia ed altri Enti autorizzati da Stato – Regione.

Il piano di zona svolge funzione di consulenza per la raccolta dei dati amministrativi di competenza comunale richiesti dalla Regione e/o ASL nell'ambito del piano di zona.

CONTESTO DEMOGRAFICO-SANITARIO DELLA PROVINCIA DI PAVIA



Regione
Lombardia

ASL Pavia

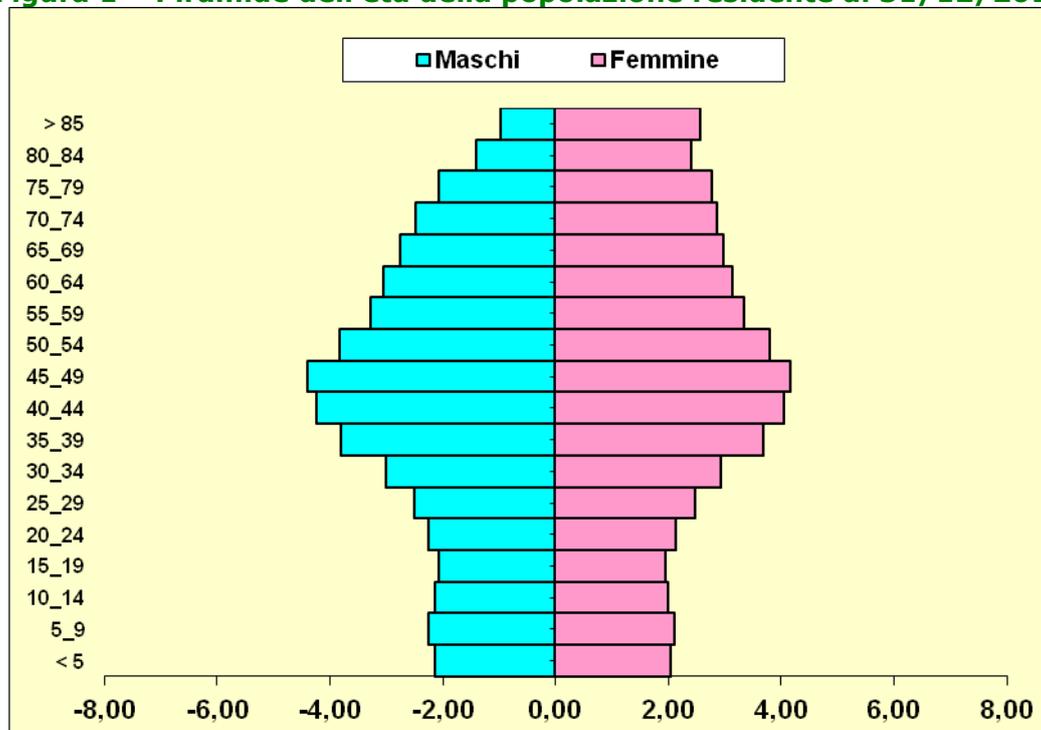
Indice dei contenuti

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	
I CITTADINI CON DISABILITA'	
I CITTADINI IN CONDIZIONI DI POVERTA'	
L'ANAGRAFE FRAGILITA'	
LE RISORSE DEL TERRITORIO	
L'UTILIZZO DELLE RETE DELLE UdO SOCIO SANITARIE	
AREA ANZIANI	
	OFFERTA TERRITORIALE RSA
	PROVENIENZA DELL'OSPITE RSA
	UTILIZZO DELLE RSA: IL TASSO DI SATURAZIONE
	LA COMPLESSITA' DELL'OSPITE DELLE RSA
	LISTE DI ATTESA RSA
	OFFERTA TERRITORIALE CDI
	UTILIZZO CDI: IL TASSO DI SATURAZIONE
	GLI OSPITI DEI CDI: alcune caratteristiche
AREA DISABILI	
	OFFERTA TERRITORIALE RSD
	UTILIZZO DELLE RSD : il TASSO DI SATURAZIONE
	OFFERTA TERRITORIALE CSS
	UTILIZZO DELLE CSS: il TASSO DI SATURAZIONE
	OFFERTA TERRITORIALE CDD
	L'UTILIZZO DEI CDD: IL TASSO DI SATURAZIONE
ISTITUTI DI RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE (IDR)	
SERVIZI TERRITORIALI PER DIPENDENZE (SER.T.)	
LE COMUNITA' TERAPEUTICHE PER LE DIPENDENZE	
ALCUNE PROBLEMATICITA' DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA ANZIANI	
ALCUNE PROBLEMATICITA' DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA MINORI	

Contesto epidemiologico

La Provincia di Pavia è caratterizzata da un graduale invecchiamento della popolazione: la piramide dell'età presenta una base stretta per la diminuzione delle nascite ed un vertice allargato, espressione di un aumento della popolazione anziana (Fig. 1).

Figura 1 – Piramide dell'età della popolazione residente al 31/12/2013



I dati di seguito riportati si riferiscono alla popolazione residente al 31/12/2013, non essendo ad oggi disponibile la popolazione del 2014.

L'indice di vecchiaia della provincia è pari a 183,5 contro un valore di 179,7 riscontrato nel 2009. Inoltre, all'interno della provincia, il territorio dell'Oltrepò mostra un indice di vecchiaia molto elevato (242,7).

L'indice di dipendenza senile provinciale è 36,1: anche in questo caso l'Oltrepò presenta un indice molto elevato (43,3), ma anche la Lomellina mostra un dato più elevato (37,6) rispetto al dato dato provinciale.

L'indice di carico sociale provinciale è pari a 56,1 superiore; sia l'Oltrepò (61,1) che la Lomellina (57,7) mostrano indici maggiori.

Tabella 1 – Indicatori di struttura della popolazione anni 2009 e 2013

Distretti /Territorio	Indice Invecchiamento 75+		Indice Invecchiamento 65+		Indice vecchiaia		Indice dipendenza		Indice di carico sociale	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2103
Pavia	12,1	12,8	23,6	24,1	204,9	206,2	36,5	37,5	54,3	55,7
Certosa	6,4	7,1	14,1	15,5	87,3	94,5	20,2	22,7	43,4	46,8
Corteolona	9,7	10,5	19,8	20,5	147,1	151,2	29,7	31,2	49,8	51,8
Pavese	9,8	10,4	19,8	20,5	147,3	150,3	29,6	31,1	49,7	51,8
Vigevano	10,6	11,6	22,0	23,0	164,4	168,5	34,1	36,4	54,9	58,1
Garlasco	11,9	13,3	23,5	24,8	196,2	212,9	36,3	38,9	54,9	57,3
Mortara	12,0	12,8	23,0	24,2	186,6	196,5	35,6	38,1	54,7	57,5
Lomellina	11,3	12,4	22,7	23,8	178,8	187,3	35,2	37,6	54,8	57,7
Voghera	14,0	14,8	26,6	27,3	246,9	250,0	42,6	44,2	59,8	61,9
Broni	14,2	14,7	26,3	26,6	242,0	237,6	42,0	42,8	59,3	60,8
Casteggio	13,3	14,1	25,8	26,3	232,3	234,9	40,9	42,2	58,4	60,1
Oltrepo	13,9	14,6	26,3	26,9	241,9	242,7	42,0	43,3	59,3	61,1
Provincia	11,4	12,2	22,5	23,3	179,7	183,5	34,6	36,1	53,9	56,1

Indice Invecchiamento75+: $(\text{Pop.} \geq 75\text{aa} / \text{Pop. Tot}) * 100$

Indice Invecchiamento 65+: $(\text{Pop.} \geq 65\text{aa} / \text{Pop. Tot}) * 100$

Indice vecchiaia: $(\text{Pop.} \geq 65\text{aa} / \text{Pop. 0-14aa}) * 100$

Indice dipendenza senile: $(\text{Pop.} \geq 65\text{aa} / \text{Pop. 15-64aa}) * 100$

Indice di carico sociale: $(\text{Pop. 0-14aa} + \text{Pop.} \geq 65\text{aa}) / \text{Pop. 15-64aa} * 100$

Nello specifico la popolazione residente al 31/12/2013 è costituita da 549.502 individui di cui 66.928 (12,2 %) ultra settantacinquenne (Tab. 2)

Tabella 2 – Popolazione residente al 31/12/2013 nei tre territori provinciali*

Distretto	Popolazione residente al 31/12/2013	% Popolazione residente al 31/12/2010 sulla popolazione provinciale	popolazione con età $\geq 75\text{aa}$	% popolazione con età $\geq 75\text{aa}$ sulla popolazione provinciale $\geq 75\text{aa}$
Pavese	225.084	40,9	23.521	35,1
Lomellina	182.146	33,2	22.588	33,7
Oltrepo	142.272	25,9	20.819	31,1
Provincia	549.502	100,0	66.928	100,0

*I dati della popolazione relativi all'anno 2014 sono in fase di elaborazione da parte dell'Osservatorio Epidemiologico della ASL

Cittadini con disabilità

Per stimare i cittadini con disabilità, è stato utilizzato il Flusso Esenzioni del DWH aziendale che ha permesso di quantificare i cittadini con invalidità al 100%, con o senza accompagnamento, residenti nei nove Ambiti territoriali della ASL di Pavia.

Tab. 3- anno 2015, residenti ASL 312 con invalidità 100% (cod. esenzione IC13) o con accompagnamento (cod. esenzione IC14) – distribuzione per Ambito territoriale e Distretto, entro fascia di età

Ambito/ Distretto	FASCIA ETA					TOTALE
	0-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Broni	91	52	109	149	1.686	2.087
Casteggio	69	37	66	114	1.325	1.611
Voghera	129	77	149	255	2.747	3.357
OLTREPO	289	166	324	518	5.758	7.055
Certosa	191	89	161	190	1.465	2.096
Corteolona	124	63	107	190	1.586	2.070
Pavia	251	163	274	385	3.652	4.725
PAVESE	566	315	542	765	6.703	8.891
Garlasco	138	74	126	139	1.364	1.841
Mortara	123	43	95	129	984	1.374
Vigevano	200	117	193	247	1.916	2.673
LOMELLINA	461	234	414	515	4.264	5.888
PROVINCIA	1.316	715	1.280	1.798	16.725	21.834

Al marzo 2015 (Tab. – 3) i cittadini residenti ASL 312 con invalidità 100%, con o senza accompagnamento, sono complessivamente 21.834 e per la maggior parte sono ultra65enni (16.725 – 76,6%).

La stima delle persone residenti sul territorio provinciale che potrebbero essere portatrici, ad oggi, di una condizione di grave o gravissima disabilità è stato effettuato attraverso uno studio di prevalenza dei delle seguenti patologie: Corea di Huntington, distrofie muscolari (congenita ereditaria e progressiva ereditaria), Malattie del Motoneurone (Atrofia muscolare spinale, SLA, paralisi bulbare progressiva, Scleroso laterale primaria), Sclerosi Multipla e paraplegia/quadriplegia. I dati sono stati estrapolati dalle SDO anni 2003 – 2013 e dal flusso delle prestazioni ambulatoriali territoriali anni 2003 – 2013 utilizzando come criterio di selezione dei casi le specifiche diagnosi ICD9. L'analisi è stata stratificata per distretto di residenza dei cittadini ed esprime la situazione al 01 gennaio 2014.

A livello provinciale si contano 83 cittadini affetti da Corea di Huntington, con una lieve prevalenza nel distretto del Pavese. Per quanto riguarda la stratificazione per fascia di età oltre il 50% dei cittadini affetti Corea di Huntington hanno più di 65 anni (Tab. 4)

Tabella 4 numero di cittadini affetti da COREA DI HUNTINGTON

Distretto/Territorio	<65	65+	TOTALE
Garlasco	3	3	6
Mortara	4	3	7
Vigevano	2	6	8
LOMELLINA	9	12	21
Broni	1	4	5
Casteggio	5	5	10
Voghera	6	5	11
OLTREPO	12	14	26
Certosa	5	5	10
Corteolona	1	6	7
Pavia	10	9	19
PAVESE	16	20	36
PROVINCIA	37	46	83

La distrofia muscolare (Tab. 5), nelle forme cliniche congenita ereditaria e progressiva ereditaria, riguarda 361 cittadini, residenti prevalentemente in Lomellina (156 casi di cui 117 con età inferiore ai 65 anni) e nel Pavese (123 casi di cui $\frac{2}{3}$ con età inferiore ai 65 anni)

Tabella 5 numero di cittadini affetti da DISTROFIA MUSCOLARE

Distretto/Territorio	<65	65+	TOTALE
Garlasco	33	17	50
Mortara	28	7	35
Vigevano	56	15	71
LOMELLINA	117	39	156
Broni	23	10	33
Casteggio	8	3	11
Voghera	26	12	38
OLTREPO	57	25	82
Certosa	24	11	35
Corteolona	18	4	22
Pavia	40	26	66
PAVESE	82	41	123
PROVINCIA	256	105	361

Sono invece 361 i cittadini affetti da una malattia del motoneurone, patologia più frequente tra gli ultrasessantacinquenni e con un distribuzione, in valori assoluti, simile nei tre territori (Tab 6)

Tabella 6 numero di cittadini affetti da MALATTIA DEL MOTONEURONE

Distretto/Territorio	<65	65+	TOTALE
Garlasco	7	16	23
Mortara	11	27	38
Vigevano	13	44	57
LOMELLINA	31	87	118
Broni	8	41	49
Casteggio	6	16	22
Voghera	11	36	47
OLTREPO	25	93	118
Certosa	8	26	34
Corteolona	6	18	24
Pavia	14	53	67
PAVESE	28	97	125
PROVINCIA	84	277	361

La sclerosi multipla riguarda invece 1.580 cittadini residenti sul territorio provinciale e prevalentemente di un'età inferiore ai 65 anni (Tab 7).

Tabella 7 numero di cittadini affetti da SCLEROSI MULTIPLA

Distretto/Territorio	<65	65+	TOTALE
Garlasco	119	46	165
Mortara	116	30	146
Vigevano	213	91	304
LOMELLINA	448	167	615
Broni	62	50	112
Casteggio	72	24	96
Voghera	138	33	171
OLTREPO	272	107	379
Certosa	125	26	151
Corteolona	77	23	100
Pavia	236	99	335
PAVESE	438	148	586
PROVINCIA	1.158	422	1.580

Si contano invece complessivamente 2.140 cittadini affetti da paraplegia o tetraplegia, con una distribuzione simile nelle due fasce di età considerate: 1.051 hanno un'età inferiore ai 65 anni e 1.089 sono ultrasessantatrenni (Tab 8). Anche la distribuzione per distretto di residenza non evidenzia sostanziali differenze numeriche.

Tabella 8 numero di cittadini affetti da PARAPLEGIA o QUADRIPLEGIA

Distretto/Territorio	<65	65+	TOTALE
Garlasco	95	115	210
Mortara	80	85	165
Vigevano	176	126	302
LOMELLINA	351	326	677
Broni	80	122	202
Casteggio	62	81	143
Voghera	153	198	351
OLTREPO	295	401	696
Certosa	106	69	175
Corteolona	96	64	160
Pavia	203	229	432
PAVESE	405	362	767
PROVINCIA	1.051	1.089	2.140

In sintesi sul territorio della ASL di Pavia si contano 4.525 cittadini ai quali è stata diagnosticata una delle 5 patologie sopra riferite, di cui 2.586 (57.1%) con età < 65 anni.

Cittadini in condizione di povertà

Al fine di stimare i cittadini con basso reddito è stata applicata la % di cittadini lombardi in condizione di povertà relativa (report ISTAT “LA POVERTA’ IN ITALIA” anno 2013) riportato nelle tabelle seguenti:

ISTAT - PROSPETTO 3. Incidenza di povertà relativa, errore di campionamento e intervallo di confidenza per regione e ripartizione geografica. Anni 2012-2013, valori percentuali

	2012				2013			
	Incidenza (%)	Errore (%)	Intervallo di confidenza		Incidenza (%)	Errore (%)	Intervallo di confidenza	
			lim.inf.	lim.sup.			lim.inf.	lim.sup.
ITALIA	12,7	2,27	12,1	13,3	12,6	2,7	11,9	13,3
Lombardia	6	9,79	4,8	7,2	6,4	8,98	5,3	7,6
NORD	6,2	4,78	5,6	6,8	6	5,36	5,3	6,6
CENTRO	7,1	7,24	6,1	8,1	7,5	8,85	6,2	8,8
MEZZOGIORNO	26,2	2,76	24,8	27,6	26	3,37	24,3	27,8

Come descritto nel report ISTAT, la stima dell’incidenza della povertà relativa (la percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà) che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà relativa per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile per persona nel Paese, che nel 2013 è risultata di 972,52 euro (-1,9% rispetto al valore della soglia nel 2012, che era di 990,88 euro). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un’opportuna scala di

equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

ISTAT - PROSPETTO 5. Incidenza di povertà relativa per età della persona di riferimento e ripartizione geografica. Anni 2012-2013, valori percentuali

Età	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
fino a 34 anni	7,5	6,2	11	*	27,5	25,7	14,7	12,3
da 35 a 44 anni	7	7,3	7,8	10,4	28,1	29,7	13,6	14,7
da 45 a 54 anni	6,5	5,8	5,6	7,2	26,9	28,8	12,8	13,3
da 55 a 64 anni	5,5	6	6,6	6,5	23,9	21,5	11,6	11,2
65 anni e oltre	5,7	5,3	7,2	6,6	25,7	25,2	12,4	11,8

Il prospetto 3 (fonte ISTAT) evidenzia che l'incidenza di povertà relativa in Lombardia nel 2013 riguarda il 6,4% dei cittadini.

Tab. 9- anno 2015, residenti ASL 312 con basso reddito (fonte ISTAT - 2013) con invalidità 100% (cod. esenzione IC13) o con accompagnamento (cod. esenzione IC14) - distribuzione per Ambito territoriale e Distretto, entro fascia di età

Ambito/Distretto	FASCIA ETA					TOTALE
	0-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Broni	6	4	6	9	89	114
Casteggio	4	3	4	7	70	88
Voghera	8	6	9	15	146	183
OLTREPO	18	12	19	31	305	385
Certosa	12	6	9	11	78	117
Corteolona	8	5	6	11	84	114
Pavia	16	12	16	23	194	260
PAVESE	35	23	31	46	355	491
Garlasco	9	5	7	8	72	102
Mortara	8	3	6	8	52	76
Vigevano	12	9	11	15	102	149
LOMELLINA	29	17	24	31	226	327
PROVINCIA	82	52	74	108	886	1.202

La tabella 9 evidenzia il numero di cittadini residenti ASL 312 che hanno un'invalidità del 100%, con o senza accompagnamento, e con basso reddito (per applicazione delle percentuali ISTAT del prospetto 5).

L'anagrafe fragilità

Presso la ASL di Pavia l'Anagrafe Fragilità è stata costruita secondo le indicazioni di RL (lettera del 15/05/2006) linkando tre fonti di dati:

- matrice con variabili sanitarie
- matrice con variabili sociali richieste dal Dip, ASSI ai 190 Comuni
- matrice con variabile socio-sanitaria – solo voucher socio-sanitario

Viene così costituita l'anagrafe fragilità finale attraverso la selezione dei quei cittadini che presentano maggiore fragilità perché presentano le seguenti caratteristiche: (problemi sanitari o assunzione cronica di farmaci) + (problemi sociali o voucher socio-sanitario)

Problemi sanitari: coloro che hanno avuto un ricovero ospedaliero in almeno una o più delle seguenti condizioni, Cardiopatia cronica, vasculopatia coronarica, polmonare o cerebrale, Nefropatia cronica, Anemia da carenza, Cancro invasivo, Disturbi della personalità, Diabete, Iperparatiroidismo, Ipotiroidismo, Morbo di Addison, ipoparatiroidismo, Pneumopatia cronica, Utilizzo farmaci: coloro che consumano cronicamente uno o più dei farmaci indicati più sotto, Anticolinergici, Barbiturici, Butirrofenoni, Fenotiazinici, Amine simpaticomimetiche, Efedrina

Variabili sociali: sono le variabili contenute nell'anagrafe fragilità aggiornata nel 2013, compilata dai Comuni della provincia su richiesta della Direzione Sociale.

Le variabili sociali sono:

- Assenza di aggregato familiare (vive solo),
- Basso reddito (11,000 € annui),
- Condizioni abitative inadatte,
- Fruitore di Voucher sociale, Fruitore di Buono sociale

Nel 2013 i Comuni del territorio hanno segnalato complessivamente 1.099 cittadini che presentano almeno una delle condizioni di fragilità sociali sopra definite (Fig.- 10)

Tabella n. 10: cittadini segnalati dai Comuni per fragilità sociale, anno 2013

Distretto	Vive solo	Basso reddito	Abitazione inadeguata	SAD	Voucher sociale
Pavia	35	24	52	18	5
Corteolona	92	50	5	20	
Certosa	151	72	14	38	17
PAVESE	278	146	71	76	22
Voghera	101	70	1	45	31
Casteggio	100	35	2	33	14
Broni	53	47	13	53	15
OLTREPO	254	152	16	131	60
Vigevano	76	70	20	26	18
Mortara	109	55	13	21	14
Garlasco	135	42	9	17	13
LOMELLINA	320	167	42	64	45
PROVINCIA	852	465	129	271	127

Dalla tabella è evidente che la condizione più frequente è la solitudine, seguita, e spesso associata, al basso reddito.

Le risorse del territorio

Nella provincia è presente una ricca rete sociosanitaria (Tab 11) a tutela della salute del cittadino: sono presenti 84 RSA, 27 Centri Diurni Integrati, 37 strutture per disabili, 5 istituti di riabilitazione, 25 Enti Erogatori voucher domiciliare.

Tabella 11: Rete delle unità di offerta socio sanitarie alla data del 1.01.2015

TIPOLOGIA UdO	ACCREDITATE	ESERCIZIO	TOTALE
RSA	81	3	84
CDI	26	1	27
CDD	14	1	15
CSS	12	0	12
RSD	10	0	10
TOX RESIDENZIALI	13	0	13
TOX SEMIRESID	2	0	2
SERD ASL PAVIA	3	0	3
C.F. privati	6	0	6
C.F. pubblici ASL PAVIA	11	0	11
IDR	4	1	5
HOSPICE	3	0	3
ADI	25	0	25
TOTALE	210	6	216

CDD= Centro Diurno Disabili
 CDI= Centro Diurno Integrato
 CSS= Comunità Socio-Sanitaria

IDR= Istituto Di Riabilitazione
 RSA= Residenza Sanitaria Assistita
 RSD= Residenza Sanitaria Disabili

La

rete delle unità di unità sociali insistenti sul territorio provinciale alla data del 1.1.2015 si compone come declinato nella tabella sotto riportata:

Tabella 11a- Rete delle unità di offerta sociali alla data del 1.01.2015

TIPOLOGIA	TOTALE
CDA	4
APA	5
CAH	4
CSE	3
SFAD	3
PRIMA INFANZIA	130
RESIDENZIALE MINORI	77
CAG	7
CRED	67
TOTALE	300

L'UTILIZZO DELLE RETE DELLE UdO Sociosanitarie

AREA ANZIANI

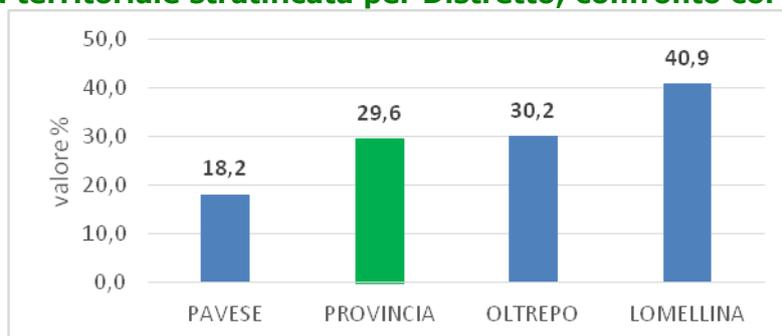
LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA) OFFERTA TERRITORIALE RSA

Presso il territorio della ASL di Pavia insistono 83 RSA e complessivamente 5.798 posti letto autorizzati, di cui 5.670 accreditati. Il 91,6% delle RSA (76) ha un contratto stipulato con la ASL e i posti letto a contratto al 31/12/2013 erano 5.278. Nel 2014, in attuazione della DGR 1185/2013, i posti letto a contratto sono incrementati di 14 unità e ad oggi sono complessivamente 5.292 (Tab. 12).

Tabella 12- Offerta territoriale, stratificazione per Ambito territoriale e Distretto

Ambito territoriale/Distretto	N PL Contratto	pop 75+	Pop di riferimento (27,31% pop. 75+)	Offerta ogni 100
Pavia	358	12.964	3.540	10,1
Corteolona	258	4.699	1.283	20
Certosa	514	5.112	1.396	37
PAVESE	1.130	22.775	6.220	18,2
Voghera	976	9.812	2.680	36.4
Casteggio	207	4.767	1.302	16
<i>Broni</i>	519	5.908	1.613	32,2
OLTREPO	1.702	20.487	5.595	30,4
Vigevano	419	9.380	2.562	16
Mortara	825	5.438	1.485	56
Garlasco	1.216	7.199	1.966	62
LOMELLINA	2.460	22.017	6.013	40,9
PROVINCIA	5.292	65.279	17.828	29,6

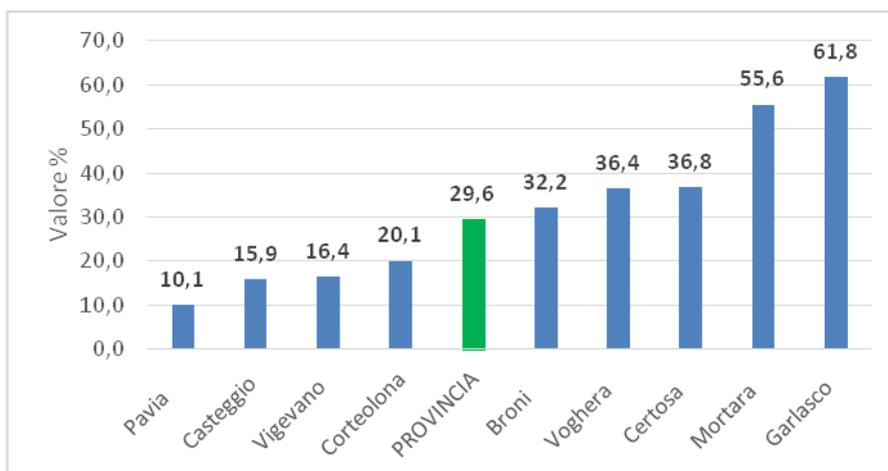
I 5.292 posti letto contratto (il 91% sul totale dei Posti letto autorizzati) sono dislocati prevalentemente nel Distretto Lomellina (46,5%). Segue il Distretto Oltrepò, dove sono allocati 1.702 posti letto a contratto (il 32,2% del totale provinciale) e quello Pavese, con 11 RSA a contratto e complessivamente 1.130 posti letto a contratto (il 21,3% del totale provinciale). L'offerta territoriale ogni 100 cittadini residenti che costituiscono la Popolazione di riferimento (Fig. 2-) si differenzia in modo sostanziale confrontando i tre Distretti.

Figura 2- Offerta territoriale stratificata per Distretto; confronto col dato provinciale

Nello specifico a livello provinciale si contano 29.6 PL a contratto ogni 100 residenti di riferimento; il valore più elevato è confermato in Lomellina (40.9 PL a contratto ogni 100 target), mentre l'Oltrepò ha un valore molto simile al dato provinciale (30.2 vs 29.6). Il valore più basso si riscontra nel Pavese, dove sono presenti solo 18,2 PL a contratto ogni 100 residenti target (Fig. 2-).

Un'ulteriore stratificazione per gli Ambiti territoriali di ciascuno dei tre Distretti evidenzia una situazione alquanto variabile (Fig. 3-)

Figura 3- Offerta territoriale stratificata per Ambito territoriale; confronto col dato provinciale

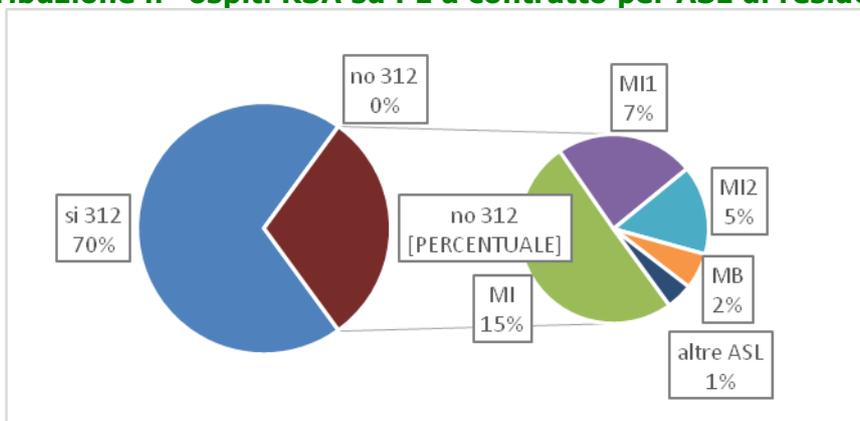


Gli Ambiti territoriali di Broni (32.2 PL ogni 100 residenti target), Voghera (36,4 PL ogni 100 residenti target) e Certosa (36.8 PL ogni 100 residenti 75+ target), presentano un'offerta territoriale simile al dato provinciale, a differenza degli Ambiti territoriali di Pavia, Casteggio, Vigevano e Corteolona che hanno un indice di copertura inferiore al 29.6 provinciale (Fig. 3-). Presso gli Ambiti territoriali di Mortara e Garlasco, entrambi afferenti al Distretto della Lomellina, si evidenzia invece un valore di circa il doppio rispetto al dato provinciale.

PROVENIENZA DELL'OSPITE RSA

Per quanto attiene la provenienza degli ospiti che hanno occupato un Posto Letto a contratto si evidenzia che il circa 30% al momento dell'inserimento è residente in una delle altre ASL, non ASL 312, della Regione Lombardia (Fig. 4-).

Figura 4- distribuzione n° ospiti RSA su PL a contratto per ASL di residenza



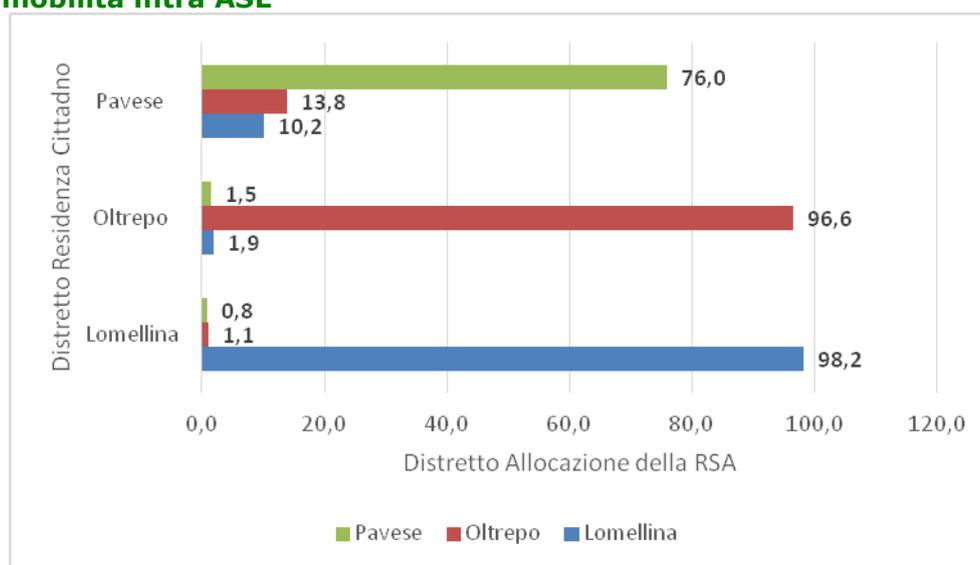
La mobilità in entrata riguarda prevalentemente i cittadini che risiedono nelle ASL limitrofe alla ASL di Pavia: ASL MI (15% degli ospiti su PL a contratto), ASL MI1 (7% degli ospiti su PL a contratto) e ASL MI 2 (5 % degli ospiti su PL a contratto). Soltanto il 2% degli ospiti proviene dalla ASL MB, mentre la provenienza dalle altre 10 ASL di Regione Lombardia interessa l'1% degli ospiti. Si tratta di un dato ormai consolidato, già evidenziato in analoghe elaborazioni riferite agli anni precedenti, e, presumibilmente, sembra essere legato all'entità delle rette a carico dell'ospite che sono più basse presso le U.d.O. del territorio della ASL di Pavia rispetto alle U.d.O. delle ASL limitrofe. Questa considerazione trova peraltro supporto dai risultati dell'analisi delle Schede Struttura 2013 effettuata da Regione Lombardia: il costo medio a giornata erogata è in media di €103,9 a livello lombardo, le RSA della ASL di Pavia hanno un costo medio di €93, più alto solo rispetto al costo delle U.d.O. che insistono sulla ASL di Sondrio, pari a € 88. Le ASL di MI1, MI2 e MI presentano i costi più elevati.

E stata valutata anche la mobilità intra ASL, cioè l'allontanamento dei cittadini residenti nella ASL di Pavia dal proprio Distretto di residenza per essere inseriti in una RSA. Come conseguenza del differente indice di copertura nei tre Distretti dalla ASL di Pavia, è evidente (Fig. 5-), che in alcuni

casi i cittadini sono inseriti in una RSA lontana dalla propria residenza e quindi dal contesto familiare e socio-relazionale di origine. Gli spostamenti maggiori riguardano i cittadini che risiedono in uno dei tre Ambiti territoriali del Distretto Pavese, che solo nel 76% dei casi sono inseriti in una struttura allocata nel Distretto di residenza: il 13,8% sono inseriti in una RSA situata nel Distretto dell'Oltrepò e il 10,2% in Lomellina.

Tale fenomeno migratorio è meno evidente per i cittadini residenti nel Distretto dell'Oltrepò e in quello della Lomellina che rispettivamente nel 96,6% e nel 98,2% dei casi permangono nel proprio Distretto di origine.

Figura 5- mobilità intra ASL



UTILIZZO DELLE RSA: IL TASSO DI SATURAZIONE

A livello provinciale il tasso di saturazione è pari al 98,1%, e non si evidenziano differenze sostanziali tra i tre Distretti e tra questi e il dato provinciale (Tab. 13 -).

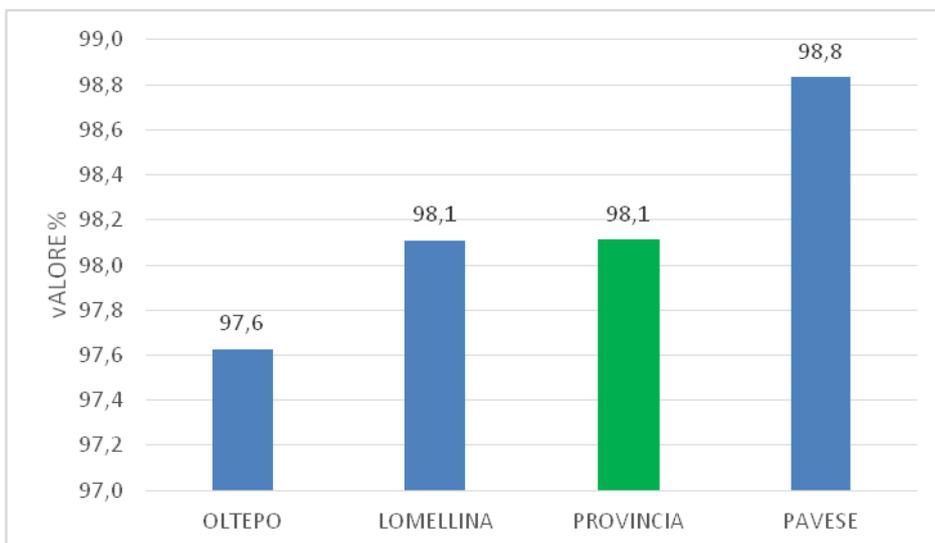
Tabella 13 – tasso di saturazione

Ambito territoriale/Distretto	Giornate di produzione (a carico FSR)	Giornate Teoriche (su PL a contratto)	% Saturazione
Garlasco	437.543	443.840	99
Mortara	292.256	301.125	97
Vigevano	151.131	152.935	99
LOMELLINA	880.930	897.900	98
Broni	187.501	189.435	99
Casteggio	71.662	75.555	95
Voghera	342.340	351.130	98
OLTEPO	601.503	616.120	98
Certosa	184.496	187.610	98
Corteolona	93.209	94.170	99
Pavia	129.942	130.670	99
PAVESE	407.647	412.450	99
PROVINCIA	1.890.080	1.926.470	98

Nello specifico le U.d.O. che insistono sul Distretto Pavese e su quello della Lomellina hanno complessivamente un tasso di saturazione dei posti letto a contratto rispettivamente del 98,1% e del 98,8 %, molto vicini al dato provinciale del 98,1%.

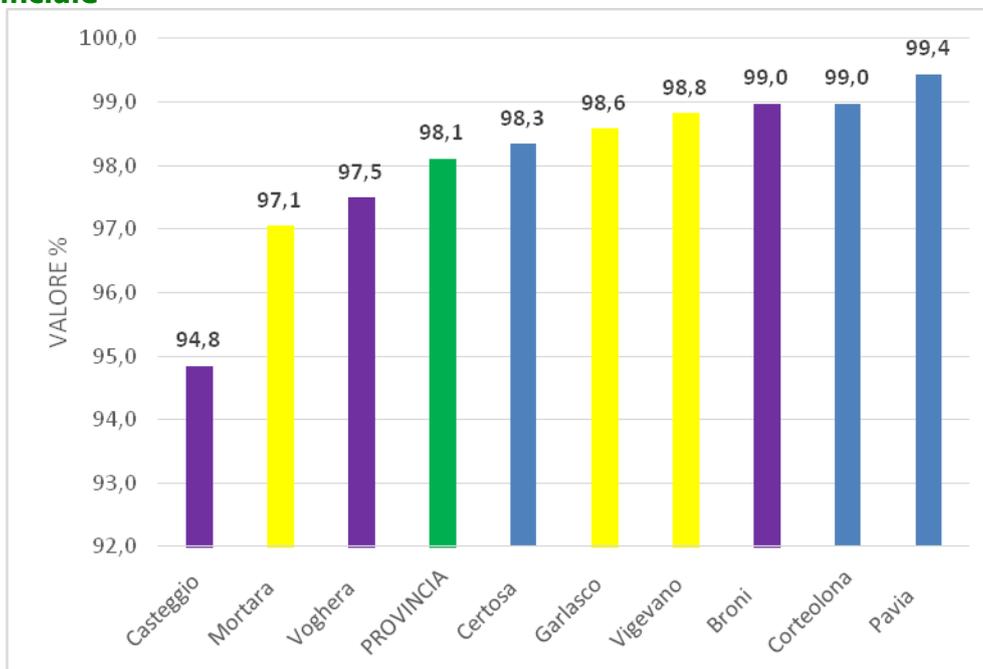
Lievemente inferiore è il tasso di saturazione delle strutture dell'Oltrepò (complessivamente del 97,6%) (Fig. 6-), in contraddizione con gli indicatori demografici che evidenziano in tale territorio la maggior concentrazione di residenti ultrasessantacinquenni (indice di invecchiamento 75+ =14,3 e indice di vecchiaia 238,7).

Figura 6- tasso di saturazione; stratificazione per Distretto e confronto col dato provinciale



Nell'Ambito territoriale di Casteggio l'indice di saturazione è il più basso (Fig. 7; 94,8%), e questo presumibilmente è dovuto alle caratteristiche di tale territorio, di tipo collinare, e alla popolazione residente che, per abitudine, è più propensa ad attivare la rete sociale familiare e amicale, in un rapporto di auto mutuo aiuto.

Figura 7- tasso di saturazione; stratificazione per Ambito territoriale e confronto col dato provinciale



La correlazione tra retta media ponderata e il tasso di saturazione ha fornito i seguenti risultati.

- In provincia la saturazione e la retta media non sono correlate ($p= 0.1569$, $r= -0.1640$); lo stesso si può dire per il Distretto della Lomellina ($p=0.828$, $r= 0.0425$).
- Nel Distretto dell'Oltrepò la correlazione è al limite della significatività ($p=0.0552$) con un indice di correlazione $r= -0.3663$; quindi, anche se la correlazione non raggiunge la

significatività statistica, si può dire che si nota una lieve correlazione inversamente proporzionale tra la retta media e la saturazione (Aumenta la saturazione alla diminuzione della retta media).

- Nel Distretto pavese, invece, si ha una buona correlazione inversamente proporzionale ($r=-0.6812$) ed è statisticamente significativa ($p=0.0210$).

LA COMPLESSITA DELL'OSPITE DELLE RSA

A livello provinciale il 19.2% degli ospiti delle RSA si trova in Classe 7 o 8 (Tab. 14-). La prevalenza delle classi SOSIA più “basse” testimonia, in prima battuta, che la tipologia di ospiti delle RSA negli ultimi anni è cambiata: è mediamente più anziana, con un quadro clinico più complesso e spesso portatrice di pluripatologie e di disabilità funzionali.

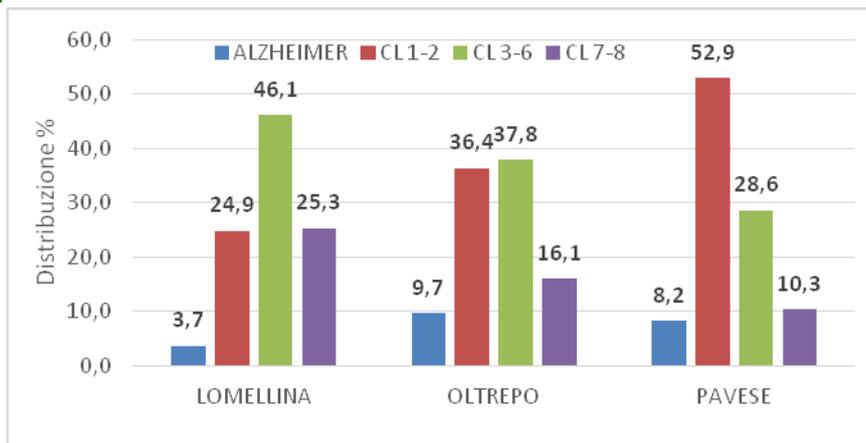
Tabella 14- distribuzione % degli ospiti per Classe SOSIA di appartenenza

Distretto	N° UdO	n° Nuclei Alzheimer.	ALZHEIMER	CL 1-2	CL 3-6	CL 7-8
Garlasco	20	1	1	28,7	49	21
Mortara	12	1	7	20,1	42	31
Vigevano	5	1	5	23,2	46	26
LOMELLINA	37	3	4	24,9	46	25
Broni	6	3	11	30,9	47	11
Casteggio	4	1	9	22,3	41	28
Voghera	18	4	9	42,2	33	16
OLTREPO	28	8	10	36,4	38	16
Certosa	6	0	0	51,9	34	14
Corteolona	3	1	16	24,5	44	16
Pavia	2	2	14	74	11	1
PAVESE	11	3	8	52,9	29	10
PROVINCIA	76	14	7	34,5	40	19

Se si analizza la complessità dell'ospite dopo aver stratificato per Distretto di allocazione delle RSA sembra che la complessità dell'ospite sia inversamente proporzionale all'offerta territoriale. È evidente (Fig. 8-) che nel Distretto della Lomellina, che presenta un indice di offerta territoriale pari a 40.9 (il più alto tra i tre Distretti e rispetto al dato provinciale – vedi **Tabella 12-** Offerta territoriale, stratificazione per Distretto e Ambito), solo il 24.9% degli ospiti delle RSA sono in Classe 1 o 2, e per contro il 25.3% degli ospiti si trova nelle classi di minore fragilità (Classi 7-8). Le RSA che si trovano sul Distretto Pavese hanno invece la più alta percentuale di pazienti “gravi”, infatti il 52.9% dei pazienti sono in classe 1 o 2: si ricorda che il Distretto Pavese ha un indice di offerta territoriale pari a 18.2 – il più basso sul territorio provinciale.

Si evidenzia inoltre un'alta proporzione di ospiti Alzheimer nell'Oltrepò (9.7% degli ospiti) e nel Pavese (8.2% degli ospiti): sul territorio provinciale sono presenti 14 Nuclei Alzheimer con 365 Posti Letto a contratto, di cui 173 (47,4%) in Oltrepò, 100 in Lomellina e 92 nel Pavese.

Figura 8- distribuzione entro Distretto della % di ospiti per Classe SOSIA di appartenenza



LISTE DI ATTESA RSA

Premessa metodologica: gestione informatizzata delle liste di attesa RSA

In capo alla ASL di Pavia vi è la gestione informatizzata delle liste di attesa per l’inserimento in RSA. È stato predisposto un database che risiede nel server aziendale ed è accessibile via web alle RSA a contratto, che inseriscono autonomamente e in tempo reale le richieste presentate presso di loro. Il compito della ASL è di verificare la qualità dei dati inseriti (es CF esatti, cittadini duplicati all’interno della stessa U.d.O.) e togliere dall’elenco i cittadini deceduti. Questo permette di avere il numero esatto di cittadini in lista di attesa, oltre ad alcune caratteristiche relative alla fragilità del cittadino e all’urgenza della richiesta.

La ASL può pertanto verificare la corretta gestione delle liste di attesa da parte delle singole U.d.O. Le analisi effettuate mensilmente, già dal 2012, hanno evidenziato un dato pressoché stabile di cittadini in lista di attesa: com’è evidente dalla tabella 15 il dato si è stabilizzato a circa 1.900 cittadini residenti e non ancora inseriti in RSA.

Tabella 15- persone in Lista di Attesa per l’inserimento in RSA, stratificazione per urgenza della domanda.

Cittadini in Lista d'attesa (*)	ott-12	nov-12	dic-12	gen-13	feb-13	mar-13	apr-13	mag-13	Nov - 04
Urgente	576	507	498	491	486	522	551	458	518
Normale	1.286	1.293	1.293	1270	1.272	1290	1.319	1.268	1.359
Lungo termine	175	177	182	175	170	166	162	152	154
Totale	2.037	1.977	1.973	1936	1.928	1.978	2032	1.878	2.031

(*) Il numero totale delle domande in lista d'attesa è dato dalla scrematura delle domande effettuate da deceduti, da persone già collocate in RSA e dalle eventuali domande multiple effettuate da una singola persona. Inoltre per ciascun cittadino, nel caso avesse presentato più domande di inserimento con differente livello di urgenza, è stata contata solo la domanda effettuata con urgenza maggiore.

L’impatto delle liste di attesa sul territorio, a puro titolo esemplificativo ed epidemiologico, viene pertanto di seguito stimato sui dati riferiti al novembre 2014 (Tab. 16-).

Tabella 16 – persone in Lista di Attesa (novembre 2014)

Nr di cittadini in lista d'attesa	Residenza del cittadino				Totale
	Pavese	Lomellina	Oltrepò	No 312	
Non in RSA	454	520	403	654	2.031
Già in RSA	106	181	112	109	508
Totale	560	701	515	763	2.539

A novembre 2014 si contano complessivamente 2.539 cittadini in lista di attesa (Tab. 16-): di questi 2.031 (79.9%), dei quali 1.377 residenti e 654 non residenti ASL 312, sono in attesa di essere

inseriti in RSA, mentre 478 sono già ospiti di una RSA, ma hanno fatto richiesta di essere trasferiti in un'altra UdO. La richiesta di trasferimento è effettuata, per la maggior parte, da cittadini residenti in uno dei tre Distretti della ASL di Pavia (399 persone su 508; 78,5%) e, presumibilmente, riflette il desiderio di essere ospitato in una RSA più vicina alla propria residenza anagrafica, e quindi al proprio contesto familiare e sociale.

Tabella 17- rilevanza della Lista di Attesa ogni 100 residenti 75+ (cittadini non in RSA)

Distretto di residenza dei cittadini	Pop 75+	Cittadini in Lista Attesa	Cittadini in Lista Attesa con domanda urgente	Rilevanza L.A. (%)	Rilevanza L.A. (%) urgente
Pavese	22.775	454	168	1.99	0.74
Lomellina	22.017	520	56	2.36	0.25
Oltrepò	20.487	403	151	1.97	0.74
Provincia	65.279	1.377	375	2.11	0.57

I dati esposti nella tabella 17 si riferiscono esclusivamente ai cittadini che hanno fatto domanda di inserimento in RSA, con esclusione delle richieste di trasferimento in altra U.d.O.: utilizzando questo criterio, senza tener conto dell'urgenza della richiesta, si evidenzia che sia nel Pavese che in Oltrepò, ogni 100 residenti ultra75enni, circa 2 hanno fatto richiesta di inserimento in RSA. Il valore più elevato si evidenzia in Lomellina (2.11 cittadini in lista di attesa ogni 100) dove il bisogno potrebbe essere influenzato da un'offerta maggiore.

Tale ipotesi trova in parte supporto dall'analisi delle Liste di Attesa Urgenti (Tab. 17-): il dato riferito ai residenti in Lomellina si abbatte a 0,25 mentre quello del Pavese e in Oltrepò permane più alto (0,7 ogni 100 residenti ultra75enni), superiore sia al dato della Lomellina che al dato provinciale.

I CENTRI DIURNI INTEGRATI

OFFERTA TERRITORIALE CDI

Presso il territorio della ASL di Pavia sono allocati complessivamente 27 CDI, di cui 26 CDI con Posti a contratto (Tab. 18-) e 1 con Posti solo autorizzati nel 2014 : pur non essendoci una differenza importate del numero di UdO per Distretto (Pavese 38.5%, Oltrepò e Lomellina entrambi 30,8%) il numero maggiore di posti a contratto si trova nel Distretto Pavese, dove si contano 235 posti a contratto, il 41,2% del totale, mentre in Oltrepò sono allocati il 32,4% dei posti e in Lomellina 26,3%.

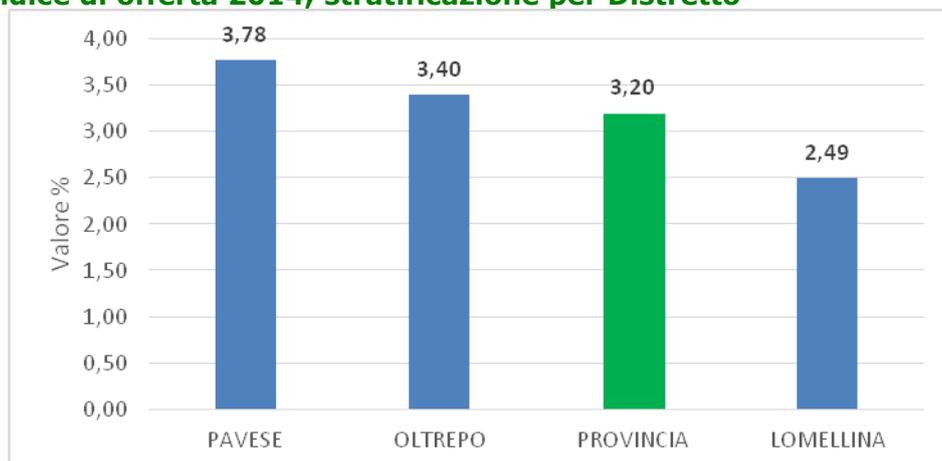
Tabella 18- CDI e tipologia posti per Distretto e Ambito territoriale, anno 2013 e 2014

Ambito territoriale/Distretto	N° CDI	POSTI AUT	POSTI ACCI	POSTI A CONT 2013	POSTI A CONT 2014
Garlasco	4	65	65	65	65
Mortara	3	45	45	45	45
Vigevano	1	40	40	40	40
LOMELLINA	8	150	150	150	150
Broni	4	130	130	90	90
Voghera	4	110	100	95	100
Casteggio	0	0	0	0	0
OLTREPO	8	240	230	185	190
Certosa	2	55	55	55	55
Corteolona	4	118	88	66	66
Pavia	5	114	114	114	114

PAVESE	10	257	257	235	235
PROVINCIA	27	677	637	570	575

Nel 2014, in seguito all'applicazione della DGR 1185/2013, sono stati contrattualizzati atri 5 posti in un CDI dell'Ambito territoriale di Voghera, che ad oggi conta pertanto 100 posti a contratto.

Figura 9- indice di offerta 2014; stratificazione per Distretto



L'indice di offerta territoriale (Fig. 9-), calcolato sulla popolazione anziana fragile (27,31% della popolazione 75+) risulta proporzionale al numero di posti a contratto: è più alto nel Pavese (3,78 ogni 100 target), in Oltrepò è pari a 3,31% ed è simile al dato provinciale (3,20%).

Il valore più basso si evidenzia in Lomellina dove sono allocati 2,49 posti ogni 100 residenti target. La stratificazione dell'indice di offerta per i 9 Ambiti territoriali (Tab. 19-) evidenzia un situazione variabile, con valori significativamente superiori, rispetto al dato provinciale, nell'Ambito di Broni (5,58%) e di Corteolona (5,14%) mentre l'offerta nell'Ambito territoriale di Vigevano risulta la più bassa (1,56%). Il confronto tra il 2013 e il 2014 non evidenzia differenze degne di nota.

Tabella 19- indice di offerta CDI 2013 vs 2014; stratificazione per Distretto e Ambito territoriale

Ambito territoriale/Distretto	N° CDI	POSTI A CONTRATTO 2013	POSTI A CONTRATTO 2014	Popolazione riferimento (27,31% pop. over 75)	Offerta territoriale ogni 100 (2013)	Offerta territoriale ogni 100 (2014)
Garlasco	4	65	65	1.966	3,31	3,31
Mortara	3	45	45	1.485	3,03	3,03
Vigevano	1	40	40	2.562	1,56	1,56
LOMELLINA	8	150	150	6.013	2,49	2,49
Broni	4	90	90	1.613	5,58	5,58
Voghera	4	95	100	2.680	3,54	3,73
Casteggio	0	0	0	1.302	0,00	0,00
OLTREPO	8	185	190	5.595	3,31	3,40
Certosa	2	55	55	1.396	3,94	3,94
Corteolona	3	66	66	1.283	5,14	5,14
Pavia	5	114	114	3.540	3,22	3,22
PAVESE	10	235	235	6.220	3,78	3,78
PROVINCIA	26	570	575	17.828	3,20	3,23

UTILIZZO CDI: IL TASSO DI SATURAZIONE

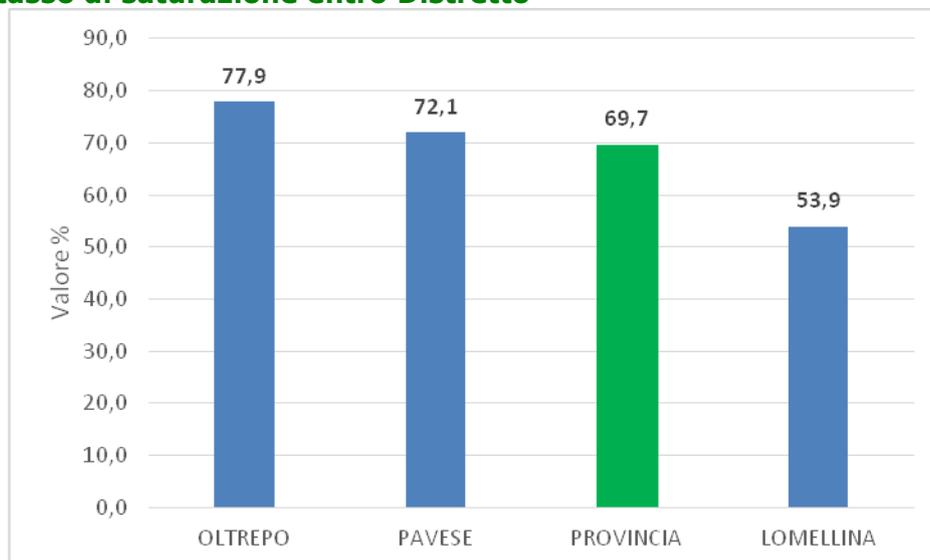
Il tasso di saturazione presenta una grande variabilità all'interno di ogni singola UdO: valutando tale indicatore a livello di Distretto (Tab. 20 e Fig. -10) si evidenzia che nei Distretti dell'Oltrepò e del Pavese la saturazione dei posti a contratto è superiore al 70% (77.9% in Oltrepò e 72,1% nel Pavese), ed entrambi sono superiori al dato provinciale (69.7%).

Tabella 20- Tasso di saturazione CDI

Ambito territoriale/Distretto	N° CDI	Giorni teorici	giorni effettivi	% Saturazione
Garlasco	4	21.005	6.976	33,2
Mortara	3	15.205	12.264	80,7
Vigevano	1	10.000	5.679	56,8
LOMELLINA	8	46.210	24.919	53,9
Broni	4	31.810	27.152	85,4
Voghera	4	34.675	24.651	71,1
Casteggio	0	0	0	
OLTREPO	8	66.485	51.802	77,9
Certosa	2	16.715	5.762	34,5
Corteolona	3	24.090	22.219	92,2
Pavia	5	32.250	24.679	76,5
PAVESE	10	73.055	52.659	72,1
PROVINCIA	26	185.750	129.379,5	69,7

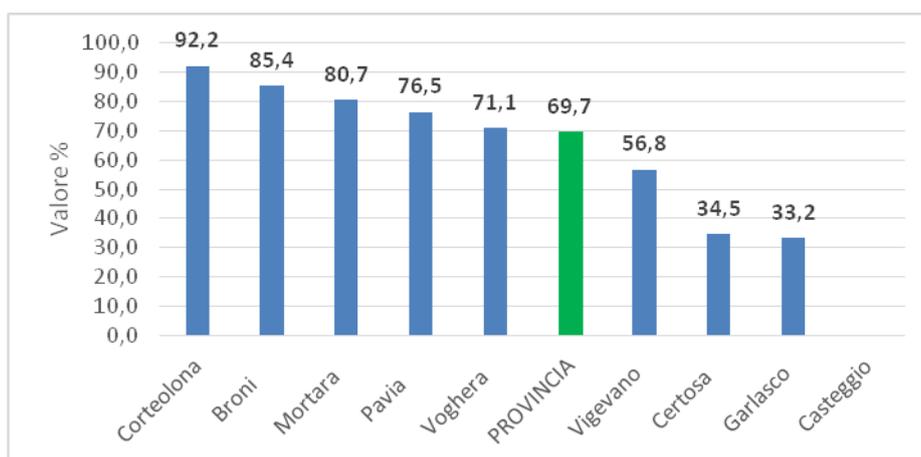
Si evidenzia invece che nel Distretto della Lomellina, dove sono allocati il maggior numero di RSA, sono utilizzati solo poco più della metà delle giornate disponibili su posti a contratto presenti nei CDI (53.9%).

Figura 10- tasso di saturazione entro Distretto



Nello specifico (Fig. 11-) il tasso di saturazione più basso interessa le strutture allocate sull'Ambito di Garlasco (33,2%) che contestualmente presenta il più alto indice di copertura per posti letto nelle RSA (61,8 ogni 100 target), nell'ambito di Certosa (34,5%) e in quello di Vigevano (56,8%).

Figura 11- tasso di saturazione CDI entro Ambito territoriale



GLI OSPITI DEI CDI: alcune caratteristiche

Gli ospiti accolti nei CDI sono stati complessivamente 616, dei quali 53 (6,8%) classificati come utenza complessa, ex DGR n 7211/2011.

Complessivamente, sui posti a contratto dei 26 CDI, sono stati accolti 746 persone e in tutte le UdO l'età media è risultata ≥ 80 anni. I Bisogni Complessi sono stati attivati in 7 CDI per un numero complessivo di 81 ospiti: le figure professionali coinvolte, oltre a Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori e ASA/OSS, sono state anche quella dello Psicologo e del Massofisioterapista. I Bisogni Complessi hanno riguardato progetti di sostegno individuale per complessità assistenziale, oltre a estensione dell'orario e/o ricovero notturno per fragilità sociale.

Stratificando il numero di ospiti per classe di età (Tab. 21) si evidenzia che l'85% degli ospiti è ultra75enne.

Tabella 21- ospiti CDI 2013 per classe di età

Classi età 2013		N ospiti	%
Adulti	45-64	27	3,6
Giovani Anziani	65-74	84	11,3
Anziani	75+	635	85,1
Totale		746	100

AREA DISABILI

LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER DISABILI (RSD) OFFERTA TERRITORIALE RSD

Ad oggi presso il territorio della ASL di Pavia insistono 10 Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili e complessivamente 255 posti letto tutti contrattualizzati, in attuazione della DGR 1185/2013, che ha permesso la contrattualizzazione nel 2014 di 15 posti letto accreditati; 12 nel Distretto Oltrepò e 3 nel Distretto Pavese.

Tabella 22 – offerta residenziale area disabili, le Residenza Sanitario Assistenziali Disabili (2014)

Ambito territoriale/Distretto	N° RSD	N° RSD	POSTI AUT	POSTI ACC	POSTI CONT
Pavia	2	2	0	0	48
Corteolona	0	0	0	0	0
Certosa	0	0	0	0	0
Pavese	2	2	0	0	48
Voghera	3	3	0	0	104
Casteggio	1	1	0	0	36
Broni	1	1	0	0	20
Oltrepò	5	5	0	0	160
Vigevano	1	1	0	0	18
Mortara	1	1	0	0	18

Garlasco	1	1	0	0	11
Lomellina	3	3	0	0	47
Provincia	10	10	0	0	255

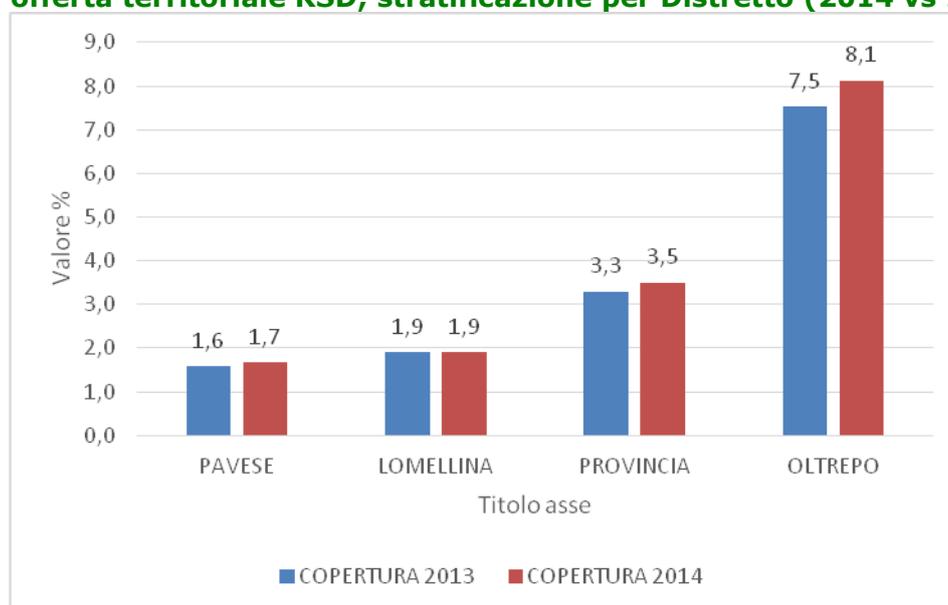
Il numero maggiore di RSD è allocato nel Distretto dell'Oltrepò (5 RSD e 160 PL a contratto), mentre sul Distretto Pavese si contano 2 RSD e 48 PL a contratto (18,8% sul totale del PL) e sul Distretto della Lomellina sono disponibili 47 PL a contratto (18,4%) e 3 RSD.

Tabella 23- Offerta territoriale RSD, stratificazione per Ambito territoriale e Distretto

Ambito territoriale/ Distretto	PL contratto 2013	PL contratto 2014	POP 18-64	POP 64-74	TARGET	COPERTURA 2013	COPERTURA 2014
Garlasco	11	11	34.657	6.423	757	1,5	1,5
Vigevano	18	18	52.141	9.582	1.134	1,6	1,6
Mortara	18	18	26.697	4.792	574	3,1	3,1
LOMELLINA	47	47	113.495	20.797	2.465	1,9	1,9
Broni	8	20	24.503	4.891	554	1,4	3,6
Voghera	104	104	40.721	8.317	931	11,2	11,2
Casteggio	36	36	21.178	4.291	483	7,5	7,5
OLTREPO	148	160	86.402	17.499	1.968	7,5	8,1
Pavia	45	48	63.179	11.249	1.354	3,3	3,5
PAVESE	45	48	141.955	21.903	2.856	1,6	1,7
PROVINCIA	240	255	341.852	60.199	7.288	3,3	3,5

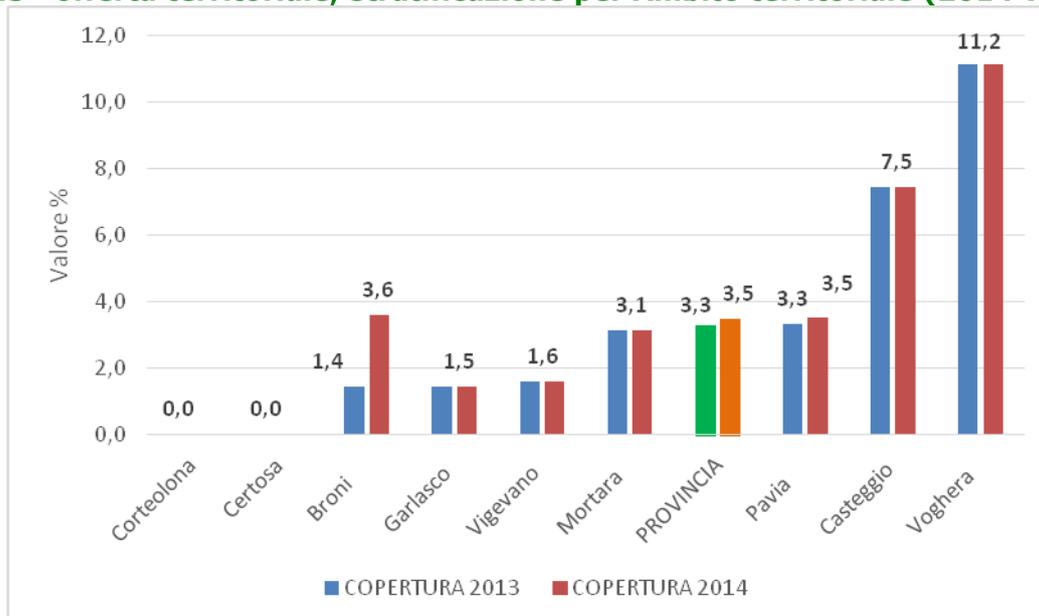
A livello provinciale (Tab. 23) sono disponibili 3,5 posti letto a contratto ogni 100 cittadini con disabilità, con una situazione molto differente tra i tre Distretti, come conseguenza della differente distribuzione del numero di PL a contratto. Nello specifico nel Distretto dell'Oltrepò nel 2013 sono disponibili 7,5 PL a contratto ogni 100 residenti "target", che aumentano a 8,1 nel 2014, in seguito alla nuova contrattualizzazione di 12 PL in una RSD dislocata sull'ambito territoriale di Broni.

Figura 12- offerta territoriale RSD; stratificazione per Distretto (2014 vs 2013)



L'offerta territoriale calcolata sul Distretto Pavese sul Distretto Oltrepò è sovrapponibile ed è rispettivamente pari a 1,6 e 1,9 ogni 100 residenti "target". Nel 2014 l'indicatore aumenta dello 0,1% nel Pavese, a seguito della messa a contratto di ulteriori 3 PL (Fig. 12).

Figura 13– offerta territoriale; stratificazione per Ambito territoriale (2014 vs 2013)



La stratificazione per Ambito territoriale (Fig. 13) indica un indice di offerta significativamente più alta nell’Ambito di Voghera (11,2%) e di Casteggio (7,5%), oltre ad un incremento nel 2014 nell’Ambito di Broni (3.6%): tutti e tre gli Ambititi afferiscono al Distretto Oltrepò.

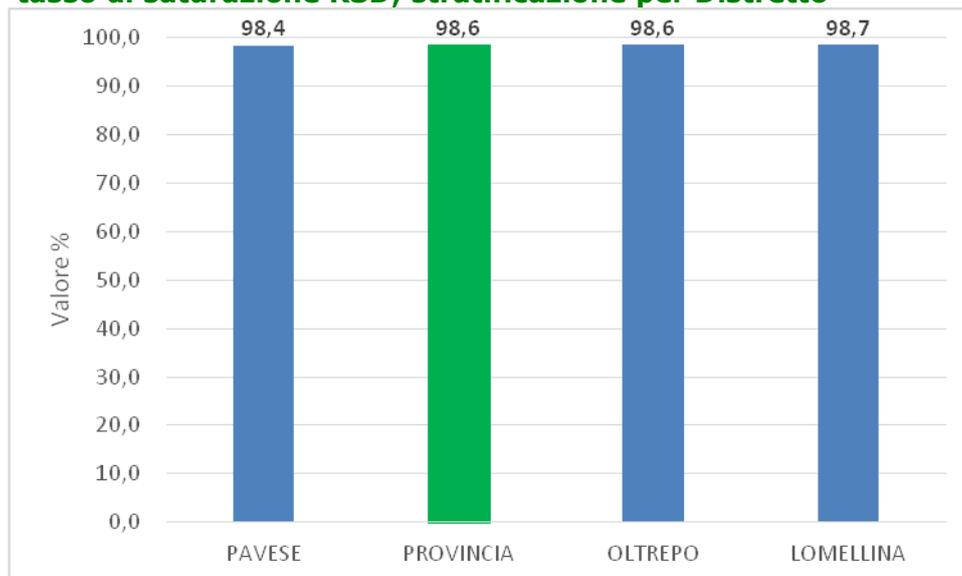
UTILIZZO DELLE RSD : il TASSO DI SATURAZIONE

Tabella 24- tasso di saturazione RSD per Distretto e Ambito territoriale

Ambito territoriale/Distretto	giornate effettive	giornate teoriche	% saturazione
Garlasco	3.846	4.015	95,8
Mortara	6.570	6.570	100,0
Vigevano	6.512	6.570	99,1
LOMELLINA	16.928	17.155	98,7
Broni	2.892	2.920	99,0
Casteggio	13.034	13.140	99,2
Voghera	37.333	37.960	98,3
OLTREPO	53.259	54.020	98,6
Pavia	16.154	16.425	98,4
PAVESE	16.154	16.425	98,4
PROVINCIA	86.341	87.600	98,6

Come è evidenziato della tabella 24 e nella figura 14 il tasso di saturazione a livello provinciale è vicino al 99% e non si evidenziano differenze sostanziali stratificando tale indicatore per i tre Distretti dove è stato calcolato un tasso di saturazione sovrapponibile al dato provinciale.

Figura 14- tasso di saturazione RSD; stratificazione per Distretto



Anche aggregando le UdO per Ambito territoriale di allocazione non si evidenziano grossi scostamenti dal dato provinciale, con la sola eccezione di una UdO allocata sull'Ambito di Garlasco che ha utilizzato circa il 96% delle giornate disponibili su PL a contratto.

COMUNITA' SOCIO SANITARIE PER DISABILI (CSS) OFFERTA TERRITORIALE CSS

Nel 2014 sul territorio della ASL di Pavia insistono 12 CSS a contratto, di cui 1 localizzata nel Distretto della Lomellina, 6 nel Distretto dell'Oltrepò e 5 nel Distretto Pavese. Rispetto all'anno 2013 si è assistito ad un incremento di una unità per la contrattualizzazione di una CSS dislocata nell'Ambito territoriale di Broni, come previste dalla DGR 1185/2013.

Tabella 25- distribuzione CSS entro Distretto e Ambito territoriale del n° di UdO e dei PL

Ambito territoriale/Distretto	N° UdO	POSTI AUTORIZZATI	POSTI ACCREDITATI	POSTI A CONTRATTO 2013	POSTI A CONTRATTO 2014
Vigevano	1	10	10	10	10
Garlasco	0	0	0	0	0
Mortara	0	0	0	0	0
LOMELLINA	1	10	10	10	10
Broni	3	30	30	20	30
Voghera	3	23	23	23	23
Casteggio	0	0	0	0	0
OLTREPO	6	53	53	43	53
Corteolona	1	10	10	10	10
Pavia	4	37	37	37	37
Certosa	0	0	0	0	0
PAVESE	5	47	47	47	47
PROVINCIA	12	110	110	100	110

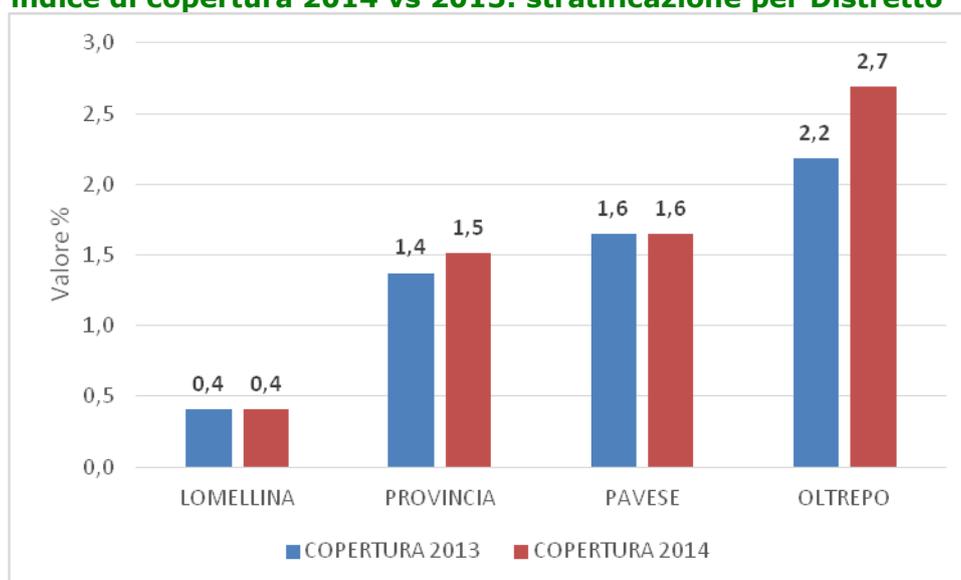
Nel 2014 rispetto al 2013, pertanto, vi è stato un incremento di 10 PL a contratto, che sono complessivamente 110 e presentano una distribuzione differente nei tre Distretti (Tab. 25). Il Distretto Oltrepò e il Distretto Lomellina presentano il maggior numero di U.d.O., rispettivamente 6 e 5, e di conseguenza il maggior numero di PL a contratto (Pavese: 47 PL a contratto; Oltrepò: 43 nel 2013 e 53 nel 2014)

Tabella 26- indice di copertura CSS 2013 e 2014; stratificazione per Distretto e Ambito territoriale

Distretto	N° UdO	2013	2014	POP 18-64	POP 64 -74	TARGET	COPERTURA 2013	COPERTURA 2014
Garlasco	0	0	0	34.657	6.423	757	0,0	0,0
Vigevano	1	10	10	52.141	9.582	1.134	0,9	0,9
Mortara	0	0	0	26.697	4.792	574	0,0	0,0
LOMELLINA	1	10	10	113.495	20.797	2.465	0,4	0,4
Broni	3	20	30	24.503	4.891	554	3,6	5,4
Voghera	3	23	23	40.721	8.317	931	2,5	2,5
Casteggio	0	0	0	21.178	4.291	483	0,0	0,0
OLTREPO	6	43	53	86.402	17.499	1.968	2,2	2,7
Pavia	4	37	37	63.179	11.249	1.354	2,7	2,7
Corteolona	1	10	10	29.501	4.597	596	1,7	1,7
Certosa	0	0	0	49.275	6.057	906	0,0	0,0
PAVESE	5	47	47	141.955	21.903	2.856	1,6	1,6
PROVINCIA	12	100	110	341.852	60.199	7.288	1,4	1,5

Dalla tabella 26 è evidente che il Distretto delle Lomellina ha il minor numero di PL a contratto ogni 100 residenti “target”, il Distretto Pavese presenta un dato sovrapponibile a quello provinciale, mentre il Distretto dell’Oltrepò, pur con un numero di PL a contratto sovrapponibili al Distretto Pavese, ha l’indice di copertura più alto (nel 2014 si contano 2,7 PL a contratto ogni 100 residenti “target” contro i 2,2 del 2013) – (Fig. 15-)

Figura 15- indice di copertura 2014 vs 2013: stratificazione per Distretto



Nello specifico l’Ambito territoriale di Broni già nel 2014 presentava il più alto indice di copertura (3,6%), che è ulteriormente incrementato nel 2014 (5,4%).

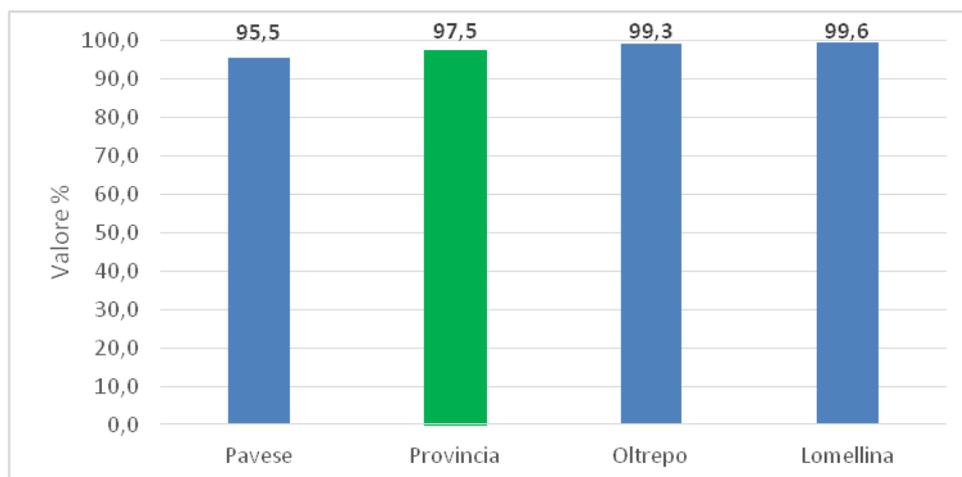
UTILIZZO DELLE CSS: il TASSO DI SATURAZIONE

Tabella 27- tasso di saturazione CSS; stratificazione per Distretto e Ambito territoriale

N° UdO	Territorio	Ambito territoriale	giornate effettive	giornate teoriche	% saturazione
1	Lomellina	Vigevano	3.650	3.636	99,6
2	Oltrepò	Broni	3.650	3.650	100,0
3			3.650	3.650	100,0
4			1.825	1.802	98,7
5		Voghera	3.650	3.606	98,8
6			2.920	2.880	98,6
7		Pavese	Corteolona	3.650	3.610
8	Pavia		3.650	3.648	99,9
9			3.650	3.648	99,9
10			2.920	2.555	87,5
11			3.285	2.920	88,9

Osservando il tasso di saturazione delle singole U.d.O. (Tab. 27) si osserva per la maggior parte dei casi un valore prossimo al 100%, con le sole eccezioni di due CSS allocate nel Distretto Pavese che presentano un tasso di saturazione vicino al 90%.

Figura 16- tasso di saturazione CSS, stratificazione per Distretto e confronto con provincia



Considerando il tasso di saturazione entro Distretto di allocazione delle U.d.O. (Fig. 16) non si evidenziano differenze significative rispetto al dato provinciale, con valori prossimi al 100%.

CENTRI DIURNI PER DISABILI (CDD) OFFERTA TERRITORIALE CDD

I CDD a contratto (Tab. 28-) sono complessivamente 14 per un totale di 345 posti a contratto nel 2013 e nel 2014 sono aumentati a 370 in seguito alla nuova contrattualizzazione di posti in applicazione della DGR 1185/2013.

Tabella 28 – offerta diurna area disabili, 2014 vs 2013

Ambito territoriale/Distretto	n° UdO 2014	POSTI AUTORIZZATI	POSTI ACCREDITATI	POSTI A CONTRATTO 2013	POSTI A CONTRATTO 2014
Vigevano	3	60	60	35	60
Garlasco	1	30	30	30	30
Mortara	1	30	30	30	30
LOMELLINA	5	120	120	95	120
Voghera	2	55	55	55	55
Broni	1	30	30	30	30
Casteggio	0	0	0	0	0
OLTREPO	3	85	85	85	85
Pavia	4	105	105	105	105
Certosa	1	30	30	30	30
Corteolona	1	30	30	30	30
PAVESE	6	165	165	165	165
PROVINCIA	14	370	370	345	370

La distribuzione nel numero di U.d.O. è differente nei tre Distretti (Tab. 28-), nello specifico il Distretto Oltrepò presenta il minor numero di U.d.O. e di PL a contratto (rispettivamente 3 U.d.O., e 85 posti a contratto), mentre nel Distretto Pavese insistono 6 CDD con 165 posti a contratto, il 44,6% dei posti presenti sul territorio.

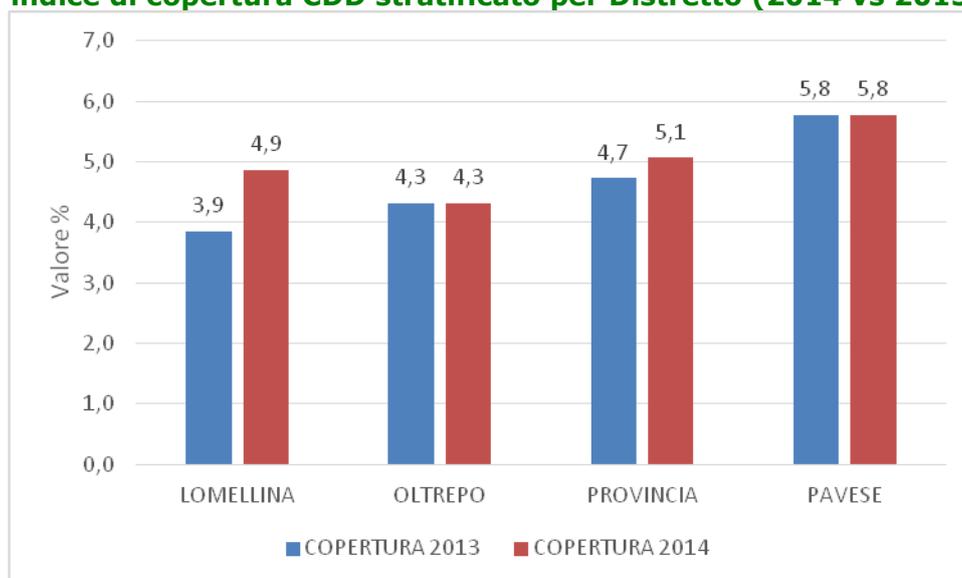
Nel Distretto della Lomellina si contano 5 U.d.O. e si osserva un incremento dei posti a contratto che passano da 95 nel 2013 a 120 nel 2014 (32,4%) in seguito alla messa a contratto di una nuova UdO.

Tabella 29- indice di copertura CDD, 2014 vs 2013

Ambito territoriale/Distretto	2013	2014	POP 18-64	POP 64 - 74	TARGET	COPERTURA 2013	COPERTURA 2014
Garlasco	30	30	34.657	6.423	757	4,0	4,0
Vigevano	35	60	52.141	9.582	1.134	3,1	5,3
Mortara	30	30	26.697	4.792	574	5,2	5,2
LOMELLINA	95	120	113.495	20.797	2.465	3,9	4,9
Broni	30	30	24.503	4.891	554	5,4	5,4
Voghera	55	55	40.721	8.317	931	5,9	5,9
Casteggio	0	0	21.178	4.291	483	0,0	0,0
OLTREPO	85	85	86.402	17.499	1.968	4,3	4,3
Pavia	105	105	63.179	11.249	1.354	7,8	7,8
Corteolona	30	30	29.501	4.597	596	5,0	5,0
Certosa	30	30	49.275	6.057	906	3,3	3,3
PAVESE	165	165	141.955	21.903	2.856	5,8	5,8
PROVINCIA	345	370	341852	60.199	7.288	4,7	5,1

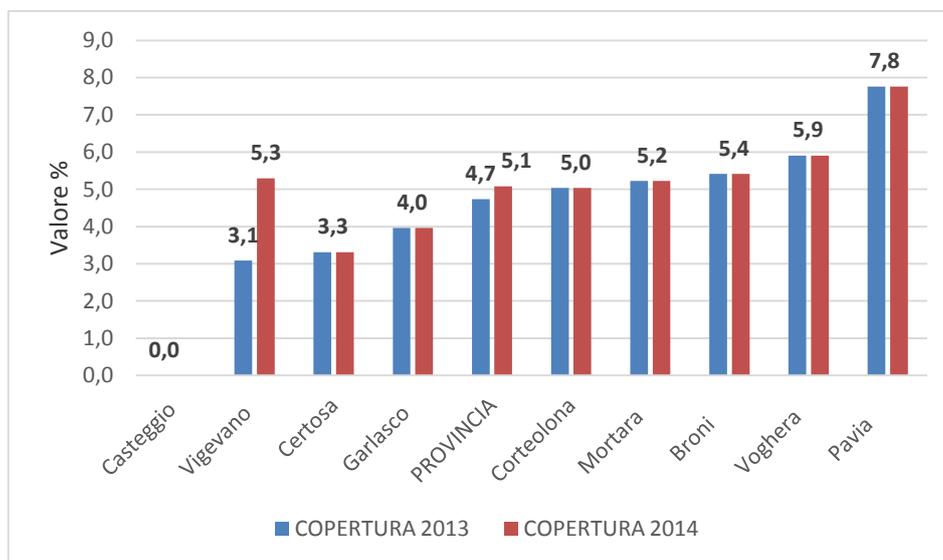
L'indice di copertura (Tab. 29- e Fig. 17-) evidenzia alcune differenze tra i tre Distretti con un valore superiore al dato provinciale nel Pavese (5.8 ogni 100 target vs 4.7 in provincia), mentre i Distretti Lomellina e Oltrepò presentano valori simili tra di loro (rispettivamente 3.9 e 4.3 ogni 100 target) e

Figura 17- indice di copertura CDD stratificato per Distretto (2014 vs 2013)



È evidente dalla figura 17 come i posti disponibili ogni 100 residenti target sia maggiore nell'Ambito territoriale di Pavia, dove si trovano 4 CDD e 105 posti a contratto, mentre nell'Ambito territoriale di Vigevano l'indice di copertura nel 2014 aumenta a 5,3 posto ogni 100 residenti target, superando il dato provinciale. Soltanto l'Ambito territoriale di Casteggio non ha alcun CDD.

Figura 18- indice di copertura CDD stratificato per Ambito territoriale (2014 vs 2013)



L'UTILIZZO DEI CDD: IL TASSO DI SATURAZIONE

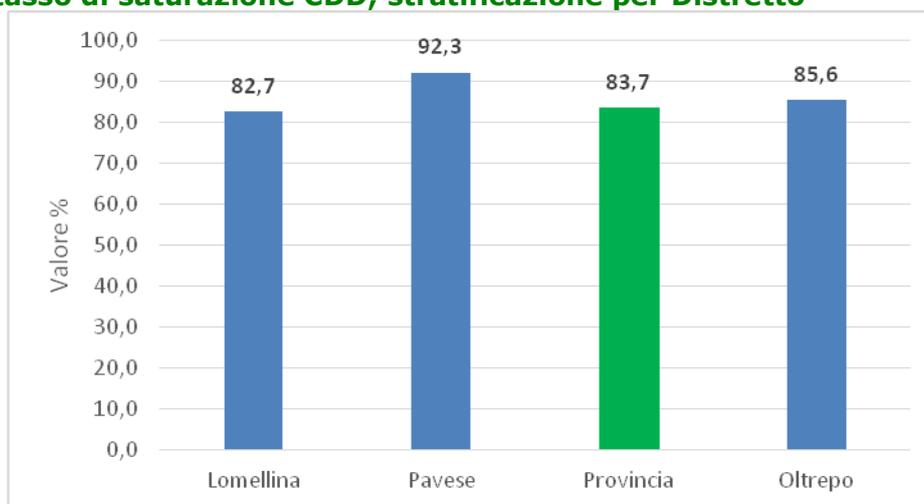
La saturazione dei posti nel 2013 è differente nelle 13 U.d.O. del territorio (Tab. 30). Il dato provinciale è pari all'83,7% e solo il Distretto del Pavese presenta un indice di saturazione complessivo che è superiore a tale valore, infatti viene utilizzato il 92,3% delle giornate su posti a contratto (Fig. 19-).

Tabella 30- tasso di saturazione CDD, stratificazione per Distretto e Ambito territoriale

Territorio	Ambito Distrettuale	Giorni Teorici	Giorni effettivi	Saturazione 2013
Lomellina	Vigevano	4.700	4.262	90,7
		3.525	3.060	86,8
	Garlasco	6.960	4.254	61,1
	Mortara	7.200	6.947	96,5
Oltrepò	Voghera	7.110	6.633	93,3
		5.750	5.447	94,7
	Broni	7.080	6.319	89,3
Pavese	Pavia	3.525	3.249	92,2
		6.870	5.202	75,7
		6.870	5.427	79,0
		6.870	4.236	61,7
	Corteolona	7.170	7.080	98,7
	Certosa	7.410	7.225	97,5

Rimanendo sul Distretto Pavese si evidenzia comunque una differente saturazione dei CDD con valori prossimo al 100% nei CDD dell'Ambito territoriale di Certosa e in quello di Corteolona (Tab. 19-), mentre la maggior offerta sull'ambito territoriale di Pavia determina una distribuzione del target e conseguentemente una variabilità dei tassi di saturazione; il più alto, pari al 92%, si trova nell'unico CDD non dislocato nel Comune di Pavia, dove invece sono allocati gli altri 3 CDD. Contestualmente i tre CDD che si trovano nell'Ambito territoriale di Voghera e in quello di Broni presentano un tasso di saturazione di circa il 90%.

Figura 19- tasso di saturazione CDD; stratificazione per Distretto



Tra i CDD degli Ambiti territoriali che afferiscono al Distretto della Lomellina si evidenziano tassi di saturazione di circa il 90% nei due CDD allocati nell'ambito territoriale e nel Comune di Vigevano, e un valore superiore al 95% nell'unico CDD dell'Ambito territoriale di Mortara.

ISTITUTI DI RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE (IDR)

Presso il territorio della ASL di Pavia ci sono tre Istituti di Riabilitazione con posti a contratto, di cui 1, (IDR 2), si occupa storicamente di minori con disturbi psichici, in stretta collaborazione con la Neuropsichiatria Infantile. Tale istituto nel 2013 ha assistito 213 persone tra preadolescenti e adolescenti, con un'età media di 11,8 anni (Tab. 31-).

Tabella 31 - età media dei pazienti per Istituto di Riabilitazione

UdO	N° PAZIENTI	età media	età minima	età massima	DS
IDR 1	2.147	73,4	5	108	15,9
IDR 2	213	11,8	4	19	3,7
IDR 3	849	54,8	0	102	32,6

La suddivisione per fascia di età (Tab. 32-) evidenzia nel dettaglio come in tale Istituto la maggior parte dei pazienti sono preadolescenti (64.3%) e comunque non superano la giovane età (18-24 aa=6.6%), mentre negli altri due IDR si ha una netta prevalenza di adulti, con la sola eccezione del Centro Santa Maria alle Fonti che ha avuto in cura un 30.8% di persone con età inferiore ai 24 anni.

Tabella 32 - fascia di età per Istituto di Riabilitazione

Fascia di età	n° pazienti per IDR		
	IDR 1	IDR 2	IDR 3
<14 (Preadolescenti)	3 (0,1%)	137 (64,3%)	229 (27,0%)
14-17 (Adolescenti)	3 (0,1%)	62 (29,1%)	29 (3,4%)
18-24 (Giovani)	16 (0,7%)	14 (6,6%)	3 (0,4%)
24-44 (Giovani adulti)	128 (6,0%)		19 (2,2%)
45-64 (Adulti)	333 (15,5%)		102 (12,0%)
65-74 (Giovani anziani)	393 (18,3%)		112 (13,2%)
75+ (anziani)	1.271 (59,2%)		355 (41,8%)
TOTALE	2.147 (100%)	213 (100%)	849 (100%)

Segue una sintetica descrizione per ognuno dei tre Centri di Riabilitazione

IDR 2

L'istituto è a contratto per le seguenti "aree di intervento":

- Specialistica residenziale: 15 posti
- Specialistica DH: 5 posti
- Diurno Continuo: 10 posti
- Trattamento ambulatoriale; 8.235 prestazioni

I pazienti ricoverati in regime specialistico sono stati 31 (Tab, 33-), di questi 12 in regione di DH e 20 in Specialistica (un paziente infatti ha usufruito di entrambi i moduli), per la maggior parte preadolescenti (26 con età <14 anni), mentre in 6 casi si trattava di adolescenti. Nel ciclo Diurno Continuo sono stati inseriti 12 pazienti, 207 hanno usufruito del regime ambulatoriale e hanno utilizzato più ambiti di intervento (165 hanno usufruito di prestazioni ambulatoriali indirette e 178 del Regime Ambulatoriale Individuale)

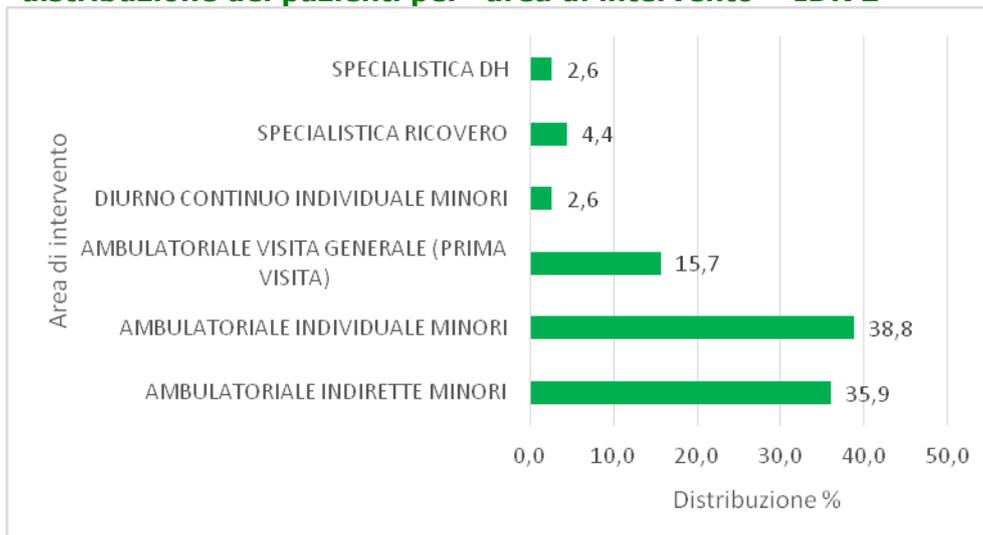
Tabella 33- numero di pazienti per "area di intervento" - IDR 2

F età	AMBULATORIALI INDIRETTE MINORI	AMBULATORIALI E INDIVIDUALE MINORI	AMBULATORIALI E VISITA GENERALE (PRIMA VISITA)	DIURNO CONTINUO INDIVIDUALE E MINORI	SPECIALISTICA A RICOVERO	SPECIALISTICA A RICOVERO DH	totale
<14	102	109	56	10	16	10	302
14-17	51	55	15	2	4	2	129
18-24	12	14	1				27
Totale	165	178	72	12	20	12	458

In sintesi i pazienti che accedono a tale Istituto afferiscono prevalentemente all'Area Ambulatoriale (Fig. 20-): il 36% dei casi per prestazioni indirette e il 38,8% dei casi per prestazioni individuali. La

prima visita ambulatoriale riguarda il 15,7% dei pazienti. Il ciclo diurno continuo viene utilizzato dal 2,6% dei giovani pazienti, il ricovero specialistico solo dal 4,4% e il ricovero in DH dal 2,6%.

Figura 20- distribuzione dei pazienti per "area di intervento"- IDR 2



Se si analizza il numero di accessi per area di intervento (Tab. 34-) si evidenzia che nell'area Ambulatoriale sono stati effettuati complessivamente 457 accessi, oltre ai 76 accessi per una prima visita, nel Ciclo Diurno Continuo si contano complessivamente 20 accessi, mentre sono stati effettuati 31 ricoveri nell'area specialistica e 20 in regime di DH.

Tabella 34- numero di accessi per "area di intervento"- IDR 2

F età	AMBULATORIALE INDIRETTE MINORI	AMBULATORIALE INDIVIDUALE MINORI	AMBULATORIALE VISITA GENERALE (PRIMA VISITA)	DIURNO CONTINUO INDIVIDUALE MINORI	SPECIALISTICA RICOVERO
<14	129	156	60	18	26
14-17	65	73	15	2	5
18-24	14	20	1	0	0
Totale	208	249	76	20	31

SPECIALISTICA RICOVERO DH	totale	totale
16	405	405
4	164	164
	35	35
20	604	604

LISTA ATTESA

Si segnala, al 1 giugno 2014, la presenza in lista di attesa di 98 bambini (Tab. 35-), 21 femmine e 77 maschi, tutti in età preadolescenziale (<14 anni) tranne uno che ha 16 anni.

Tabella 35- IDR 2- numero di cittadini in lista di attesa

SESSO	n° persone	Età minima	Età massima	Età media	DevStD
F	21,0	2	16	7,38	3,58
M	77,0	1	13	6,64	3,32
Totale	98	1	16	6,80	3,38

La richiesta di inserimento riguarda prevalentemente cittadini residenti nella ASL di Pavia (89; 91%), 3 provengono dalla ASL 310, 2 dalla 309, 1 dalla ASL 306 e 1 dalla ASL 305. Per due persone in lista di attesa non è stata indicata la ASL di provenienza.

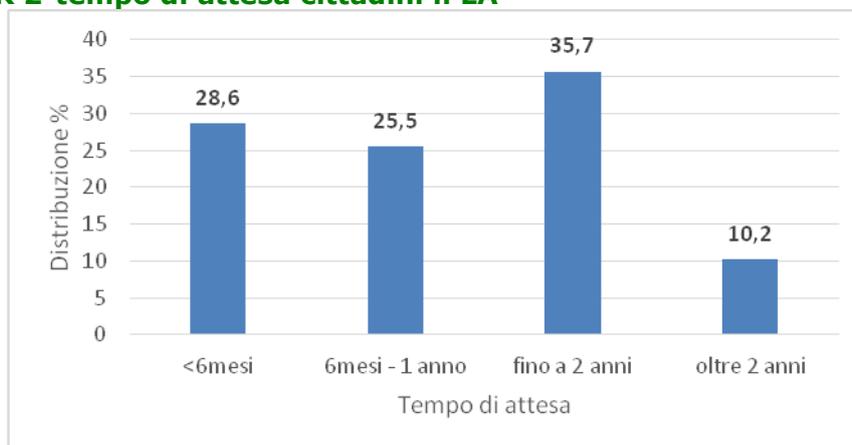
Considerando che una persona può far richiesta di presa in cura nelle diverse aree di intervento si evidenzia che la richiesta maggiore riguarda l'area Ambulatoriale (82,9% delle richieste) e in minor misura l'area residenziale e il Diurno Continuo (Tab. 36-).

Tabella 36- IDR 2- pazienti in lista di attesa, stratificazione per Area

TIPOLOGIA DI AREA	N richieste	%
Ambulatoriale	87	82,9
DH Specialistica	12	11,4
Diurno continuo	4	3,8
Residenziale Specialistica	2	1,9
TOTALE	105	100

È importante segnalare inoltre che circa il 50% dei cittadini sono in lista di attesa da più di un anno (il 35,7% da più di un anno fino a 2 anni, e il 10% da oltre due anni)

Figura 21- IDR 2-tempo di attesa cittadini il LA



IDR 1

Il Centro è a contratto per le seguenti aree di intervento:

- Specialistica residenziale: 30 posti
- Generale Geriatrica: 35 posti
- Trattamento Domiciliare: 9.730 prestazioni
- Trattamento ambulatoriale; 9.250 prestazioni

I pazienti ricoverati in regime specialistico (Tab. 37-) sono stati 273, per la maggior parte anziani (200; 73,2%); i ricoveri in Generale Geriatrica hanno riguardato 291 persone, 28 in area Generale e 263 in area Geriatrica, con una netta prevalenza in quest'ultima di ultra75enni. La Domiciliarità ha

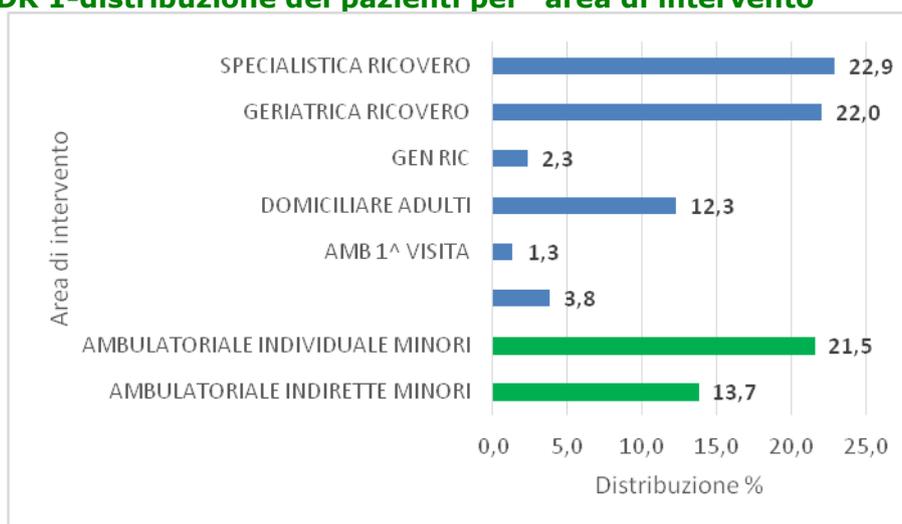
invece interessato 147 persone, equamente distribuite tra adulti, giovani adulti e anziani, mentre i trattamenti ambulatoriali sono stati erogati a 318 persone, prevalentemente preadolescenti e adolescenti, che hanno usufruito di più aree specifiche (164 hanno avuto accesso nell'area Ambulatoriale Indirette Minori e 257 in quella Ambulatoriale Individuale Minori) Soltanto 45 persone hanno avuto accesso all'area Ambulatoriale Adulti.

Tabella 37- IDR 1- numero di pazienti per "area di intervento"

FASCI A ETA	AMBU IND. MINORI	AMB IND F 1 2 3	AMBU INDIE MINORI	amb 1^ visita	DOMIC ADULTI	GENERAL E RIC	GERIATRICA RIC	SPEC RIC	TOT
<14	148	0	229	0	0	0	0	0	377
14-17	16	0	27	0	0	0	0	0	43
18-24	0	1	1	0	1	0	0	0	3
24-44	0	9	0	0	8	1	0	2	20
45-64	0	21	0	1	44	24	0	28	118
65-74	0	6	0	3	48	2	37	43	139
75+	0	8	0	12	46	1	226	200	493
TOT	164	45	257	16	147	28	263	273	1.193

È evidente (Fig. 22-) che il centro è rivolto a tutta la popolazione: le persone che vi afferiscono sono distribuite equamente nelle specifiche aree di intervento: i minori maggiormente nell'area ambulatoriale e gli adulti in quella residenziale specialistica o in regime di ricovero geriatrico.

Figura 22- IDR 1-distribuzione dei pazienti per "area di intervento"



Nell'Area Ambulatoriale (Tab. 38-) sono stati effettuati complessivamente 579 accessi nell'area minori e 64 nell'Ambulatoriale individuale adulti, mentre gli accessi a domicilio sono stati complessivamente 435. Per quanto riguarda i ricoveri, sui 30 posti letto di Specialistica ci sono stati 288 ricoveri e sui 35 di generale e geriatrica si contano complessivamente 302 ricoveri.

Tabella 38- IDR 1-numero di accessi per "area di intervento"

FASCIA ETA	AMB IND MIN	AMB IND F 1 2 3	AMBU IND MINI	amb 1^ visita	DOM ADULTI	GENERALE RIC	GERIATRICA RIC	SPEC RIC	TOT
<14	202	0	330	0	0	0	0	0	532
14-17	17	0	29	0	0	0	0	0	46
18-24	0	1	1	0	1	0	0	0	3
24-44	0	12	0	0	32	1	0	3	48
45-64	0	32	0	1	145	24	0	28	230
65-74	0	9	0	3	140	2	38	44	236
75+	0	10	0	12	117	1	236	213	589

TOT	219	64	360	16	435	28	274	288	1.684
-----	-----	----	-----	----	-----	----	-----	-----	-------

LISTE ATTESA IDR 1

I cittadini in lista di attesa al 01/06/2014 sono complessivamente 76, 44 maschi e 32 femmine. La fascia di età è di seguito rappresentata

Tabella 39- IDR 1-cittadini in lista di attesa, distribuzione per fascia di età

Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale
Preadolescenti (< 14 aa)	10	14	24
Adolescenti (14-17 aa)	1		1
Giovani (18-24 aa)	6		6
Giovani adulti (24-44 aa)	8	6	14
Adulti (45-64 aa)	7	3	10
Giovani Anziani (64-74 aa)	5	1	6
Anziani (75+)	6	8	14
Non nota	1		1
Totale	44	32	76

Per quanto riguarda la ASL di residenza per la maggior parte i cittadini in lista di attesa risiedono in uno dei 190 Comuni della ASL di Pavia (69; 90.8%); 3 provengono dalla ASL 308, 2 dalla 306, 1 dalla 310 e 1 dalla 314.

La maggior parte hanno fatto richiesta per l'area Residenziale Specialistica (47; 61,8%), 20 per la Residenzialità Generale Geriatrica (26,3%) e 9 per la Domiciliare (11,8%).

Tabella 40- IDR 1-tempi medi di attesa per l'inserimento

TIPOLOGIA DI AREA	Tempo minimo	Tempo massimo	Tempo medio	DevStD
Domiciliare Generale Geriatrica	5	179	72,7	54,5
Residenziale Generale Geriatrica	9	88	24,2	23,3
Residenziale Specialistica	2	341	52,5	57,5

I tempi medi di attesa sono lunghi per l'area Domiciliare (in media 72,7 giorni di attesa) rispetto alla residenzialità Generale Geriatrica (24,2 giorni in media di attesa). L'attesa per un ricovero in area Specialistica è in media di 52,2 giorni.

IDR 3

L'Istituto è a contratto per le seguenti aree di intervento:

- Specialistica residenziale: 18 posti
- Generale Geriatrica residenziale: 156 posti
- Mantenimento: 18 posti
- Specialistica DH e specialistica DH gen. geriatrica: 4 posti nel 2013 (2+2) trasformati nel 2014 in 8.780 prestazioni
- Diurno continuo: 15 posti
- Trattamento ambulatoriale; 20.000 prestazioni nel 2013, 28.780 nel 2014

I pazienti ricoverati in regime specialistico (Tab. 41-) sono stati 192 (31 in regime di DH, trasformato in prestazioni ambulatoriali nel 2014), per la maggior parte anziani (138; 72%); i ricoveri in General Geriatrica hanno riguardato 1103 persone, 43 sono stati accolti in area Generale e 1.063 in area Geriatrica (in pochi casi il paziente è transitato in entrambi i regimi), con una prevalenza in quest'ultima di ultra75enni (916; 86,2%), mentre l'area residenziale Generale è stata dedicata ad adulti (29) e a giovani anziani (12).

Il regime Diurno Continuo di gruppo è stato offerto a 24 persone e il Diurno Continuo di Individuale a 213 persone, distribuite in tutte le fasce di età, dagli adolescenti (10 persone) agli Anziani (42 persone).

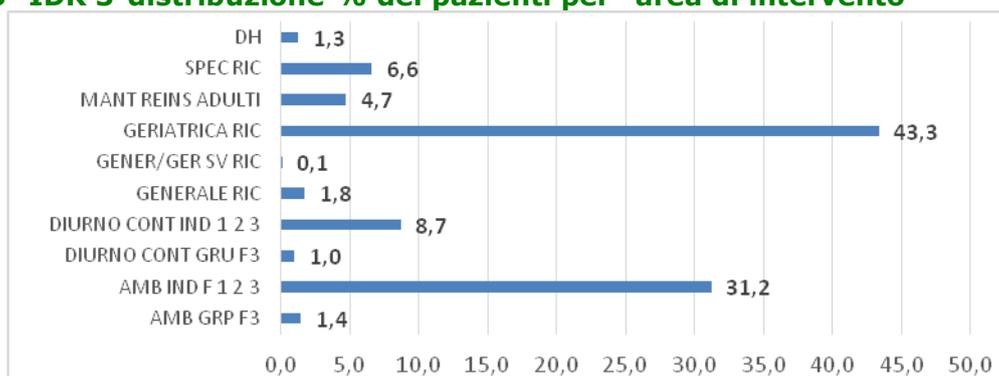
I trattamenti ambulatoriali sono stati erogati a 776 che hanno usufruito sia di trattamenti di gruppo (35 persone) che di trattamento individuale: quest'ultimo, in grande maggioranza di fascia 3, è stato offerto a 765 persone, di ogni fascia di età, ma con una prevalenza di adulti, giovani Anziani e anziani.

Tabella 41 IDR 3-numero di pazienti per "area di intervento"

FASCIA ETA	AMB GRP F3	AMB IND F 1 2 3	DIURNO CONT GRUP F 3	DIURNO CONT IND F 1 2 3	GENERALE RIC	GENER/GER SV RIC	GERIATRICA RIC	MANT REINS ADULTI	SPEC RIC	DH	Totale
18-24	0	9	0	10	0	0	0	0			19
24-44	0	83	0	44	2	0	2	0		6	137
45-64	10	214	3	84	29	1	7	9	7	13	377
65-74	9	206	11	33	12	1	138	16	16	7	449
75+	16	253	10	42	0	0	916	91	138	5	1.471
Totale	35	765	24	213	43	2	1.063	116	161	31	2.453

Come è evidente dalla figura 23 l'area maggiormente utilizzata dai pazienti è quella Geriatrica di ricovero e l'Ambulatoriale che sono utilizzate rispettivamente dal 43,3 % e dal 31,2% delle persone che accedono all'Istituto.

Figura 23- IDR 3-distribuzione % dei pazienti per "area di intervento"



Per quanto riguarda il numero di accessi per Area (Tab. 42-) si evidenzia che nell'area di ricovero Geriatrico, nel 2013, sono stati effettuati 1.162 ricoveri e solo 51 sono stati i ricoveri nell'area Generale; ricoveri in Specialistica sono stati 163 mentre si contano 865 accessi nell'Area Ambulatoriale Individuale e 60 in quella di Gruppo.

Il Diurno Continuo ha avuto 228 accessi nell'area individuale e 38 in quella di gruppo e l'area del mantenimento reinserimento adulti conta 125 accessi.

Tabella 42- IDR 3-numero di accessi per "area di intervento"

FASCIA ETA	AMB GRP F3	AMB IND F 1 2 3	DIURNO CONT GRUP F 3	DIURNO CONT IND F 1 2 3	GENERALE RIC	GENER/GER SV RIC	GERIATRICA RIC	MANT REINS ADULTI	SPEC RIC	DH	Totale
18-24	0	9	0	10	0	0	0	0	0		19
24-44	0	92	0	48	2	0	2	0		6	150
45-64	18	238	5	88	2	1	7	9	7	13	388
65-74	15	239	17	36	35	1	155	18	16	7	539
75+	27	287	16	46	12	0	998	98	140	5	1.629
Totale	60	865	38	228	51	2	1.162	125	163	31	2.725

LISTE ATTESA IDR 3

I cittadini in lista di attesa al giugno 2014 (Tab. 43-) sono complessivamente 366, 126 maschi e 240 femmine, e sono distribuiti in tutte le fasce di età ma con una prevalenza di anziani (266, 72,6%).

Tabella 43 – IDR 3- liste attesa Istituto Santa Margherita

Fascia di età	Maschi	Femmine	Totale
Giovani adulti (24-44 aa)	6	6	12
Adulti (45-64 aa)	16	28	44
Giovani Anziani (64-74 aa)	14	27	41
Anziani (75+)	88	178	266
non nota	2	1	3
Totale	126	240	366

Per quanto riguarda la provenienza delle persone in Lista di attesa si evince quanto di seguito rappresentato:

- ASL 312, 341 persone (93,1%),
- ASL 309, 14 persone (3,8%)

ASL 310, 10 persone (2,7%)

- ASL 314, 1 persona (0,3%).

Il tempo medio di attesa, per la aree definite nella Lista di attesa ricavata dalla Scheda Struttura 2013, sono di circa 100 giorni per l'area Diurna e il doppio (212 giorni) per l'area residenziale.

Tabella 44- IDR 3-tempo medio di attesa

TIPOLOGIA DI AREA	Tempo Attesa Minimo	Tempo Attesa massimo	Tempo Attesa medio	DevStD
Diurna	65	149	101,9	22,5
Residenziale	65	513	211,9	136,1

LE UNITA DI OFFERTA PER PERSONE CON COMPORAMENTI DI ADDICTION SERVIZI TERRITORIALI PER DIPENDENZE (SER.T.)

Negli ultimi quattro anni il numero degli utenti afferenti ai servizi per la diagnosi e cura della dipendenza si è stabilizzato. Nel 2014 gli utenti che si sono rivolti ai servizi territoriali per problematiche legate all'uso di sostanze legali ed illegali o per 'interventi di prevenzione', sono state 3069. Si è trattato per lo più di maschi (circa l'83% dei pazienti totale), con un'età media di 38,5 anni ($\pm 10,8$), dato sovrapponibile a quello del sesso femminile (39,0 $\pm 12,6$ anni); si segnala che la differenza tra i due sessi non è statisticamente significativa; $p=0,409$. La fascia d'età che maggiormente si è rivolta ai servizi è quella dei giovani adulti (dai 25 ai 44 anni), questa fascia rappresenta circa il 60% degli utenti dei Ser.T (Tab. 34); anche stratificando i soggetti per genere questa fascia d'età rimane predominante (61% dei maschi e 51,2% circa delle femmine).

Tabella 45 - Frequenze assolute e % degli utenti delle U.O.S. provinciali per genere e classi di età

Anno 2014	F	M	M+F
Classi di età	N (%)	N (%)	N (%)
<14 Pre-adolescenti	2 (0,4)	4 (0,2)	6 (0,2)
14-17 Adolescenti	15 (2,9)	57 (2,2)	72 (2,4)
18-24 Giovani	61 (11,6)	188 (7,4)	249 (8,1)
25-44 Giovani adulti	268 (51,2)	1552 (61,0)	1820 (59,3)
45-64 Adulti	167 (31,9)	717 (28,2)	884 (28,8)
65-74 Giovani anziani	8 (1,5)	22 (0,9)	30 (1,0)
75+ Anziani	3 (0,6)	5 (0,2)	8 (0,3)
Totale	524 (100,0)	2545 (100,0)	3069 (100,0)

La distribuzione e la composizione degli utenti nelle tre sedi territoriali della provincia (Pavia, Voghera e Vigevano) rispecchia quella evidenziata a livello provinciale (Tab. 45a, 45b e 45c).

Tabella 45a - Frequenze assolute e % degli utenti del U.O.S. Pavese ed Oltrepò - sede di Pavia - per genere e classi di età

Anno 2014	F	M	M+F
Classi di età	N (%)	N (%)	N (%)
<14 Pre-adolescenti	0 (0,0)	1 (0,1)	1 (0,1)
14-17 Adolescenti	3 (1,1)	32 (2,5)	35 (2,3)
18-24 Giovani	24 (9,2)	108 (8,4)	132 (8,5)
25-44 Giovani adulti	129 (49,2)	792 (61,5)	921 (59,5)
45-64 Adulti	99 (37,8)	341 (26,5)	440 (28,4)
65-74 Giovani anziani	5 (1,9)	12 (0,9)	17 (1,1)
75+ Anziani	2 (0,8)	1 (0,1)	3 (0,2)
Totale	262 (100,0)	1287 (100,0)	1549 (100,0)

Tabella 45b - Frequenze assolute e % degli utenti del U.O.S. Pavese ed Oltrepò - sede di Voghera - per genere e classi di età

Anno 2014	F	M	M+F
Classi di età	N (%)	N (%)	N (%)
<14 Pre-adolescenti	1 (1,2)	2 (0,4)	3 (0,5)
14-17 Adolescenti	4 (4,8)	13 (2,8)	17 (3,1)
18-24 Giovani	12 (14,3)	21 (4,5)	33 (6,0)
25-44 Giovani adulti	45 (53,6)	247 (53,3)	292 (53,4)
45-64 Adulti	21 (25,0)	174 (37,6)	195 (35,6)
65-74 Giovani anziani	0 (0,0)	5 (1,1)	5 (0,9)
75+ Anziani	1 (1,2)	1 (0,2)	2 (0,4)
Totale	84 (100,0)	463 (100,0)	547 (100,0)

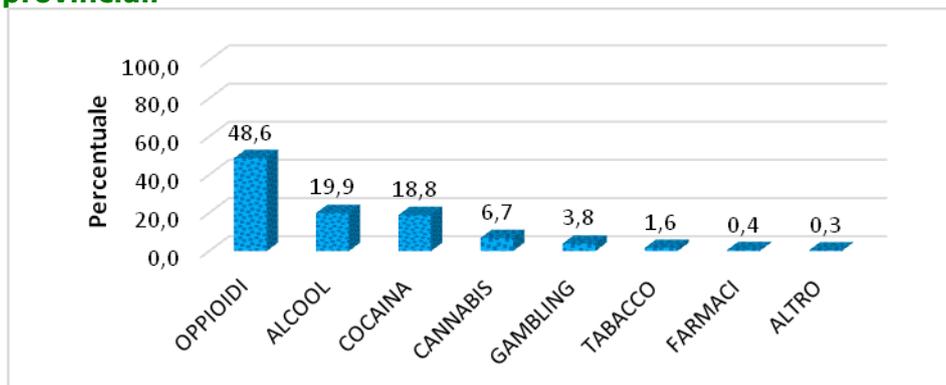
Tabella 45c - Frequenze assolute e % degli utenti del U.O.S. Lomellina - sede di Vigevano- per genere e classi di età

Anno 2013	F	M	M+F
Classi di età	N (%)	N (%)	N (%)
<14 Pre-adolescenti	1 (0,6)	1 (0,1)	2 (0,2)
14-17 Adolescenti	8 (4,5)	12 (1,5)	20 (2,1)
18-24 Giovani	25 (14,0)	59 (7,4)	84 (8,6)
25-44 Giovani adulti	94 (52,8)	513 (64,5)	607 (62,4)
45-64 Adulti	47 (26,4)	202 (25,4)	249 (25,6)
65-74 Giovani anziani	3 (1,7)	5 (0,6)	8 (0,8)
75+ Anziani	0 (0,0)	3 (0,4)	3 (0,3)
Totale	178 (100,0)	795 (100,0)	973 (100,0)

LE SOSTANZE D'ABUSO UTILIZZATE

I soggetti che fanno uso/abuso di oppioidi sono circa il 49% di coloro che si rivolgono ai servizi territoriali (Fig 24). I consumatori di cocaina e di alcol rappresentano, invece, circa il 40% degli utenti (20% alcol e 19% cocaina). La percentuale di pazienti con problematiche di gioco d'azzardo (GAP) è pari al 4% circa degli utenti; dopo un trend in aumento negli ultimi tre anni, nell'ultimo anno sembra che la presa in carico per questa patologia si sia stabilizzata. Nell'anno 2014, infatti, si riscontra la stessa percentuale della presa in carico per GAP rispetto al 2013 (4% degli utenti nel 2013, 3,2% nel 2012 e 2,4% nel 2011). La percentuale, invece, dei pazienti che abusano di cannabis si è ridotta negli ultimi due anni, si è passati dal 10,5% del 2010 al 6,7% nel 2014.

Figura 24 - Distribuzione % della sostanza primaria utilizzata dagli utenti delle sedi territoriali provinciali



Irrilevante, invece, è la quota di soggetti che sono stati presi in cura per l'abuso di farmaci e per utilizzo di altre sostanze cosiddette: 'nuove droghe' (droghe naturali o sintetiche di nuova generazione). Considerando i servizi territoriali distinti per sede la situazione è sovrapponibile a quella provinciale.

Le distribuzioni della dipendenza da cocaina/alcol e del GAP, invece, cambia leggermente sia tra le sedi territoriali sia rispetto la situazione provinciale. Nel territorio della Lomellina la seconda sostanza d'abuso maggiormente utilizzata è la cocaina (circa 24% degli utenti) e la terza più 'abusata' è l'alcol (poco più del 17% degli utenti), mentre la situazione è invertita a livello provinciale e nei territori del Pavese ed Oltrepò (sede di Pavia: 21,4% alcol e 16,4% cocaina, Sede di Voghera: 19,9% alcol e 17,1% cocaina).

Per quanto riguarda la frequenza della dipendenza da GAP, si nota come nel territorio della sede di Pavia vi sia una situazione completamente diversa rispetto al territorio della sede di Voghera e al territorio della Lomellina. Nella sede di Pavia il 4,9% degli utenti presi in cura al servizio ha una diagnosi di GAP, nella sede di Vigevano 2,9% e nel vogherese il 2,1%.

Distribuzione delle sostanze d'abuso primario nelle diverse fasce d'età

Gli utenti dei Servizi per le Dipendenze coprono quasi tutte le fasce d'età; i pazienti in cura sono adolescenti, adulti ed anziani ognuno dei quali con esigenze di cura e trattamento diverse, ovviamente legate sia alla tipologia di sostanza abusata (chimica e non chimica es. GAP), sia alle caratteristiche proprie della fascia d'età d'appartenenza.

Come era prevedibile, la sostanza d'abuso 'prediletta' dagli adolescenti è la cannabis; infatti, quasi la totalità (100% meno di 14 anni e 90,2% tra i 14 e 17 anni) degli adolescenti in cura abusa di cannabis come sostanza primaria (Tab 46). Per le fasce d'età che vanno dai 18 agli 64 anni, invece, la sostanza d'abuso primaria più frequente è l'eroina con i suoi derivati (genericamente definiti come oppioidi) e quasi la metà degli utenti in queste fasce d'età utilizza gli oppioidi (dal 45% circa al 53%). Tra i giovani però la seconda sostanza più utilizzata è la cannabis (circa il 27%) seguita dalla cocaina (circa 20%).

Per i giovani adulti la cocaina è la seconda sostanza d'abuso (23%), mentre gli alcolici sono utilizzati come sostanza primaria solo dal 16% circa. Tra gli adulti la frequenza d'uso delle sostanze cocaina/alcol presenta un'inversione. Il 32% circa degli adulti utilizza alcolici mentre solo l'19% circa fa uso di cocaina.

Quasi la metà dei giovani anziani abusa di alcolici (48,3%), mentre il 24,1% ha problemi legati alla dipendenza da GAP. Per gli anziani il problema della dipendenza è legato spesso all'abuso di alcolici (72% circa vs 89% nel 2013), anche se nell'ultimo anno si segnala che circa il 29% di anziani è stato preso in cura per problemi di GAP (aumentato rispetto al 2013: 11%).

Tabella 46 - Distr %, a livello provinciale, della sostanza d'abuso entro fascia d'età

Classe d'età	Oppioidi	Cocaina	Alcool	Cannabis	Gambling	Tabacco	Farmaci	Altro	Totale
<14	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
14-17	7,8	2,0	0,0	90,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
18-24	46,4	19,6	4,8	26,8	2,4	0,0	0,0	0,0	100,0

25-44	53,1	23,0	15,7	4,2	2,3	0,8	0,4	0,5	100,0
45-64	44,4	18,8	31,9	1,4	6,6	3,4	0,5	0,0	100,0
65-74	13,8	3,5	48,3	3,5	24,1	6,9	0,0	0,0	100,0
75+	0,0	0,0	71,4	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	100,0

La situazione del poliabuso nel territorio

Di tutti gli utenti dei Servizi territoriali per le dipendenze circa il 25% (735 soggetti) ha problemi di poliabuso. Il poliabuso è l'utilizzo simultaneo di due o più sostanze; questa associazione può riguardare l'uso di alcol abbinato a sostanze illegali, oppure l'uso associato di droghe diverse. A livello provinciale si nota come i pazienti che utilizzano gli oppioidi sono spesso anche dei poliabusatori; infatti il 42,3% di chi fa uso di oppioidi sono poliabusatori. Risulta, invece, molto più bassa la frequenza dei poliabusatori tra coloro che abusano di altre sostanze, soprattutto di alcolici (Tab. 47).

Tabella 47 - Distribuzione % dell'essere poliabusatore entro sostanza primaria d'abuso

Sostanza primaria	Poliabusatore		Totale
	Sì	No	
Alcool	7,5	92,5	100,0
Cannabis	10,6	89,4	100,0
Cocaina	17,3	82,7	100,0
Oppioidi	42,3	57,7	100,0
Totale	27,7	72,3	100,0

Anche a livello dei tre territori la situazione è sovrapponibile a quella provinciale; infatti, tra coloro che fanno uso di oppioidi si ha la maggior percentuale (circa la metà) di soggetti poliabusatori.

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER LE DIPENDENZE

Sul territorio della ASL di Pavia insistono 2 U.d.O. semiresidenziali per un totale di 33 posti contratto, 10 allocati in una UdO del Distretto di Voghera e 23 in una struttura semiresidenziale del Distretto di Pavia.

Le Comunità residenziali sono complessivamente 15, di cui 3 dislocate della Lomellina, 2 nel Distretto dell'Oltrepò e 5 nel Distretto Pavese. L'offerta complessiva è di 314 posti letto autorizzati di cui 299 a contratto suddivisi in moduli differenti a seconda della problematica emergente e del conseguente bisogno del cittadino.

OFFERTA TERRITORIALE: L'INDICE DI COPERTURA

Nel dettaglio sono disponibili i seguenti posti letto a contratto:

- 159 di tipo Terapeutico Riabilitativo, prevalentemente nel Distretto Pavese (139; 87,4%);
- 66 di tipo Pedagogico Riabilitativo (69,7% nel Distretto della Lomellina e 30,3% nel Distretto Pavese);
- 3 PL di Accoglienza, tutti allocato nel Distretto Lomellina;
- 13 PL per Coppie, Nuclei famigliari, anche con figli, 8 in Lomellina e 5 nel Pavese;
- 33 PL per Alcolismo e Polidipendenza, 14 in Lomellina e 19 nel Pavese;
- 25 posti per pazienti con Comorbidità Psichiatrica, 10 in Oltrepò e 15 nel Pavese.

Tabella 48- Comunità Terapeutiche Residenziali, n° PL a contratto per tipologia di modulo

Ambito territoriale/Distretto	N° UdO	TERAP RIAB RESID	PEDAG RIAB RESID	ACCOGLIENZA RESID	COPPIE SOGG CON FIGLI NUCLEI FAM	ALCOL E POLIDIP	COMORB PSICH RESID
Garlasco	1	0	13	1	0	0	0
Mortara	1	0	33	2	0	14	0
Vigevano	1	0	0	0	8	0	0
LOMELLINA	3	0	46	3	8	14	0
Voghera	2	20	0	0	0	0	10
OLTREPO	2	20	0	0	0	0	10
Certosa	2	51	0	0	0	0	0
Corteolona	3	53	20	0	5	9	0
Pavia	5	35	0	0	0	10	15
PAVESE	10	139	20	0	5	19	15
PROVINCIA	15	159	66	3	13	33	25

L'indice di copertura ha valori differenti nei tre Distretti: è più alto nel Distretto Pavese, dove si contano 1,56 posti a contratto ogni 1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 65 anni. Nel Distretto della Lomellina e nel Distretto dell'Oltrepò è stato calcolato un indice di copertura inferiore al dato provinciale (rispettivamente 0,63 e 0,46 ogni 1000 target)

Tabella 49- offerta territoriale residenziale e semiresidenziale per le Dipendenze

Residenti 15-64 aa	N° PL contratto		Indice di copertura per 1000		
	Residenziale	Semiresidenziale	Residenziale	Semiresidenziale	Totale
Garlasco	34.657	14	0,40		0,40
Mortara	26.697	49	1,84		1,84
Vigevano	52.141	8	0,15		0,15
LOMELLINA	113.495	71	0,63		0,63
Broni	24.503	0	0,00		0,00
Casteggio	21.178	0	0,00		0,00
Voghera	40.721	30	0,74		0,98
OLTREPO	86.402	30	0,35	0,12	0,46
Certosa	49.275	51	1,04		1,04
Corteolona	29.501	87	2,95		2,95
Pavia	63.179	60	0,95		1,31
PAVESE	141.955	198	1,39	0,16	1,56
PROVINCIA	341.852	299	0,87		0,97

L'UTILIZZO DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE: IL TASSO DI SATURAZIONE

Tabella 50- tasso di saturazione per le 15 Comunità Terapeutiche

Distretto	Giorni disponibili	Giorni utilizzati	%saturazione
Vigevano	2.920	1.244	42,6
Garlasco	5.110	3.814	74,6
Mortara	17.885	14.888	83,2
LOMELLINA	25.915	19.946	77,0
Voghera	10.950	8.577	78,3
Voghera	2.610	671	25,7
Corteolona	13.870	13.393	96,6
Certosa	13.140	11.746	89,4

Corteolona	7.300	6.957	95,3
OLTREPO	47.870	41.344	86,4
Pavia	7.300	4.092	56,1
Pavia	5.475	5.126	93,6
Pavia	3.650	3.630	99,5
Pavia	6.003	5.890	98,1
Pavia	5.475	5.371	98,1
Certosa	5.475	3.867	70,6
Corteolona	10.585	7.148	67,5
PAVESE	43.963	35.124	79,9
PROVINCIA	117.748	96.414	81,9

Per quanto riguarda il tasso di saturazione si evidenziano valori molto differenti all'interno delle singole UdO. (Tab. 50) e tale fenomeno è legato alle caratteristiche del target, a volte multiproblematico per la presenza contemporanea di disturbo di abuso/dipendenza da sostanze e disturbo psichiatrico. L'accesso in Comunità terapeutica inoltre non viene spesso accettato di buon grado dai pazienti e circa il 20% di loro abbandona la residenzialità entro i primi tre mesi dall'accesso.

INDIVIDUAZIONE DI ALCUNI BISOGNI AREA ANZIANI E AREA MONIRI

La seguente relazione vuole raccogliere ed analizzare alcuni elementi utili ad una riflessione sull'assetto organizzativo territoriale, sociosanitario e sociale, nell'ottica di un raccordo funzionale degli interventi atti al miglioramento dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale al fine di rispondere in modo sempre più appropriato e puntuale ai bisogni del cittadino.

A tale scopo, sono state elaborate 2 relazioni che di seguito vengono riportate. La prima riguarda un'analisi sullo stato dei ricoveri presso le RSA del territorio della provincia di Pavia di soggetti con bisogni assistenziali leggeri e con necessità di protezione sociale (classi SOSiA 7 e 8), confrontate con le inapproprietezze di inserimento di persone anziane necessitanti un'assistenza socio-sanitaria continua presso unità d'offerta collocate al di fuori della rete (case famiglia e comunità alloggio per anziani).

La seconda riguarda un'analisi, scaturita dalla verifica della misura n. 6 prevista nella Dgr 856/2013, svolta presso le Comunità educative del territorio della provincia di Pavia che mette in evidenza, tra gli ospiti, un'elevata incidenza di disturbi psicopatologici dell'età adolescente e preadolescente.

ANALISI DEGLI INSERIMENTI DI SOGGETTI CON PROBLEMATICHE PREVALENTEMENTE SOCIALI NELLE RSA RISPETTO AL COLLOCAMENTO DI SOGGETTI NECESSITANTI DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA CONTINUA IN STRUTTURE SOCIALI UBICATE AL DI FUORI DELLA RETE

CENNI SUL CONTESTO TERRITORIALE

Il territorio di riferimento dell'A.S.L. di Pavia, costituito dall'intera provincia, è il terzo della Lombardia per estensione (2.965 kmq) e per numero di Comuni (190). Rappresenta il 12,5% del territorio lombardo, ha una densità di 188 ab/Kmq e comprende tre Distretti socio-sanitari: **Distretto Pavese** con 61 Comuni e Pavia capoluogo territoriale e provinciale, **Distretto Lomellina** con 51 Comuni e Vigevano capoluogo e **Distretto Oltrepo** con 78 Comuni e Voghera capoluogo. Tali Distretti sono suddivisi in 9 ambiti territoriali, così associati: nel Pavese si riscontra l'ambito di Pavia, di Corteolona e di Certosa, l'Oltrepo raggruppa Voghera, Casteggio e Broni, la Lomellina riunisce Vigevano, Mortara e Garlasco.

La provincia di Pavia, costituita al dicembre 2013 da oltre 550.000 persone, è una delle province italiane che presenta il più elevato indice di invecchiamento e di vecchiaia: a livello provinciale l'11,9% della popolazione ha un'età \geq a 75 anni e più di un residente su 5 è ultra65enne (22,8%). La popolazione provinciale presenta altresì un'importante prevalenza di patologie croniche, che

interessano più del 30% della popolazione generale e molto spesso sono concomitanti nello stesso soggetto. (dati tratti dalla relazione “Attività di analisi dei dati di contesto aggiornati al 31/12/2013 per le U.d.O. RSA e RSD” trasmessa a Regione Lombardia dall'U.O.C. B.A.C. dell'ASL di Pavia in data 30-06-2014)

ANALISI DELL'OFFERTA DI R.S.A. NEL TERRITORIO DELL'ASL DI PAVIA

Presso il territorio della ASL di Pavia insistono 84 Residenze Sanitario Assistenziali (RSA) e complessivamente 5.798 posti letto autorizzati, di cui 5.670 accreditati (tab. 1). Il 91,3% delle RSA (76) ha un contratto stipulato con la ASL, per un totale di n. 5292 posti a contratto al 30-06-2014. Nella tabella 51 viene illustrata la distribuzione dei posti letto nel territorio della provincia di Pavia, dalla quale emerge una maggiore offerta in Lomellina. Infatti presso le 76 strutture, accreditate ed a contratto che insistono sul territorio della ASL di Pavia, i posti letto sono dislocati prevalentemente in Lomellina (46,6%), segue l'Oltrepo, con il 32,0% del totale provinciale ed infine il Pavese, che con le 11 RSA a contratto presenta il 21,3% del totale provinciale.

Tabella 51 – Residenze Sanitario Assistenziali presenti nell'ASL di Pavia (1° trim. 2014)

ambito territoriale/distretto socio-sanitario	n° rsa	n° rsa a contratto	posti solo autorizzati	posti solo accreditati	posti a contratto
Pavia	4	2	18	122	358
Corteolona	5	3	2	40	258
Certosa	6	6	5	0	514
Pavese	15	11	25	162	1.130
Voghera	19	18	45	1	976
Casteggio	5	4	2	100	207
Broni	6	6	0	16	519
Oltrepo	30	28	47	117	1.702
Vigevano	5	5	11	35	419
Mortara	13	12	4	42	825
Garlasco	21	20	41	22	1.216
Lomellina	39	37	56	99	2.460
Provincia	84	76	128	378	5.292

Inoltre, per quanto riguarda l'offerta territoriale di posti letto (tab. 52) nello specifico a livello provinciale si contano 8,1 posti letto a contratto ogni 100 residenti ultrasettantacinquenni; il valore più elevato è confermato in Lomellina con 11,2 posti letto a contratto ogni 100 residenti ultrasettantacinquenni), mentre l'Oltrepo ha un valore molto simile al dato provinciale (8,2). Il valore più basso si riscontra nel Pavese, dove sono presenti solo 5 posti letto a contratto ogni 100 residenti ultrasettantacinquenni.

Tabella 52 - Offerta territoriale, stratificazione per Distretto e Ambito territoriale

Ambito territoriale/Distretto socio-san.	n pl contratto	pop 75+	Offerta territoriale
Pavia	358	12.964	2,8
Corteolona	258	4.699	5,5
Certosa	514	5.112	10,1

PAVESE	1.130	22.775	5,0
Voghera	962	9.812	9,8
Casteggio	207	4.767	4,3
Broni	519	5.908	8,8
OLTREPO	1.688	20.487	8,2
Vigevano	419	9.380	4,5
Mortara	825	5.438	15,2
Garlasco	1.216	7.199	16,9
LOMELLINA	2.460	22.017	11,2
PROVINCIA	5.278	65.279	8,1

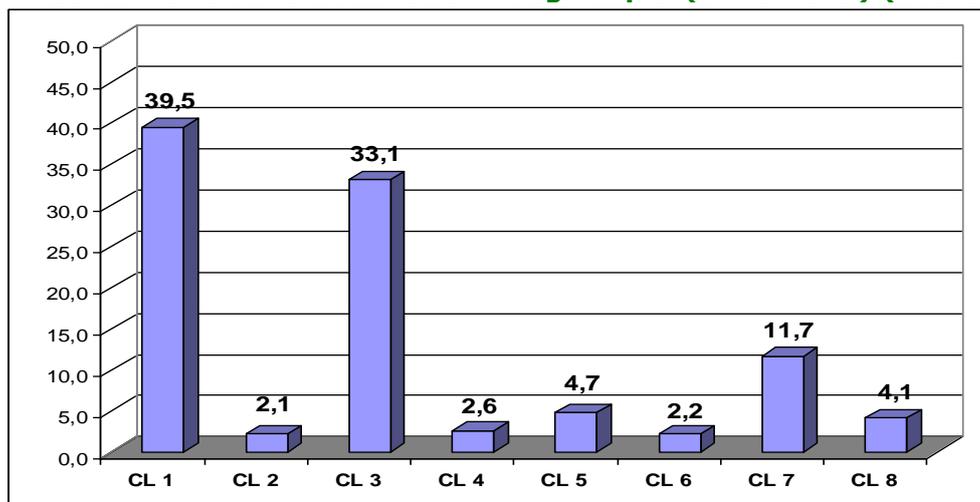
In merito al tasso di saturazione, si aggiunge che, a livello provinciale, questo è pari al 98.1%, mostrando un leggero incremento rispetto al dato relativo nel primo semestre 2013 (97,75%). Non si evidenziano sostanziali differenze tra i tre Distretti, che presentano un tasso di saturazione nello specifico per il Pavese pari al 98,8 %, per la Lomellina pari al 98,1 % e per l'Oltrepo pari al 97,6 %.

ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE IN CLASSI SOSIA SUL TERRITORIO

L'analisi delle classi di fragilità degli ospiti inseriti nelle RSA, valutata considerando complessivamente le 76 RSA a contratto, evidenzia una prevalenza dei pazienti più complessi. Come evidenziato nella figura riassuntiva (fig. 25) sotto riportata, nello specifico oltre il 70% degli ospiti delle RSA si trova in Classe 1 (39,5%) o in Classe 3 (33,1%).

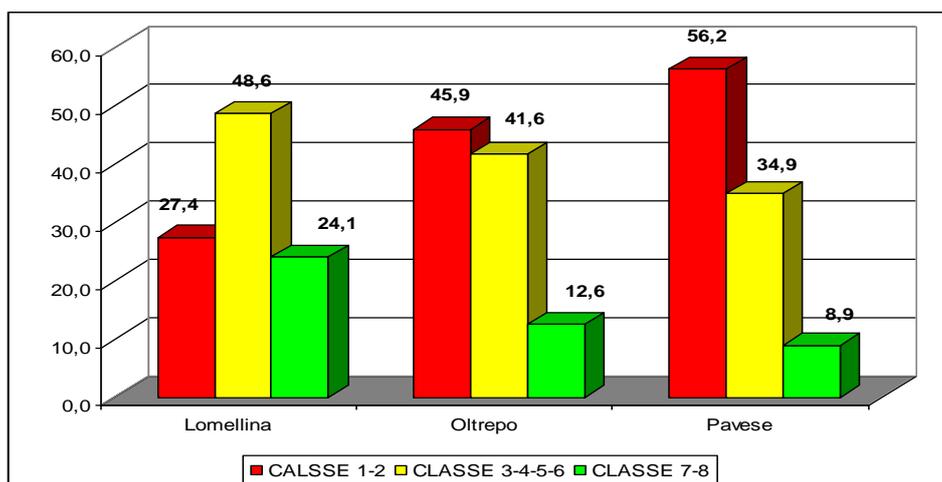
Spicca invece la percentuale di ospiti nelle classi 7 e 8 che risulta essere il 16% degli ospiti accolti.

Figura 25: Distribuzione delle classi SOSIA degli ospiti (anno 2013) (dati UOC BAC)



Se si analizza la complessità dell'ospite dopo aver stratificato per Distretto di allocazione delle RSA, risulta che gli ospiti maggiormente complessi trovano accoglienza nelle strutture del Pavese e dell'Oltrepo piuttosto che in Lomellina, dove, pur essendo presente un numero maggiore di RSA, vengono accolti ospiti con minor carico assistenziale (fig. 26).

Figura 26 - Distribuzione classe SOSIA degli ospiti per Distretto di allocazione della RSA



Infatti nel Distretto della Lomellina, che presenta un indice di offerta territoriale più alto tra i tre Distretti e rispetto al dato provinciale, solo il 27,4% degli ospiti delle RSA sono in Classe 1 o 2, e, per contro, il 24% degli ospiti si trova nelle classi di minore fragilità (Classi 7-8).

Questo dato mette in evidenza l'ottica tradizionale lomellina che ha visto sorgere strutture socio-sanitarie per anziani su antichi cronichi o ricoveri per indigenti, di natura prevalentemente pubblica (anche se a seguito di lasciti da parte di famiglie benefattrici con missione e scopi sociali), mediamente di piccole dimensioni, all'interno del contesto socio-abitativo e con la presa in carico di anziani con fragilità limitate e con necessità di protezione abitativa e sociale.

Le RSA che si trovano nel Distretto Pavese hanno invece la più alta percentuale di pazienti "gravi", accogliendo ben il 56,2% dei pazienti valutati nelle classi 1 o 2, così come in Oltrepò spicca una percentuale del 45,9 % di ospiti classificati in classe 1 e 2. In questi due territori gli attori presenti nel sistema delle Residenze per anziani sono soprattutto rappresentati da enti privati, del privato sociale, del privato "for profit".

Gli ospiti invece delle classi 7 e 8 accolti nelle residenze del Pavese e dell'Oltrepò sono di gran lunga in numero inferiore a quelli accolti in Lomellina: il 12,6% degli ospiti nelle strutture oltrepadane e solo il 9% circa nelle strutture del territorio pavese.

In tale contesto va fatta una particolare considerazione in merito alla retta praticata dalle RSA del territorio: nella provincia di Pavia, emerge significativamente come le strutture residenziali socio-sanitarie per anziani nel distretto della Lomellina applichino una retta media ponderata, calcolata in € 49,75, risultante significativamente più bassa rispetto agli altri due Distretti socio-sanitari pavesi (Pavese: € 59,18, Oltrepò: € 55,56).

Alla luce di questi dati si evincono quindi 2 significative evidenze.

1. una maggior offerta di posti letto in Lomellina con una percentuale elevata di ricoveri di persone anziane in classi SOSiA 7 e 8, che sovrasta l'offerta più bassa di posti letto del Pavese e dell'Oltrepò e che non stimola la nascita di nuove strutture alternative;
2. il costo della degenza sopportata dall'assistito e dalla famiglia può rappresentare un onere particolarmente gravoso in un contesto come quello attuale di impoverimento delle famiglie. Ne consegue pertanto uno spostamento della domanda sia verso le RSA con rette mediamente più basse, sia soprattutto verso le strutture residenziali sociali non appartenenti alla rete regionale delle unità d'offerta socio-assistenziali, risultanti meno costose e con propensione all'applicazione di una retta spesso "personalizzata", anche in casi che non rispondono all'appropriatezza dell'inserimento.

ANALISI DELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIALE NON RIENTRANTI NELLA RETE REGIONALE QUALE RISPOSTA AI BISOGNI DEGLI ANZIANI

Alla luce dei dati sopra riportati e delle ipotesi avanzate, si sviluppa la presente analisi in merito alle strutture in esercizio al di fuori della rete con particolare riferimento alle case famiglia ed alle comunità alloggio per anziani.

Si tratta di una realtà che negli ultimi due anni ha conosciuto un importante sviluppo sul territorio provinciale che è stato possibile rilevare a seguito dello stretto raccordo che la U.O.S ha posto in essere con gli Ambiti territoriali, da cui si è anche strutturata, a partire dal 2012, una registrazione del suddetto fenomeno. Va sottolineato che tale registrazione, in primis, era discesa da una richiesta di Regione Lombardia del settembre 2012 che prevedeva una rilevazione dei servizi per la residenzialità leggera, alla luce del Piano d'Azione Regionale per le politiche a favore delle persone con disabilità approvato con D.g.r. n. 983 del 15-12-2010 che, al punto 4.1.2. "sostegno alle persone con disabilità nel loro progetto di vita", prevedeva lo sviluppo di interventi volti ad assicurare alle persone disabili il più alto livello possibile di autonomia ed integrazione ed, in particolare, individuava forme di "residenzialità integrata" nel territorio rivolte a persone con livelli di autosufficienza tali da non richiedere una residenzialità protetta.

Tale ricognizione aveva contemplato tipologie di strutture normate (Minialloggio protetto per anziani, Casa Albergo e Casa di Soggiorno) e unità d'offerta non normate (Comunità Familiare per disabili, Mini alloggi per disabili, Comunità Familiare per anziani, Comunità Alloggio per anziani). A fronte di tale prima ricognizione, la dimensione numerica era stata la seguente (tab. 53):

Tabella 53 – Tipologia e numero di unità d'offerta non inserite nella rete delle unità d'offerta sociali – anno 2012

TIPOLOGIA DI UDO EXTRA RETE	N. STRUTTURE anno 2012
COMUNITA' ALLOGGIO PER ANZIANI	10
COMUNITA' FAMILIARE PER ANZIANI	33
CASE ALBERGO	8
TOTALE	51

Nel 2012 le strutture sopra riassunte offrivano una capacità ricettiva totale pari a 185 posti letto, di cui n. 153 risultavano occupati. La retta mensile richiesta in Lomellina si sostanzava da un minimo di €. 850 euro ad un massimo di €. 1.650, nel Pavese da un minimo di €. 1.400 ad un massimo di €. 1.850, in Oltrepo da un minimo di €. 1.200 euro ad un massimo di €. 2.280 euro.

Nel marzo del 2013 si è provveduto ad un ulteriore invio di dati aggiornati che Regione Lombardia aveva richiesto in merito alla "ricognizione dei servizi extra rete". La stessa Regione Lombardia aveva costituito anche un gruppo di lavoro dedicato e composto da referenti tecnici di cui ASL Pavia faceva (e fa tuttora) parte.

Una più recente ricognizione (al 30-06-2014), documenta un forte incremento di tali unità d'offerta sul territorio dell'ASL di Pavia. Si riporta nella tabella seguente (tab. 54) la dimensione numerica che caratterizza tali strutture nel territorio pavese.

Tabella 54 – Tipologia e numero di unità d'offerta non inserite nella rete delle unità d'offerta sociali – anno 2014

TIPOLOGIA DI UDO EXTRA RETE	N. STRUTTURE anno 2012
COMUNITA' ALLOGGIO PER ANZIANI	14
COMUNITA' FAMILIARE PER ANZIANI	61
CASE ALBERGO	8
TOTALE	83

Per quanto riguarda le comunità alloggio per anziani e le comunità familiari per anziani, il cui totale risulta pari a n. **75**, si declinano nella figura (fig. 26) e nella tabella sotto riportate (tab. 54) le

distribuzioni territoriali, nonché la relativa capacità ricettiva che risulta essere globalmente di **502** posti

Figura 26 - distribuzione Case Famiglia e Comunità Alloggio distinti per Territorio (Dati UOC BAC)

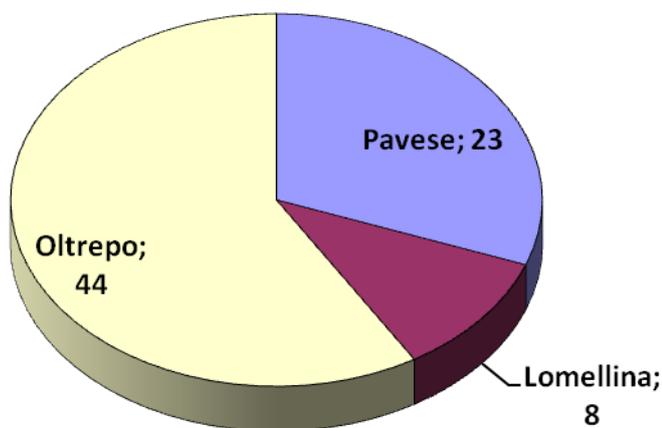


Tabella 55 - Posti letto relativo alle Case Famiglia per anziani e Comunità alloggio distinti per Distretto di ubicazione - anno 2014

NUMERO CASE FAMIGLIA/COMUNITA' ALLOGGIO	DISTRETTO	TERRITORIO	TOTALE POSTI LETTO
18	CORTEOLONA	PAVESE	167
5	PAVIA		26
Totale 23			193
1	BRONI	OLTREPO	8
7	CASTEGGIO		40
36	VOGHERA		202
Totale 44			250
2	GARLASCO	LOMELLINA	23
1	MORTARA		6
5	VIGEVANO		30
Totale 8			59
TOTALE STRUTTURE: 75		TOTALE POSTI LETTO: 502	

La distribuzione dei posti letto nelle strutture fuori rete sul territorio appare prevalente in Oltrepò, pari al 59 % rispetto al totale, seguito dal territorio Pavese (30,67% sul totale), contrariamente alla Lomellina che invece vede sul proprio territorio solo il 10,67%.

Tale distribuzione può essere imputata alla concomitanza di diversi fattori:

- le caratteristiche geografiche del territorio: il richiamo della zona collinare e la presenza di centri termali;
- le rette applicate dalle RSA che giocano un ruolo importante nell'ottica della risposta del territorio ai bisogni: le strutture sociali non collocate nella rete delle unità d'offerta presentano una retta media pari ad €. 1.600, corrispondenti a circa € 53/die, a fronte di una retta media di € € 55,56 delle RSA dell'Oltrepò e di € 59,18 nel Pavese), risultando sicuramente più avvicinabile dalle famiglie; al contrario in Lomellina, a fronte di una retta media richiesta dalle RSA inferiore (€.49,75/die), si rileva una presenza minima di case famiglia, stante l'accoglienza più alta di classi SOSiA 7 e 8 nelle strutture socio-sanitarie;

- la congiuntura economica che ha determinato negli ultimi anni la perdita di posti di lavoro in soggetti di età media che difficilmente riescono a riconvertirsi, con particolare riferimento all'occupazione femminile: tali strutture vedono in prevalenza l'impiego di donne, diplomate ASA/OSS, che rientrano nel mercato del lavoro diventando imprenditrici (soggetti gestori delle Case famiglia); le case famiglia inoltre vedono uno sbocco per l'impiego di lavoratori stranieri e per giovani donne;
- il livello di fragilità degli ospiti: incrociando i dati tra la tipologia degli ospiti accolta nelle RSA dei tre Territori e la distribuzione territoriale delle unità d'offerta situate al di fuori della rete sociale, si può individuare una correlazione tra la maggior presenza di persone anziani valutate in classi SOSiA 7 e 8 nelle RSA della Lomellina ed un minor numero di strutture fuori rete (case famiglia e le comunità alloggio per anziani); viceversa in Oltrepò, ad una maggiore presenza di case famiglia corrisponde una minore percentuale di ospiti appartenenti alle classi SOSiA 7 e 8 delle stesse RSA. A tale proposito, si è riscontrato inoltre che alcune RSA dell'Oltrepò gestiscono anche strutture fuori rete, che rappresentano un'offerta "ponte" tra il domicilio e la RSA, dedicata a pazienti che presentano situazioni di fragilità sociale e che non necessitano ancora di un ricovero protetto socio-sanitario.

In seguito ad intese con gli Enti competenti, scaturite dal ruolo proattivo dell'ASL di Pavia ed alla luce delle segnalazioni pervenute, sono stati condotti presso le 75 unità d'offerta sopra descritte, 4 sopralluoghi nell'anno 2012, 15 sopralluoghi nell'anno 2013 e 7 sopralluoghi fino all'agosto del 2014, per un totale di 26 sopralluoghi, che hanno visto impegnata un'equipe dell'UOS Vigilanza e Appropriata composta da un medico, un'assistente sociale ed un infermiere.

In tutti i sopralluoghi, condotti con la compresenza di funzionari del Comune di ubicazione dell'unità d'offerta e/o personale afferente al NAS di Cremona o ad altre forze dell'Ordine, sono stati verificati tutti gli ospiti inseriti e presenti al momento del controllo (per un totale di n. **184**), attraverso anche la visione della documentazione sanitaria presente. Tale valutazione è stata effettuata spesso in collaborazione od anche alla presenza del Medico di Cure Primarie, invitato nel corso del sopralluogo. Di tutti gli ospiti oggetto del controllo, n. 33 (pari al 18%) presentavano condizioni cliniche non compatibili con la permanenza in casa famiglia o in comunità alloggio. Nella maggior parte dei casi, il peggioramento delle condizioni cliniche è avvenuto in un momento successivo all'inserimento in struttura, ma per alcuni di loro il quadro clinico necessitante un'assistenza socio-sanitaria continua era già presente all'ingresso in struttura (nella maggior parte di questi casi, era maggiormente indicato un inserimento in RSA e alcuni casi necessitavano di un inserimento in Hospice).

Negli ultimi due anni l'ASL di Pavia ha lavorato attivamente per la sensibilizzazione sulla tematica delle strutture extra rete sia con gli Enti responsabili (Comuni), sia con i Medici di Cure Primarie al fine di una sempre più stretta collaborazione nell'ottica di un attento monitoraggio di queste strutture.

In tale ambito, si è costituito un gruppo di lavoro all'interno della UOS Vigilanza e Appropriata, formato da un medico, un'assistente sociale, un'infermiera ed una fisioterapista, che ad oggi si è dato i seguenti obiettivi:

- ♣ supportare i referenti dei Comuni e di altre Istituzioni pubbliche adibite al controllo (Carabinieri, NAS, Direzione Territoriale del Lavoro, etc.) nella valutazione dell'appropriatezza dell'inserimento degli ospiti in tali unità d'offerta;
- ♣ monitorare, insieme ai Comuni/Ambiti territoriali, la presenza di tali unità d'offerta poste al di fuori della rete sociale regionale per una rilevazione dei bisogni del territorio a fini programmatori (art.19 della L.R.3/2008);
- ♣ favorire la circolarità delle informazioni tra i diversi professionisti che intervengono nel "sistema assistenziale", tra cui: Medici di Cure Primarie, altri Servizi dell'ASL (CEAD,

Centrale Operativa Voucher, Servizio Medicina Legale ed Invalidità Civile), Ospedali, Direzione Territoriale del Lavoro, etc.

CONCLUSIONI

L'analisi della situazione complessiva territoriale e i dati che emergono sono quelli relativi, soprattutto per quanto riguarda il Territorio dell'Oltrepò e del Pavese, ad un'inappropriatezza di inserimenti nelle case famiglia/comunità alloggio di persone anziane necessitanti di importanti interventi e cure socio-sanitarie (il dato sopra descritto riportava ben 33 ricoveri inadeguati). Per quanto invece riguarda il Territorio della Lomellina, si è rilevata una presenza maggiore di persone anziane - valutate in classe SOSiA 7 e 8 - che invece potrebbero trovare una collocazione in un contesto con più bassa intensità assistenziale (come la comunità familiare, di dimensione ridotta, con la presenza massima di 6 persone) in risposta ad un bisogno di socializzazione, di necessità del mantenimento di relazioni, di protezione abitativa, che consenta di condurre una vita comunitaria di tipo familiare.

Quanto sopra fa emergere un quadro territoriale di risposta ai bisogni sempre più comprensivo di strutture d'offerta sociale a carattere residenziale sorte "spontaneamente e sperimentalmente" e rivolte a persone anziane, fragili ma ancora con un buon grado di autonomia che rivestono un ruolo a "ponte" fra il domicilio e la RSA. Strutture che necessitano, a nostro parere, di una precisa normativa di esercizio e di controllo.

ANALISI, ALLA LUCE DEI CONTROLLI EFFETTUATI NELL'AMBITO DELLA MISURA N. 6 DELLA DGR. 856/2013, SVOLTA SUI MINORI INSERITI IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIALI PRESENTI NEL TERRITORIO DELL'ASL DI PAVIA

La seguente relazione riguarda un'analisi scaturita dalla verifica della misura n. 6 prevista nella Dgr 856/2013, svolta presso le Comunità educative del territorio della provincia di Pavia, che mette in evidenza, tra gli ospiti, un'elevata incidenza di disturbi psicopatologici dell'età adolescente e preadolescente. Tale indagine, accanto allo scopo generale di migliorare la presa in carico e garantire efficacia agli interventi relativi ai minori preadolescenti ed adolescenti inseriti nelle strutture sociali residenziali pavese, ha inoltre identificato alcuni obiettivi specifici:

- ▲ *aumentare l'utilizzo appropriato delle strutture residenziali per minori;*
- ▲ *promuovere la diversificazione fra strutture residenziali per minori presenti sul territorio riconoscendo la peculiarità di quelle strutture competenti per accogliere pre-adolescenti o adolescenti presentanti anche problematiche psicopatologiche nelle diverse fasi del loro ciclo;*
- ▲ *incrementare, grazie alla regia dell'ASL, la collaborazione di tutti i soggetti coinvolti nei percorsi assistenziali di preadolescenti o adolescenti presentanti quadri psicopatologici: Comuni, Ambiti, UONPIA, Consulitori familiari, Comunità residenziali, Servizi specialistici e Terzo settore, nel riconoscimento delle specifiche competenze.*

Nello specifico, l'UOS Vigilanza e Appropriatezza dell'ASL di Pavia, in attuazione dell'attività di verifica e controllo effettuata in riferimento alla Misura 6 della DGR 856/2013 ed in specifico all'art. 5 dell'allegato E, ha controllato i progetti educativi individualizzati di tutti i n. 160 minori residenti nel territorio pavese ed inseriti nelle strutture residenziali sociali per la prima infanzia. I controlli di tale misura sono stati effettuati sia mediante sopralluoghi presso le strutture, sia attraverso verifiche documentali in sede, accertando il 100% dei minori inseriti. Nello specifico i controlli hanno riguardato:

- n. 122 minori inseriti in un totale di n. 42 strutture insistenti sul territorio provinciale,
- n. 38 minori inseriti in un totale di n. 29 strutture extra provinciale.

Nell'ambito di tali controlli sono risaltate diverse situazioni particolarmente difficoltose, soprattutto in merito alla complessità delle condizioni di alcuni minori ed alla presenza di minori

con disturbi di carattere psicopatologico dell'età adolescente e preadolescente inseriti in tali strutture.

Pertanto si è ritenuto importante porre in atto, in parallelo, l'iniziativa di approfondire la conoscenza della tipologia di utenza presente nelle strutture residenziali per minori, per giungere ad una più consapevole lettura dei bisogni sociali e socio-sanitari.

A tale scopo è stata predisposta una tabella da inviare a tutte le n. 77 strutture del territorio nella quale venivano richieste, oltre al numero minori presenti in comunità e relativa età, diverse informazioni tra cui:

- osservazioni diagnostiche / diagnosi di psicopatologie
- ospiti in carico allo psicologo della struttura / in carico presso altri servizi specialistici
- ospiti in terapia con psicofarmaci / farmaci per la cura di dipendenze o abuso di sostanze stupefacenti o alcool
- dimissioni

Di tutte le strutture coinvolte, hanno risposto 55 unità d'offerta così suddivise (tab. 56):

Tabella n. 56 - Strutture residenziali per minori che hanno restituito il file compilato (per tipologia di unità d'offerta)

ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	COMUNITA' EDUCATIVE	COMUNITA' FAMILIARI
12	37	6

Gli utenti inseriti nel corso del primo semestre dell'anno 2014 presso le strutture residenziali che hanno risposto all'indagine conoscitiva sono risultati in totale n. **529** suddivisi per tipologia di Unità d'Offerta (tab. n. 57) da cui si evince che la maggioranza degli ospiti è inserita nelle Comunità educative.

Tabella n. 57 – Minori ospitati presso le strutture per la prima infanzia distinti nelle differenti tipologie d'unità d'offerta.

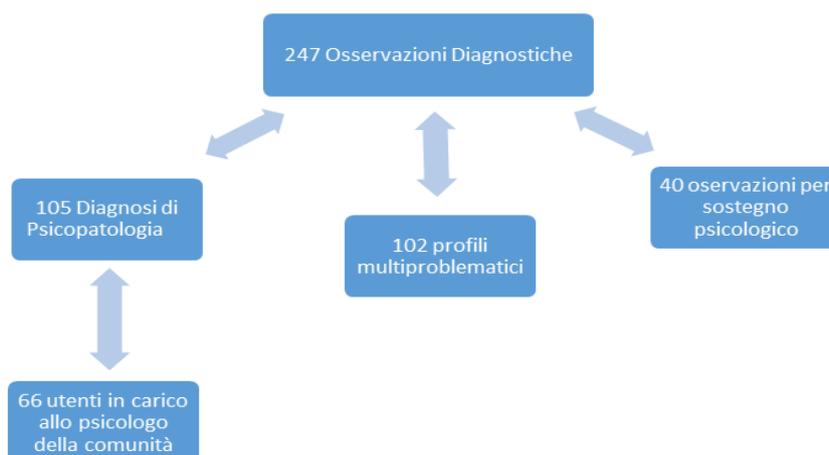
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	COMUNITA' EDUCATIVE	COMUNITA' FAMILIARI
75 di cui 15 mamme	429 di cui 15 mamme	25

L'elaborazione dei dati raccolti ha permesso di approfondire gli aspetti critici evidenziati in premessa. Di seguito si dettano i diversi aspetti considerati:

- **OSSERVAZIONI DIAGNOSTICHE / DIAGNOSI DI PSICOPATOLOGIE**

Sul totale dei 529 ospiti delle Comunità, si è reso necessario, in relazione al quadro comportamentale presentato dagli ospiti, l'effettuazione di un'osservazione diagnostica in n. 247 ospiti. Da tale osservazione sono scaturite diagnosi di psicopatologie, profili multiproblematici e quadri di sostegno psicologico come descritto nella figura sotto riportata (fig. 26).

Figura n. 26 – Minori/ospiti delle strutture residenziali per i quali è stata effettuata osservazione diagnostica



Tali diagnosi sono state individuate nella maggior parte dei casi dalla figura professionale dello psicologo, per un totale di 150 soggetti, dallo Neuropsichiatra/ Psicoterapeuta per 42 casi, dallo Psichiatra per 35 casi, dal logopedista per 18 utenti, ed infine 2 casi sono stati trattati dall'assistente sociale.

Il dato rilevante emerso è che in n. **105** minori è stata posta diagnosi di psicopatologia, dei quali in n. **66** casi è stato possibile la presa in carico da parte dello psicologo della struttura residenziale.

- ***OSPITI IN CARICO ALLO PSICOLOGO DELLA STRUTTURA / IN CARICO PRESSO ALTRI SERVIZI SPECIALISTICI***

Oltre alle citate prese in carico dallo psicologo della struttura residenziale, in n. 199 ospiti, stante la complessità delle problematiche emerse dopo l'inserimento dei minori in Comunità, che spesso ha richiesto la necessità di integrare gli interventi educativi, pedagogici e psicologici messi in atto con percorsi specialistici mirati, si è reso necessaria l'integrazione con gli interventi di strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche o private accreditate presenti sul territorio (fig. 27).

Figura n. 27 Minori/ospiti delle Comunità sociali residenziali in carico a strutture specialistiche socio-sanitarie e sanitarie



Nel dettaglio:

- n. 110 ospiti delle strutture, di età compresa fra i 2 ed i 19 anni, sono in carico all'Ambulatorio UONPIA dell'A.O di Pavia;
- n. 35 ospiti, di età compresa tra i 2 ed i 20 anni, afferiscono agli Ambulatori di riabilitazione neuropsichiatrica privati e accreditati;
- n. 21 utenti, in età compresa tra i 18 ed i 20 anni, sono in carico al C.P.S.;

- n. 33 utenti, di età compresa fra i 15 e i 25 anni, sono seguiti con un percorso di cura presso i Ser.D.

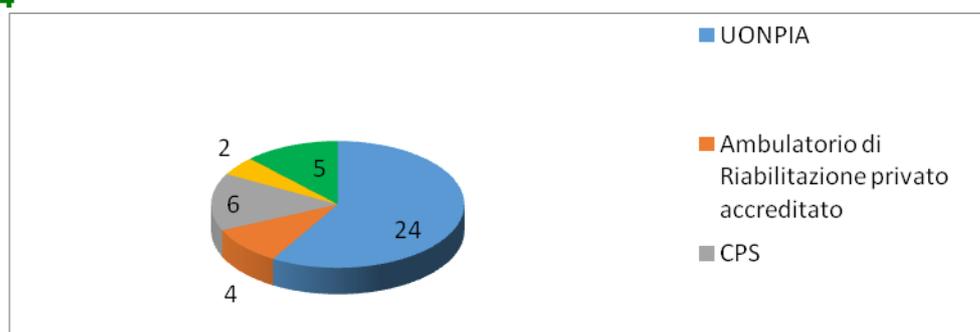
- ***OSPITI IN TERAPIA CON PSICOFARMACI / FARMACI PER LA CURA DI DIPENDENZE O ABUSO DI SOSTANZE STUPEFACENTI O ALCOOL***

Accanto ai dati relativi all'individuazione degli interventi sociali, psico-educativi o psicoterapeutici si è rilevato anche l'utilizzo dei farmaci. In particolare l'indagine ha voluto esplorare tale utilizzo nell'ultimo biennio. Dai dati raccolti è emerso che gli ospiti delle strutture in trattamento con psicofarmaci nell'anno 2013 sono stati **34**, in età compresa tra i 9 ed i 38 anni (in questo caso mamme con bambini).

Nell'anno 2014 sono risultati essere **41** gli ospiti in trattamento, in età dagli 11 anni ai 42 anni, così specificati ed indicati in fig 28:

1. 24 in carico all'UONPIA,
2. 4 in carico all'Ambulatorio di riabilitazione privato e accreditato,
3. 6 in carico al CPS,
4. 2 in carico al Ser.D. (in trattamento anche con farmaci per le dipendenze),
5. 6 non in carico a servizi specialistici.

Figura n. 28 Ospiti delle strutture residenziali in trattamento con psico-farmaci – anno 2014



Infine alla data del 30.06.2014 risultano in trattamento con farmaci per la cura della dipendenza da sostanze n.10 ospiti.

- DIMISSIONI

A completamento della lettura dei dati raccolti si è proceduto all'analisi della voce dimissioni e delle relative osservazioni inviate dagli operatori delle comunità.

Complessivamente è risultato che **23** minori sono stati dimessi per incompatibilità con la tenuta del progetto educativo. In particolare n. 4 minori sono stati trasferiti in altre comunità, n. 10 minori sono stati inseriti in Comunità terapeutica, n. 4 minori hanno interrotto il percorso per "fuga", ed infine n. 5 minori sono stati dimessi con rientro in famiglia. (fig. n. 29).

Figura n. 29 Situazione dei minori dimessi dalle struttura e motivazioni



Tutti i dati raccolti saranno oggetto di scambio e confronto con Comuni e Ambiti territoriali ma soprattutto sarà necessario mettere in relazione le reciproche osservazioni e fundamentalmente i reciproci sistemi di osservazione (es. “i servizi sociali invariants”, le comunità territoriali, i servizi specialistici, etc.) per disporre di informazioni sostanziali nella programmazione della rete locale dei servizi.

CONCLUSIONI

In questi ultimi anni i ragazzi e le ragazze adolescenti accolti nelle comunità del territorio presentano situazioni sempre più complesse, sia a livello familiare che individuale. Si assiste ad una crescente problematicità che riguarda le loro soggettività ed il sistema relazionale in cui sono cresciuti. Vengono accolte persone con profili definibili come multiproblematici nel senso che più livelli soggettivi appaiono contemporaneamente compromessi.

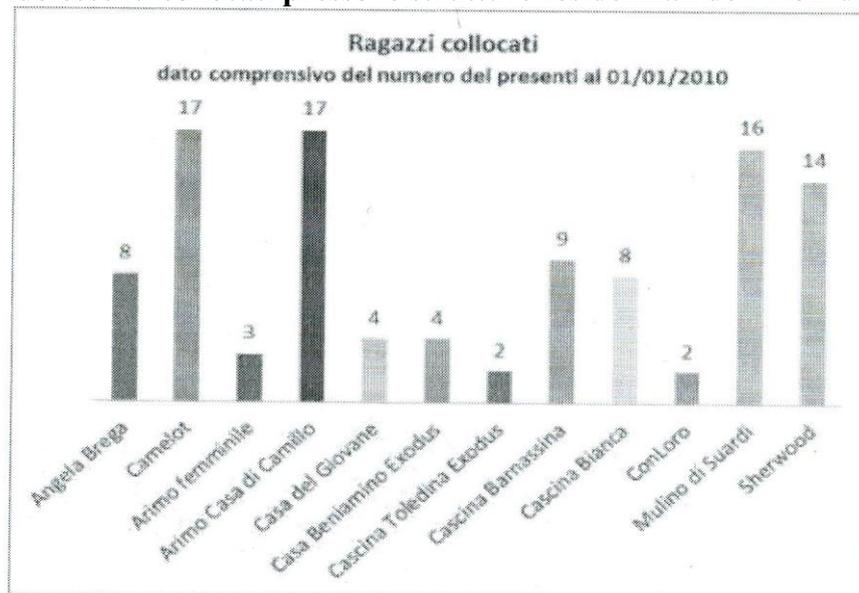
I controlli di appropriatezza dei piani educativi individualizzati relativi ai minori in Comunità, effettuati in conformità a quanto previsto dall'art. 5 della convenzione di cui all'allegato E della D.G.R. n.856/2013, le riflessioni e il confronto sulle diverse “letture” del disagio presente nelle Comunità fatto con gli operatori e l'analisi dei dati raccolti di cui sopra hanno delineato la gravità del fenomeno riguardante la popolazione pre-adolescenziale e adolescenziale.

Pertanto, nelle Comunità educative, assistiamo sempre di più all'arrivo di ragazzi/e *border* nel senso di soggettività profondamente fragili e frammentate, *al confine* di un possibile disturbo o patologia. Nello specifico possiamo dire che si accoglie una casistica adolescenziale che ha subito esperienze traumatiche multiple. Le risposte comportamentali dei ragazzi e delle ragazze all'interno delle Comunità sono il risultato dell'intrecciarsi di sintomi più riferibili ad un disturbo post-traumatico anche a breve termine e comunque di manifestazioni di debolezza dell'Io: tratti depressivi e isolamento, stati di ansia, agitazione generalizzata, ridotto controllo degli impulsi e scarsa tolleranza alle frustrazioni, repentini scoppi di rabbia, comportamenti aggressivi etero o autodiretti (sempre più dirompente il fenomeno dell'autolesionismo), chiusure relazionali, disturbi dell'alimentazione e collegati al sé corporeo (atteggiamenti anoressici o compulsivi nel rapporto con il cibo), crisi incontrollate, scatenate da eventi normalmente irrilevanti o dall'accumularsi di tensioni che non trovano spazio nel pensiero e nella riflessione, disturbi collegabili alla sfera sessuale (inibizioni, promiscuità, comportamenti sessuali coatti).

Si può affermare inoltre con certezza, grazie ai dati forniti dal Centro di Giustizia Minorile di Milano per l'anno 2011, che le Comunità che ospitano adolescenti con procedimenti penali si trovano di fronte ragazzi/e che hanno commesso reati sempre più gravi, con più di una denuncia. Nel circuito penale la stima dei disturbi psicopatologici è pari al 60-70%, circa due o tre volte superiore alla popolazione generale (circa 20%). Riteniamo importante sottolineare che nella provincia di Pavia il rapporto tra minori denunciati e la popolazione complessiva di adolescenti imputabili è maggiore rispetto a quello di altre province lombarde. (dati tratti dal Centro Studi Nisida, www.centrostudinisida.it).

La realtà pavese ha visto un incremento di segnalazioni e quindi di inserimenti in Comunità di minori con procedimenti penali. Purtroppo non è semplice estrapolare i dati reali, in quanto vi sono anche i minori con denunce a piede libero e non collocati in strutture educative, ma un esempio arriva dalle tabelle dell'anno 2010-2011, messe a disposizione dal Centro di Giustizia Minorile (CGM) di Milano (fig. 30):

Figura n. 30: Adolescenti collocati presso le strutture residenziali dell'ASL di Pavia



- totale: 104 inserimenti (presenti al 01/01/2010 + collocamenti nel periodo 01/01/2010 e 20/10/2011)

Obiettivo primario della Misura 6 D.G.R. 856/2013 “Comunità per minori” è quello di “garantire ai minori, qualunque sia il territorio di appartenenza, pari opportunità di accesso a interventi e prestazioni” e ancora nella Circolare Regionale del 15.01.2014 n.1, nel paragrafo dedicato alla “Gestione del Progetto educativo individualizzato – PEI” si chiede di indicare le “attività di natura socio-sanitaria, sociale, educativa e tutelare previste a favore del minore con l’evidenza delle prestazioni ed attività a rilevanza socio-sanitaria assicurate al minore”: i sintomi sopra sintetizzati possono essere, all’arrivo in comunità, già emersi e tracciati da prese in carico pregresse ma nella maggioranza dei casi “esplodono” durante la permanenza perché con l’abbassarsi della soglia difensiva trovano espressione di svelamento.

Nella maggior parte dei casi, ai minori per i quali viene richiesto un inserimento in comunità, non viene diagnosticato un disturbo di personalità, anche per le difficoltà di una diagnosi in adolescenza, ma i loro comportamenti, le loro trasgressioni, i loro disagi e patologie andrebbero trattati diversamente ed in contesti più adeguati di quelli delle Comunità educative, che pur integrano i loro interventi “tradizionalmente previsti” con interventi di natura socio-sanitaria.

All’interno delle Comunità stesse, oltre ad un sovraccarico di lavoro, la difficile gestione di dinamiche gruppali, delicate e complesse, si pone anche il problema della gestione della presa in carico farmacologica. Si ricorda che le strutture residenziali educative hanno l’obbligo di rispettare degli standard gestionali - D.G.R. 20762/2005 e D.G.R. 856/2013 - solo con personale socio-educativo e psicologico.

In Regione Lombardia non esistono delle Comunità "ponte" tra le Comunità educative e le Comunità terapeutiche. Un esempio arriva dalla Regione Piemonte che ha ideato, attraverso la DGR 41/12003 del 15 marzo 2004, le Comunità Riabilitative Psicosociali, strutture socio-sanitarie, a titolarità sociale e in compartecipazione tecnica e finanziaria del sociale, che accolgono preadolescenti e adolescenti affetti da gravi patologie psichiatriche dell’età evolutiva (con gravità del quadro individuato attraverso gli assi 1 e 5 dell’ICD10 OMS), che hanno positivamente superato la fase acuta del disturbo comportamentale, ma non sono ancora in grado di fare ritorno in famiglia, o per prevenire la stessa fase acuta.

CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO DEL PIANO DI ZONA

Dati

Una riflessione sui bisogni del territorio non può prescindere dalla raccolta dei principali dati statistici di riferimento, senza i quali qualsiasi azione intrapresa è vanificata sul nascere.

Di seguito si evidenziano i principali dati anagrafici sulla popolazione del distretto, nonché i principali indici tradizionalmente utilizzati nel sociale.

POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31.12.2013

fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)

Codice Istat	Comuni	Popolazione al 31.12.2013
18002	Albaredo Arnaboldi	243
18005	Arena Po	1.632
18020	Bosnasco	630
18024	Broni	9.417
18026	Campospinoso	1.018
18028	Canevino	113
18029	Canneto Pavese	1.382
18036	Castana	732
18049	Cigognola	1.370
18074	Golferenzo	196
18082	Lirio	130
18096	Montecalvo Versiggia	554
18097	Montescano	400
18100	Montu' Beccaria	1.730
18111	Pietra de' Giorgi	898
18118	Portalbera	1.516
18120	Redavalle	1.102
18125	Rocca de' Giorgi	84
18131	Rovescala	909
18132	Ruino	745
18133	San Cipriano Po	492
18134	San Damiano al Colle	699
18143	Santa Maria della Versa	2.476
18153	Stradella	11.638
18183	Volpara	137
18187	Zenevredo	473
		Totale abitanti 40.716

* Il presente dato reperibile sul sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>, realizzato dall'annuario statistico regionale, verrà per tutto il triennio utilizzato per stabilire la quota di compartecipazione pro – capite dei Comuni ai costi del piano di zona.

POPOLAZIONE RESIDENTE DAL 2009 AL 2013

fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)

Cod istat / Comune		2009	2010	2011	2012	31.12.2013
18002	Albaredo Arnaboldi	211	223	224	229	243
18005	Arena Po	1.656	1.626	1.618	1.613	1.632
18020	Bosnasco	657	660	635	635	630
18024	Broni	9.203	9.060	9.076	9.283	9.417
18026	Campospinoso	912	973	997	1.011	1.018
18028	Canevino	120	119	109	109	113
18029	Canneto Pavese	1.425	1.434	1.436	1.423	1.382
18036	Castana	738	737	738	733	732
18049	Cigognola	1.426	1.360	1.351	1.374	1.370
18074	Golferenzo	215	207	206	198	196
18082	Lirio	151	144	131	134	130
18096	Montecalvo Versiggia	571	579	564	559	554
18097	Montescano	403	389	383	388	400
18100	Montu' Beccaria	1.717	1.727	1.712	1.742	1.730
18111	Pietra de' Giorgi	922	916	911	933	898
18118	Portalbera	1.549	1.573	1.553	1.533	1.516
18120	Redavalle	1.056	1.071	1.048	1.057	1.102
18125	Rocca de' Giorgi	78	80	79	77	84
18131	Rovescala	942	933	921	905	909
18132	Ruino	760	739	742	738	745
18133	San Cipriano Po	507	497	522	498	492
18134	San Damiano al Colle	734	738	716	711	699
18143	Santa Maria della Versa	2.556	2.490	2.462	2.475	2.476
18153	Stradella	11.548	11.617	11.655	11.679	11.638
18183	Volpara	135	130	132	138	137
18187	Zenevredo	486	486	484	480	473
Piano di zona	totali	40678	40508	40405	40655	40716

FAMIGLIE ANAGRAFICHE DAL 2009 AL 31.12.2013*fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)*

Comune	2009	2010	2011	2012	31.12.2013
Albaredo Arnaboldi	94	100	98	102	104
Arena Po	717	722	715	689	686
Bosnasco	276	277	267	267	264
Broni	4.297	4.281	4.300	4.281	4.328
Campospinoso	360	373	376	384	379
Canevino	60	61	59	61	59
Canneto Pavese	684	685	679	668	649
Castana	349	349	350	352	350
Cigognola	619	615	610	609	614
Golferenzo	111	110	108	105	106
Lirio	75	76	73	72	67
Montecalvo Versiggia	287	289	281	283	274
Montescano	191	199	201	199	199
Montu' Beccaria	816	822	834	839	831
Pietra de' Giorgi	414	407	401	401	392
Portalbera	631	637	637	630	626
Redavalle	495	495	493	502	509
Rocca de' Giorgi	36	35	39	38	39
Rovescala	462	467	470	454	445
Ruino	400	395	397	402	390
San Cipriano Po	218	215	226	218	209
San Damiano al Colle	313	317	314	311	305
Santa Maria della Versa	1.125	1.118	1.148	1.139	1.142
Stradella	5.279	5.355	5.379	5.379	5.345
Volpara	76	74	74	77	76
Zenevredo	213	215	217	218	209
Piano di zona	18598	18689	18746	18680	18597

POPOLAZIONE RESIDENTE TOTALE PER CLASSE DI ETÀ AL 31.12.2013

fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)

Comune	0-5	6-10	11-14	15-19	20-24	25-29	30-59	60-64	65 e +	Totale
Albaredo Arnaboldi	12	7	10	3	9	14	115	23	50	243
Arena Po	68	52	49	53	82	100	692	107	429	1.632
Bosnasco	26	21	23	22	25	29	271	39	174	630
Broni	456	373	273	369	364	493	3.978	583	2.528	9.417
Campospinoso	53	31	19	30	36	45	422	69	313	1.018
Canevino	5	2	2	2	1	4	50	6	41	113
Canneto Pavese	67	43	45	54	56	53	598	90	376	1.382
Castana	21	24	22	32	21	24	329	41	218	732
Cigognola	54	38	35	44	51	51	583	110	404	1.370
Golferenzo	8	1	6	7	8	4	82	13	67	196
Lirio	4	8	2	3	4	10	52	9	38	130
Montecalvo Versiggia	24	19	13	26	21	22	249	35	145	554
Montescano	19	12	13	7	21	19	183	21	105	400
Montu' Beccaria	60	78	57	71	60	82	758	110	454	1.730
Pietra de' Giorgi	35	33	28	29	51	39	403	55	225	898
Portalbera	70	66	54	72	82	63	722	74	313	1.516
Redavalle	51	52	27	37	43	57	464	60	311	1.102
Rocca de' Giorgi	7	6	2	1	5	8	43	5	7	84
Rovescala	43	30	27	36	31	42	337	72	291	909
Ruino	17	15	17	26	18	29	274	58	291	745
San Cipriano Po	39	23	19	16	24	29	225	25	92	492
San Damiano al Colle	21	18	14	36	29	32	270	62	217	699
Santa Maria della Versa	110	97	80	82	108	121	1.058	154	666	2.476
Stradella	519	454	361	434	511	588	5.116	747	2.908	11.638
Volpara	5	3	6	3	6	2	62	11	39	137
Zenevredo	16	22	19	22	16	15	198	31	134	473
Piano di zona	1810	1528	1223	1517	1683	1975	17534	2610	10836	40716

**PERCENTUALE DI PERSONE ULTRASESSANTACINQUENNI SUL TOTALE
DELLA POPOLAZIONE**

Comune	65 e +	Totale	percentuale di anziani sul totale della popolazione
Albaredo Arnaboldi	50	243	20,58%
Arena Po	429	1.632	26,29%
Bosnasco	174	630	27,62%
Broni	2.528	9.417	26,85%
Campospinoso	313	1.018	30,75%
Canevino	41	113	36,28%
Canneto Pavese	376	1.382	27,21%
Castana	218	732	29,78%
Cigognola	404	1.370	29,49%
Golferenzo	67	196	34,18%
Lirio	38	130	29,23%
Montecalvo Versiggia	145	554	26,17%
Montescano	105	400	26,25%
Montu' Beccaria	454	1.730	26,24%
Pietra de' Giorgi	225	898	25,06%
Portalbera	313	1.516	20,65%
Redavalle	311	1.102	28,22%
Rocca de' Giorgi	7	84	8,33%
Rovescala	291	909	32,01%
Ruino	291	745	39,06%
San Cipriano Po	92	492	18,70%
San Damiano al Colle	217	699	31,04%
Santa Maria della Versa	666	2.476	26,90%
Stradella	2.908	11.638	24,99%
Volpara	39	137	28,47%
Zenevredo	134	473	28,33%
distretto del piano di zona	10836	40716	26,61%

POPOLAZIONE RESIDENTE PER STATO CIVILE AL 31.12.2013

fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)

Comune	Celibi	Coniugati	Divorziati	Vedovi	Totale maschi	Nubili	Coniugate	Divorziate	Vedove	Totale femmine	Totale popolazione
Albaredo Arnaboldi	63	66	4	1	134	34	60	2	13	109	243
Arena Po	380	392	20	18	810	281	382	21	138	822	1.632
Bosnasco	140	170	6	10	326	92	159	11	42	304	630
Broni	2.044	2.107	109	161	4.421	1.807	2.145	133	911	4.996	9.417
Campospinoso	221	234	10	23	488	141	234	12	143	530	1.018
Canevino	24	28	0	3	55	13	28	2	15	58	113
Canneto Pavese	293	339	17	30	679	244	333	20	106	703	1.382
Castana	148	181	15	13	357	120	178	9	68	375	732
Cigognola	272	350	14	27	663	233	338	18	118	707	1.370
Golferenzo	41	51	3	5	100	23	51	3	19	96	196
Lirio	28	33	2	4	67	20	29	1	13	63	130
Montecalvo Versiggia	119	137	2	12	270	108	125	5	46	284	554
Montescano	80	101	5	8	194	65	101	9	31	206	400
Montu' Beccaria	370	431	20	25	846	302	414	24	144	884	1.730
Pietra de' Giorgi	210	228	11	13	462	141	214	18	63	436	898
Portalbera	332	391	18	15	756	238	396	20	106	760	1.516
Redavalle	254	261	10	17	542	186	265	14	95	560	1.102
Rocca de' Giorgi	28	16	2	2	48	16	16	2	2	36	84
Rovescala	218	205	8	20	451	150	209	7	92	458	909
Ruino	156	182	12	14	364	111	176	12	82	381	745
San Cipriano Po	123	115	5	5	248	88	110	6	40	244	492
San Damiano al Colle	149	179	9	19	356	102	158	12	71	343	699
Santa Maria della Versa	514	606	30	35	1.185	449	592	30	220	1.291	2.476
Stradella	2.530	2.724	132	173	5.559	2.147	2.817	179	936	6.079	11.638
Volpara	33	33	4	1	71	22	31	0	13	66	137
Zenevredo	87	126	8	10	231	67	133	4	38	242	473
totale	8857	9686	476	664	19683	7200	9694	574	3565	21033	40716

**MINORI DI ETA' COMPRESA TRA 0 E 3 ANNI
RAPPORTATI AL TOTALE MINORI PER CIASCUN COMUNE DEL DISTRETTO
DEL PIANO DI ZONA DI BRONI
dati al 01.01.2013**

Fonte: <http://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-pavia/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>
elaborazione di dati Istat)

Comune	0 - 3 anni	totale minori
Albaredo Arnaboldi	11	31
Arena Po	35	202
Bosnasco	18	82
Broni	302	1302
Campospinoso	36	121
Canevino	3	9
Canneto Pavese	42	186
Castana	12	83
Cigognola	36	156
Golferenzo	6	19
Lirio	4	15
Montecalvo Versiggia	16	72
Montescano	10	50
Montù Beccaria	36	240
Pietra de Giorgi	18	112
Portalbera	45	236
Redavalle	30	151
Rocca de Giorgi	5	13
Rovescala	27	126
Ruino	10	68
San Cipriano	27	90
San Damiano al Colle	15	76
Santa Maria della Versa	73	334
Stradella	350	1579
Volpara	3	17
Zenevredo	9	67
totale	1179	5437

CITTADINI STRANIERI AL 31.12.2013

fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)

	Residenti al 1 gennaio	Movimenti naturali		Movimenti migratori		Residenti al 31.12.2013
		nati vivi	morti	Iscritti	cancellati	
Albaredo Arnaboldi	17	0	0	6	3	20
Arena Po	194	4	0	30	23	205
Bosnasco	49	2	0	13	6	58
Broni	1.404	35	1	251	148	1.541
Campospinoso	49	1	0	8	7	51
Canevino	7	1	0	5	0	13
Canneto Pavese	136	0	0	10	30	116
Castana	61	2	0	7	6	64
Cigognola	93	1	0	18	16	96
Golferenzo	22	1	0	1	1	23
Lirio	12	0	0	3	3	12
Montecalvo Versiggia	97	0	0	24	13	108
Montescano	33	2	0	9	5	39
Montù Beccaria	275	2	0	28	43	262
Pietra de' Giorgi	116	0	0	12	16	112
Portalbera	102	3	0	18	16	107
Redavalle	108	4	0	40	7	145
Rocca de' Giorgi	24	0	0	3	1	26
Rovescala	147	4	1	22	3	169
Ruino	38	0	0	10	4	44
San Cipriano Po	101	2	0	22	24	101
San Damiano al Colle	79	1	0	7	8	79
Santa Maria della Versa	406	5	0	43	28	426
Stradella	1.524	25	0	180	167	1.562
Volpara	6	0	0	0	0	6
Zenevredo	33	1	0	1	10	25
totale	5133	96	2	771	588	5410

POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE PER CLASSE DI ETÀ AL 31.12.2013

fonte: annuario statistico regionale (sito <http://www.asr-lombardia.it/ASR>)

Comuni	CLASSI DI ETÀ'										
	<1	1-4	5-10	11-14	15-19	20-24	25-29	30-59	60-64	65 e +	Totale
Albaredo Arnaboldi	0	2	0	1	0	0	3	14	0	0	20
Arena Po	3	11	20	9	5	19	23	110	2	3	205
Bosnasco	2	7	5	5	1	1	4	29	2	2	58
Broni	31	132	150	70	89	100	188	732	20	29	1.541
Campospinoso	1	0	3	2	1	3	7	32	0	2	51
Canevino	1	1	0	0	0	1	1	9	0	0	13
Canneto Pavese	0	6	7	4	9	9	7	65	7	2	116
Castana	2	3	3	1	3	7	6	37	0	2	64
Cigognola	1	9	4	3	4	6	6	62	0	1	96
Golferenzo	1	2	0	1	3	3	1	12	0	0	23
Lirio	0	1	2	0	0	1	3	5	0	0	12
Montecalvo Versiggia	0	7	5	7	9	4	7	67	2	0	108
Montescano	2	1	1	2	1	2	5	24	0	1	39
Montu' Beccaria	0	11	21	13	18	14	36	132	7	10	262
Pietra de' Giorgi	1	4	7	6	4	10	11	61	2	6	112
Portalbera	4	7	9	5	6	7	15	51	2	1	107
Redavalle	6	9	16	8	6	5	11	78	2	4	145
Rocca de' Giorgi	0	1	0	0	1	3	6	14	0	1	26
Rovescala	4	12	20	5	9	15	19	81	2	2	169
Ruino	0	1	0	2	2	0	6	30	1	2	44
San Cipriano Po	3	10	10	9	4	5	10	48	2	0	101
San Damiano al Colle	1	1	3	4	8	10	11	37	4	0	79
Santa Maria della Versa	5	29	31	28	21	35	47	215	4	11	426
Stradella	23	113	142	76	71	123	199	759	24	32	1.562
Volpara	0	0	0	1	0	0	0	4	0	1	6
Zenevredo	1	0	0	0	3	4	3	13	0	1	25
	92	380	459	262	278	387	635	2721	83	113	5410

**POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE AL 31.12.2013 CONFRONTATA CON IL
TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE**

Comuni	totale popolazione al 31/12 /2013	popolazione straniera al 31 / 12 /2013	percentuale di stranieri suln totale della popolazione residente
Albaredo Arnaboldi	243	20	8,23%
Arena Po	1.632	205	12,56%
Bosnasco	630	58	9,21%
Broni	9.417	1.541	16,36%
Campospinoso	1.018	51	5,01%
Canevino	113	13	11,50%
Canneto Pavese	1.382	116	8,39%
Castana	732	64	8,74%
Cigognola	1.370	96	7,01%
Golferenzo	196	23	11,73%
Lirio	130	12	9,23%
Montecalvo Versiggia	554	108	19,49%
Montescano	400	39	9,75%
Montu' Beccaria	1.730	262	15,14%
Pietra de' Giorgi	898	112	12,47%
Portalbera	1.516	107	7,06%
Redavalle	1.102	145	13,16%
Rocca de' Giorgi	84	26	30,95%
Rovescala	909	169	18,59%
Ruino	745	44	5,91%
San Cipriano Po	492	101	20,53%
San Damiano al Colle	699	79	11,30%
Santa Maria della Versa	2.476	426	17,21%
Stradella	11.638	1.562	13,42%
Volpara	137	6	4,38%
Zenevredo	473	25	5,29%
piano di zona del distretto di Broni	40716	5410	13,29%

DISTRIBUZIONE DEGLI STRANIERI PER AREA GEOGRAFICA DI CITTADINANZA

DATI AL 01.01.2013

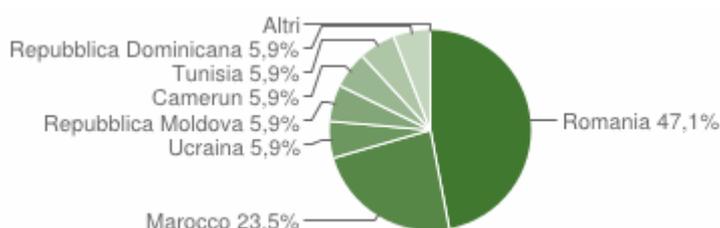
PER CIASCUN COMUNE DEL DISTRETTO DEL PIANO DI ZONA DI BRONI

Fonte: <http://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-pavia/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>
elaborazione di dati Istat)

Albaredo Arnaboldi

Gli stranieri residenti ad Albaredo Arnaboldi al 1° gennaio 2013 sono **17** e rappresentano il 7,4% della popolazione residente.

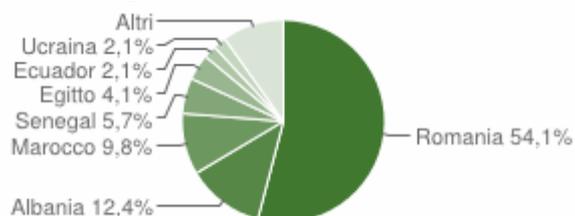
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 47,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (23,5%).



Arena Po

Gli stranieri residenti ad Arena Po al 1° gennaio 2013 sono **194** e rappresentano il 12,0% della popolazione residente.

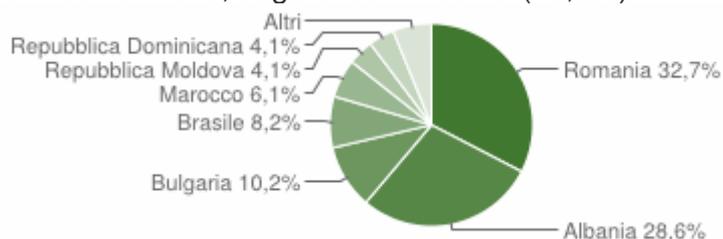
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 54,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (12,4%) e dal **Marocco** (9,8%).



Bosnasco

Gli stranieri residenti a Bosnasco al 1° gennaio 2013 sono **49** e rappresentano il 7,7% della popolazione residente.

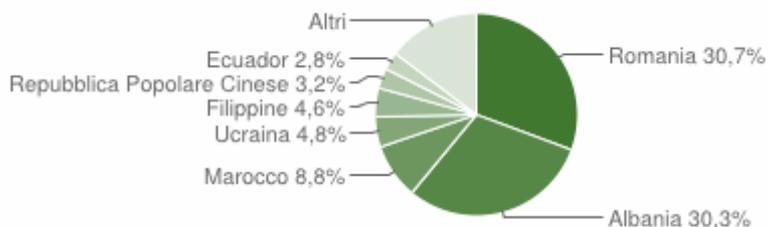
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 32,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (28,6%).



Broni

Gli stranieri residenti a Broni al 1° gennaio 2013 sono **1.404** e rappresentano il 15,1% della popolazione residente.

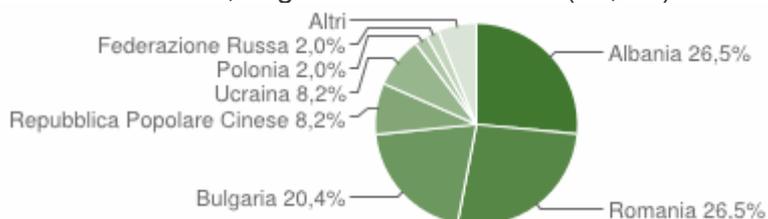
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 30,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (30,3%) e dal **Marocco** (8,8%).



Campospinoso

Gli stranieri residenti a Campospinoso al 1° gennaio 2013 sono **49** e rappresentano il 4,8% della popolazione residente.

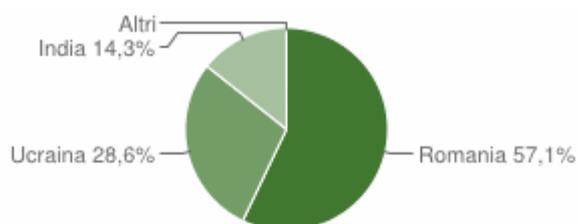
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 26,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (26,5%).



Canevino

Gli stranieri residenti a Canevino al 1° gennaio 2013 sono **7** e rappresentano il 6,4% della popolazione residente.

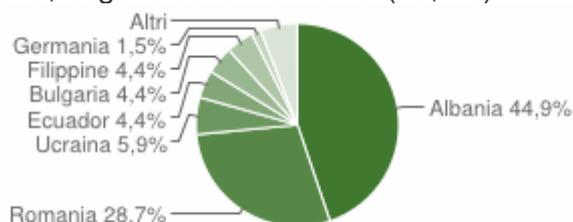
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** (57,1%), seguita dalla **Ucraina** (28,6%).



Canneto Pavese

Gli stranieri residenti a Canneto Pavese al 1° gennaio 2013 sono **136** e rappresentano il 9,6% della popolazione residente.

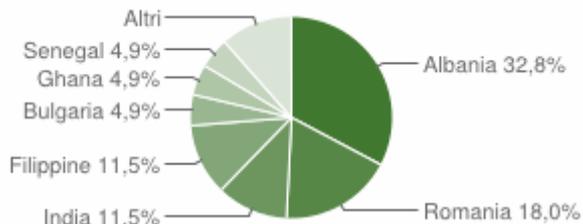
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 44,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (28,7%).



Castana

Gli stranieri residenti a Castana al 1° gennaio 2013 sono **61** e rappresentano l'8,3% della popolazione residente.

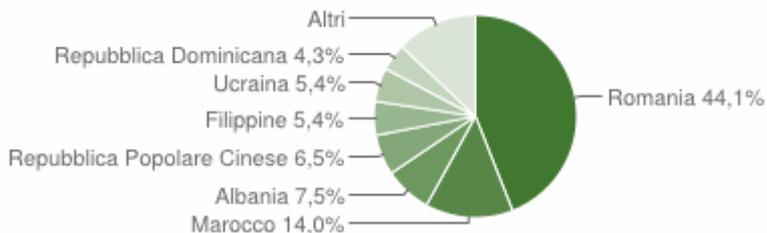
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 32,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (18,0%).



Cigognola

Gli stranieri residenti a Cigognola al 1° gennaio 2013 sono **93** e rappresentano il 6,8% della popolazione residente.

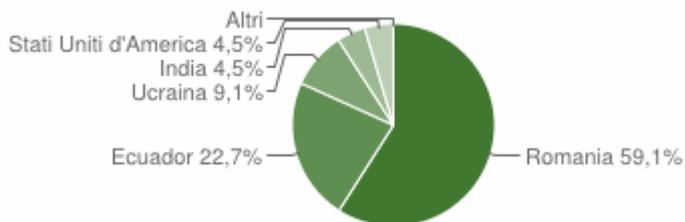
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 44,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (14,0%).



Golferenzo

Gli stranieri residenti a Golferenzo al 1° gennaio 2013 sono **22** e rappresentano l'11,1% della popolazione residente.

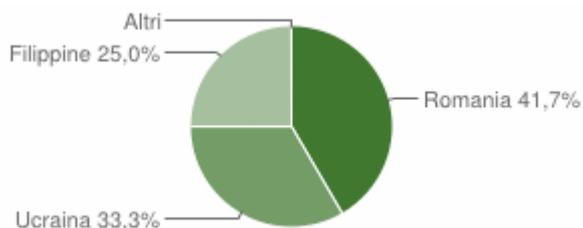
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 59,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Lirio

Gli stranieri residenti a Lirio al 1° gennaio 2013 sono **12** e rappresentano il 9,0% della popolazione residente.

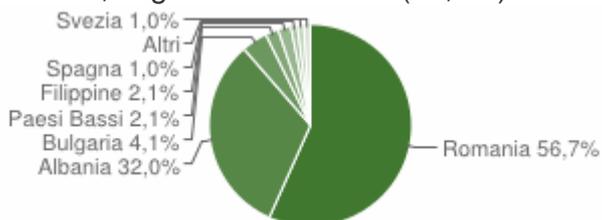
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 41,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Montecalvo Versiggia

Gli stranieri residenti a Montecalvo Versiggia al 1° gennaio 2013 sono **97** e rappresentano il 17,4% della popolazione residente.

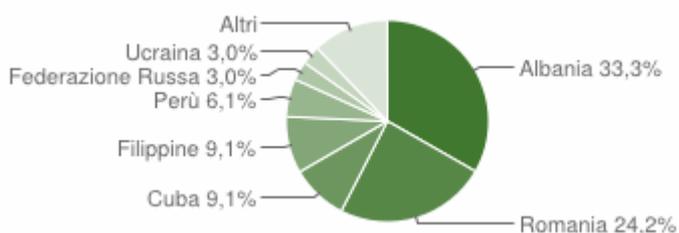
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 56,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (32,0%).



Montescano

Gli stranieri residenti a Montescano al 1° gennaio 2013 sono **33** e rappresentano l'8,5% della popolazione residente.

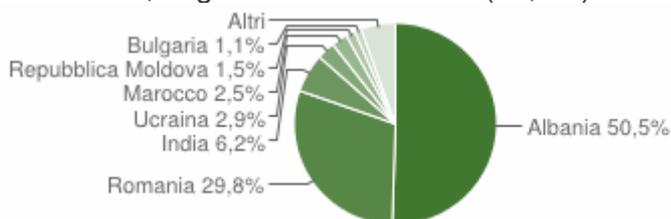
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 33,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Montù Beccaria

Gli stranieri residenti a Montù Beccaria al 1° gennaio 2013 sono **275** e rappresentano il 15,8% della popolazione residente.

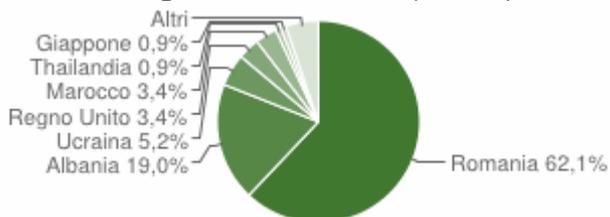
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 50,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (29,8%) e dall'**India** (6,2%).



Pietra de Giorgi

Gli stranieri residenti a Pietra de' Giorgi al 1° gennaio 2013 sono **116** e rappresentano il 12,4% della popolazione residente.

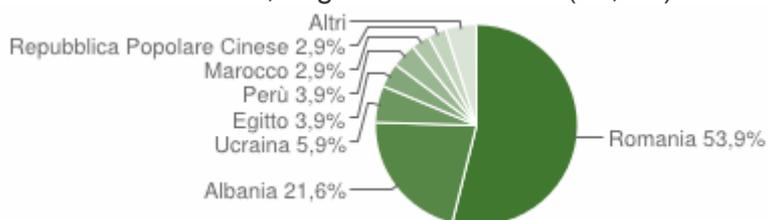
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 62,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (19,0%).



Portalbera

Gli stranieri residenti a Portalbera al 1° gennaio 2013 sono **102** e rappresentano il 6,7% della popolazione residente.

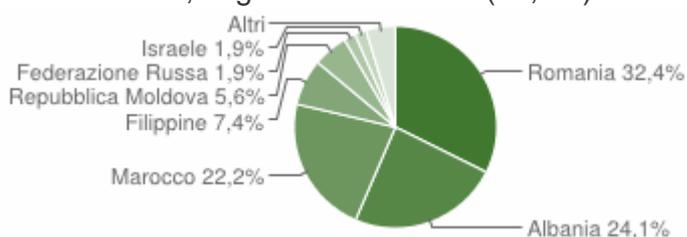
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 53,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (21,6%).



Redavalle

Gli stranieri residenti a Redavalle al 1° gennaio 2013 sono **108** e rappresentano il 10,2% della popolazione residente.

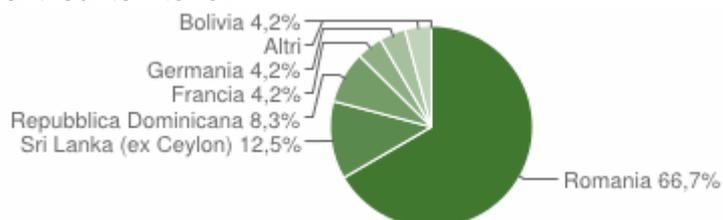
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 32,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (24,1%) e dal **Marocco** (22,2%).



Rocca de Giorgi

Gli stranieri residenti a Rocca de' Giorgi al 1° gennaio 2013 sono **24** e rappresentano il 31,2% della popolazione residente.

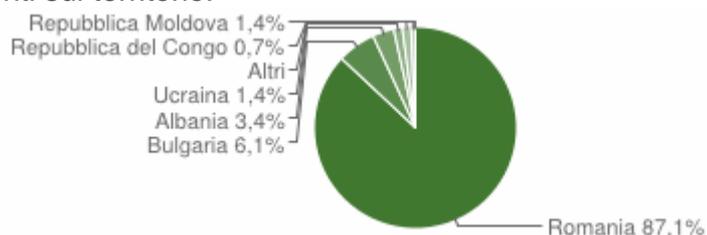
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 66,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Rovescala

Gli stranieri residenti a Rovescala al 1° gennaio 2013 sono **147** e rappresentano il 16,2% della popolazione residente.

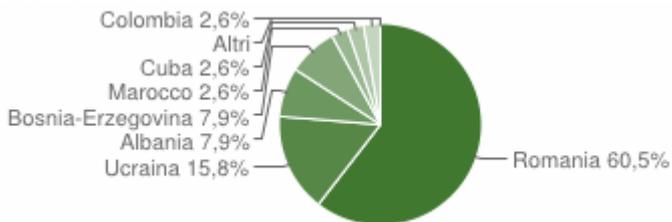
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 87,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Ruino

Gli stranieri residenti a Ruino al 1° gennaio 2013 sono **38** e rappresentano il 5,1% della popolazione residente.

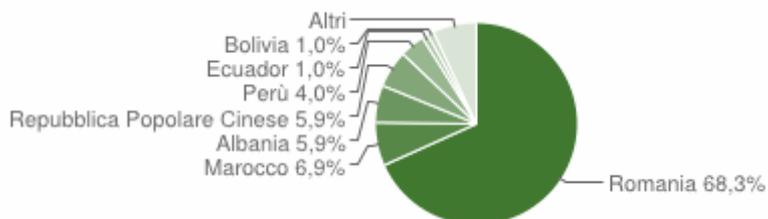
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 60,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



San Cipriano

Gli stranieri residenti a San Cipriano Po al 1° gennaio 2013 sono **101** e rappresentano il 20,3% della popolazione residente.

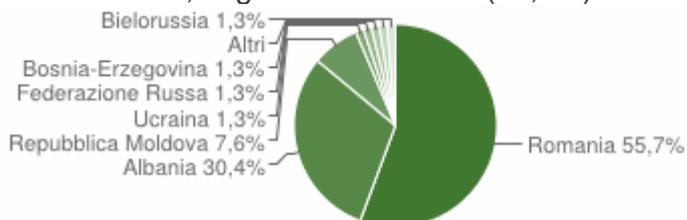
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 68,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



San Damiano al Colle

Gli stranieri residenti a San Damiano al Colle al 1° gennaio 2013 sono **79** e rappresentano l'11,1% della popolazione residente.

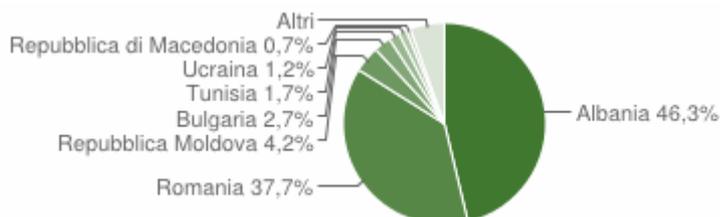
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 55,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (30,4%).



Santa Maria della Versa

Gli stranieri residenti a Santa Maria della Versa al 1° gennaio 2013 sono **406** e rappresentano il 16,4% della popolazione residente.

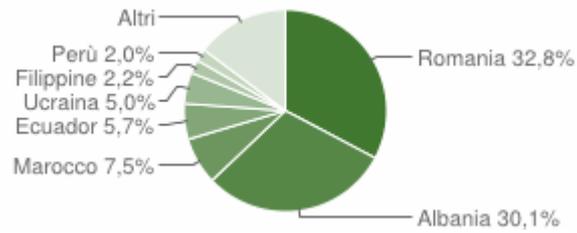
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 46,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (37,7%) e dalla **Repubblica Moldova** (4,2%).



Stradella

Gli stranieri residenti a Stradella al 1° gennaio 2013 sono **1.524** e rappresentano il 13,0% della popolazione residente.

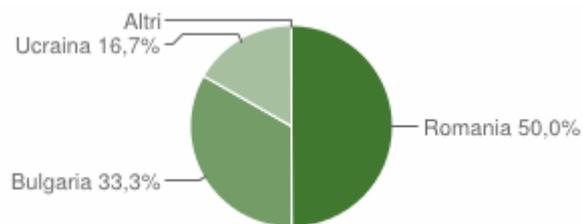
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 32,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (30,1%) e dal **Marocco** (7,5%).



Volpara

Gli stranieri residenti a Volpara al 1° gennaio 2013 sono **6** e rappresentano il 4,3% della popolazione residente.

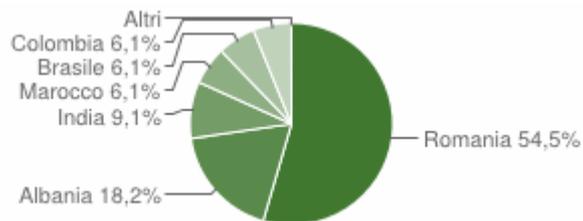
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 50% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Zenevredo

Gli stranieri residenti a Zenevredo al 1° gennaio 2013 sono **33** e rappresentano il 6,9% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 54,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



PRINCIPALI INDICI
PER CIASCUN COMUNE DEL DISTRETTO DEL PIANO DI ZONA DI BRONI

Fonte: <http://www.tuttitalia.it/lombardia/provincia-di-pavia/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>
 elaborazione di dati Istat)
 anno 2013

	indice di vecchiaia	indice di dipendenza strutturale	indice di ricambio della popolazione attiva	indice di struttura della popolazione attiva	indice di carico di figli per donna feconda	indice di natalità (x 1000 abit)	indice di mortalità (per 1000 abit)	età media della popolazione
Albaredo Arnaboldi	172,4	48,2	766,7	203,7	7,5	4,2	8,5	46,5
Arena Po	253,8	57,8	201,9	137,2	18	5,5	16	47,8
Bosnasco	248,6	63,2	177,3	169,9	19,3	6,3	7,9	48
Broni	229,4	62,7	158	140,8	19,1	7,7	14,1	41,1
Campospinoso	303,9	69,1	230	152,9	16,1	6,9	25,6	50,2
Canevino	455,6	79,4	300	250	9,5	27	27	54
Canneto Pavese	242,6	62,4	166,7	180,9	20	9,3	22,8	48,2
Castana	325,4	63,8	128,1	174,2	23,9	5,5	9,6	49,6
Cigognola	318,1	63,3	250	176	17,8	6,6	22,6	50,2
Golferenzo	446,7	71,9	185,7	185	20,6	5,1	25,4	50,2
Lirio	271,4	66,7	300	143,8	13	7,6	15,2	48,9
Montecalvo Versiggia	258,9	56,9	134,6	165,4	23,6	5,4	21,6	48,3
Montescano	238,6	59,4	300	172,8	8,1	7,6	7,6	47,5
Montu' Beccaria	232,8	60	154,9	165,6	20,8	2,9	15,6	47,7
Pietra de' Giorgi	234,4	55,6	189,7	162,3	15,8	3,3	15,3	47,3
Portalbera	164,7	49,7	102,8	141,2	21,8	5,2	9,8	44,6
Redavalle	239,2	66,7	162,2	137,8	17,6	10,2	11,1	47,4
Rocca de' Giorgi	46,7	35,5	500	113,8	5,9	12,4	0	37,3
Rovescala	291	75,5	200	131,3	21,7	8,8	20,9	49,3
Ruino	593,9	84	223,1	175,5	21,1	1,3	16,2	54,2
San Cipriano Po	113,6	54,2	156,3	114,1	15,4	6,1	14,1	41,7
San Damiano al Colle	409,4	62,9	172,2	142,4	29,3	4,3	12,8	50,6
Santa Maria della Versa	232,1	62,6	187,8	161,2	16,5	6,5	14,1	47,6
Stradella	218	57,4	172,1	146,7	17,5	7,1	13,1	46,6
Volpara	278,6	63,1	366,7	236	11,5	14,5	14,5	49,5
Zenevredo	235,1	67,7	140,9	168,6	23,7	8,4	14,7	47,7

Legenda:**Indice di vecchiaia**

Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni.

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

Indice di ricambio della popolazione attiva

Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (55-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-24 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100.

Indice di struttura della popolazione attiva

Rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni).

Carico di figli per donna feconda

È il rapporto percentuale tra il numero dei bambini fino a 4 anni ed il numero di donne in età feconda (15-49 anni). Stima il carico dei figli in età prescolare per le mamme lavoratrici.

Indice di natalità

Rappresenta il numero medio di nascite in un anno ogni mille abitanti.

Indice di mortalità

Rappresenta il numero medio di decessi in un anno ogni mille abitanti.

Età media

È la media delle età di una popolazione, calcolata come il rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero della popolazione residente. Da non confondere con l'aspettativa di vita di una popolazione.

Analisi dei dati

Dalla lettura dei dati del paragrafo 3.1 emergono alcune informazioni significative, per poter analizzare successivamente i bisogni.

Innanzitutto l'analisi della popolazione residente fa emergere che:

- 24 Comuni su 26 (il 92%) dell'ambito hanno una popolazione inferiore a 3.000 abitanti;
- 16 Comuni su 26 (il 61%) non raggiungono i 1000 abitanti;
- la popolazione residente nei due Comuni più grandi (Broni e Stradella), pari a 21.055 abitanti, rappresenta il 51,70 della popolazione complessiva del distretto. Di contro la popolazione residente nei rimanenti 24 Comuni, pari a 19661 abitanti, rappresenta il 48,30 della popolazione complessiva del distretto.;
- la maggior parte dei Comuni dell'ambito è ubicata sulle colline (18 Comuni su 26).

Già questi pochi dati fanno emergere una potenziale difficoltà ad organizzare i servizi sociali, dovuta all'evidente carenza di risorse di cui dispongono il 92% dei Comuni del territorio, proprio perché di dimensioni molto piccole. Questa frammentazione non può che essere ricomposta con gestioni associate, tramite il piano di zona, sia nei processi di conoscenza, che nella ricomposizione delle risorse e la definizione di servizi omogenei sul territorio e condivisi.

Altra criticità è l'ubicazione della maggior parte dei Comuni sulle colline, che pone problemi di mobilità degli utenti, ma anche degli operatori sociali del piano di zona che devono spostarsi al domicilio degli utenti per le valutazioni.

Dal 2009 al 2013 la popolazione residente nel distretto è rimasta costante:

anno	2009	2010	2011	2012	2013
Abitanti	40678	40508	40405	40655	40716

Inoltre i dati dell'anno 2013 evidenziano che a livello distrettuale:

- la popolazione di età compresa tra 0 e 17 anni (i minorenni) , è pari a 5437 abitanti, cioè il 13,35 % della popolazione complessiva residente nel distretto;
- i minori di età compresa tra 0 e 3 anni, vale a dire quelli che potrebbero frequentare le strutture per la prima infanzia, , è pari a 1179 bambini, cioè il 21,68 % della popolazione minorile complessiva residente nel distretto;
- la popolazione di età compresa tra 20 e 29 anni è pari a 3658 abitanti, cioè l' 8,98 % della popolazione complessiva residente nel distretto;
- la popolazione di età compresa tra 30 e 64 anni è pari a 20144 abitanti, cioè il 49,47 % della popolazione complessiva residente nel distretto;
- la popolazione ultra sessantacinquenne è pari ad 10.836 abitanti, cioè il 26,60% della popolazione complessiva residente nel distretto;
- la popolazione straniera è pari a 5410 abitanti, cioè il 13,29% della popolazione complessiva residente nel distretto.

In sintesi:

fascia di età	Percentuale sulla popolazione complessiva del piano di zona
0 e 17 anni	13,35 %
20 e 29 anni	8,98 %
30 e 64 anni	49,47 %
Oltre 65 anni	26,60 %
stranieri	13,29%

Se osserviamo i dati, per ciascun Comune, otteniamo quanto segue:

- Persone minorenni:

Comune	totale minori residenti	totale abitanti residenti	Percentuale di minori sul totale di residenti in ciascun Comune
Canevino	9	113	7,96%
Ruino	68	745	9,13%
Golferenzo	19	196	9,69%
San Damiano al Colle	76	699	10,87%
Castana	83	732	11,34%
Cigognola	156	1.370	11,39%
Lirio	15	130	11,54%
Campospinoso	121	1.018	11,89%
Arena Po	202	1.632	12,38%
Volpara	17	137	12,41%
Pietra de Giorgi	112	898	12,47%
Montescano	50	400	12,50%
Albaredo Arnaboldi	31	243	12,76%
Montecalvo Versiggia	72	554	13,00%
Bosnasco	82	630	13,02%
Canneto Pavese	186	1.382	13,46%
Santa Maria della Versa	334	2.476	13,49%
Stradella	1579	11.638	13,57%
Redavalle	151	1.102	13,70%
Broni	1302	9.417	13,83%
Rovescala	126	909	13,86%
Montù Beccaria	240	1.730	13,87%
Zenevredo	67	473	14,16%
Rocca de Giorgi	13	84	15,48%
Portalbera	236	1.516	15,57%
San Cipriano	90	492	18,29%
piano di zona	5437	40716	13,35%

- Si nota una omogeneità tra la maggior parte di Comuni, che hanno una percentuale di minori compresa il 10 e 14 %;
- il piano di zona complessivamente ha una popolazione minorile pari al 13,35% del totale;
- solo un Comune ha una percentuale inferiore all'8%, e solo un Comune la percentuale più alta, sopra il 18%.

- Persone adulte tra 30 e 64 anni:

Comune	Popolazione compresa tra 30 e 64 anni	Popolazione complessiva residente	Percentuale di persone tra 30 e 64 residenti in ciascun Comune
Ruino	332	745	44,56%
Rovescala	409	909	44,99%
Lirio	61	130	46,92%
San Damiano al Colle	332	699	47,50%
Redavalle	524	1.102	47,55%
Campospinoso	491	1.018	48,23%
Zenevredo	229	473	48,41%
Broni	4561	9.417	48,43%
Golferenzo	95	196	48,47%
Santa Maria della Versa	1212	2.476	48,95%
Arena Po	799	1.632	48,96%
Bosnasco	310	630	49,21%
Canevino	56	113	49,56%
Canneto Pavese	688	1.382	49,78%
Montu' Beccaria	868	1.730	50,17%
Stradella	5863	11.638	50,38%
Castana	370	732	50,55%
Cigognola	693	1.370	50,58%
San Cipriano Po	250	492	50,81%
Montescano	204	400	51,00%
Pietra de' Giorgi	458	898	51,00%
Montecalvo Versiggia	284	554	51,26%
Portalbera	796	1.516	52,51%
Volpara	73	137	53,28%
Albaredo Arnaboldi	138	243	56,79%
Rocca de' Giorgi	48	84	57,14%
Piano di zona	20144	40716	49,47

- Si notano percentuali omogenee tra la maggior parte dei Comuni e il piano di zona.

- persone ultra sessantacinquenni:

Comune	65 e +	Totale popolazione	Percentuale di persone 65 e + sul totale popolazione di ciascun Comune
Rocca de' Giorgi	7	84	8,33%
San Cipriano Po	92	492	18,70%
Albaredo Arnaboldi	50	243	20,58%
Portalbera	313	1.516	20,65%
Stradella	2.908	11.638	24,99%
Pietra de' Giorgi	225	898	25,06%
Montecalvo Versiggia	145	554	26,17%
Montu' Beccaria	454	1.730	26,24%
Montescano	105	400	26,25%
Arena Po	429	1.632	26,29%
Broni	2.528	9.417	26,85%
Santa Maria della Versa	666	2.476	26,90%

Canneto Pavese	376	1.382	27,21%
Bosnasco	174	630	27,62%
Redavalle	311	1.102	28,22%
Zenevredo	134	473	28,33%
Volpara	39	137	28,47%
Lirio	38	130	29,23%
Cigognola	404	1.370	29,49%
Castana	218	732	29,78%
Campospinoso	313	1.018	30,75%
San Damiano al Colle	217	699	31,04%
Rovescala	291	909	32,01%
Golferenzo	67	196	34,18%
Canevino	41	113	36,28%
Ruino	291	745	39,06%
Piano di zona	10836	40716	26,60%

- La maggior parte dei Comuni (18/26) ha una popolazione anziana compresa tra il 20,58 e il 29,78 % sulla popolazione complessiva;
- Solo 2 Comuni su 26 hanno una percentuale di anziani sotto il 20% (Rocca de Giorgi emerge per la percentuale di anziani più bassa);
- 6 Comuni su 26 hanno una percentuale di anziani che è superiori al 30% della popolazione complessiva (Ruino è il paese con il maggior numero di anziani / popolazione totale);
- Il piano di zona ha una percentuale di anziani pari al 26,60%.

• persone straniere:

Comune	Popolazione straniera	Popolazione complessiva	Percentuale di stranieri sulla popolazione complessiva di ciascun Comune
Volpara	6	137	4,38%
Campospinoso	51	1.018	5,01%
Zenevredo	25	473	5,29%
Ruino	44	745	5,91%
Cigognola	96	1.370	7,01%
Portalbera	107	1.516	7,06%
Albaredo Arnaboldi	20	243	8,23%
Canneto Pavese	116	1.382	8,39%
Castana	64	732	8,74%
Bosnasco	58	630	9,21%
Lirio	12	130	9,23%
Montescano	39	400	9,75%
San Damiano al Colle	79	699	11,30%
Canevino	13	113	11,50%
Golferenzo	23	196	11,73%
Pietra de' Giorgi	112	898	12,47%
Arena Po	205	1.632	12,56%
Redavalle	145	1.102	13,16%
Stradella	1.562	11.638	13,42%
Montù Beccaria	262	1.730	15,14%
Broni	1.541	9.417	16,36%
Santa Maria della Versa	426	2.476	17,21%
Rovescala	169	909	18,59%
Montecalvo Versiggia	108	554	19,49%
San Cipriano Po	101	492	20,53%
Rocca de' Giorgi	26	84	30,95%
Piano di zona	5410	40716	13,29%

- 12 Comuni su 26 hanno una percentuale di stranieri compresa tra il 4,38 ed il 9,75 % sulla popolazione complessiva;
- 13 Comuni su 26 hanno una popolazione straniera compresa tra il 10 e il 20 % sulla popolazione complessiva;
- Solo 2 Comuni su 26 hanno una percentuale di stranieri superiori al 20%;
- Il piano di zona complessivamente ha una popolazione straniera pari al 13,29 della popolazione totale.

VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2012-14

Commento dei risultati

Il primo anno del triennio 2012 /2014 è stato caratterizzato da una brusca contrazione delle risorse disponibili, che ha messo a serio rischio la prosecuzione dei servizi a favore della cittadinanza, in particolare i servizi domiciliare (voucher per assistenza domiciliare, pasti, trasporti). Grazie ad una azione concertata tra Comuni e piano di zona si è riusciti ad evitare la sospensione dei servizi, ma si è dovuto procedere ad una razionalizzazione delle risorse, a discapito dei bisogni delle famiglie.

L'introduzione delle compartecipazioni a carico delle famiglie non ha avuto alcuna efficacia, in quanto le famiglie tenute, sulla base del criterio isee, a compartecipare erano pochissime.

Non si è ritenuto di aumentare le compartecipazioni a carico dei Comuni, a causa delle difficoltà evidenti in cui gravavano gli stessi: 24 Comuni su 26 hanno una popolazione che non supera i 3000 abitanti.

A partire dalla seconda annualità, con il ripristino di un adeguato volume di risorse finanziarie trasferite, la situazione si è normalizzata consentendo una corretta erogazione di servizi, commisurata sulle necessità della popolazione.

La realizzazione degli obiettivi territoriali triennali, precedentemente definiti è strettamente connessa con la disponibilità di finanziamenti.

L'obiettivo più ambizioso, raggiunto pienamente, è stata l'implementazione del segretariato sociale e del servizio sociale professionale (assistenti sociali) in tutti i Comuni dell'ambito.

Fin dal 2006 si era scelto strategicamente, di gestire in forma associata la tutela minorile, separandola dalla gestione dell'area adulti/anziani/disabili, e affidandone la gestione a due diverse assistenti sociali. La presenza degli stessi operatori nell'ultimo triennio ha consentito anche lo sviluppo di una maggiore professionalità, resa possibile dalla specializzazione delle assistenti sociali nel settore di intervento in cui operavano.

Questo processo era iniziato nel triennio 2006/2008, ma soltanto nel triennio 2009/2011 si iniziava a garantire una presenza maggiormente adeguata nei Comuni del distretto, comunque insufficiente.

La qualità del lavoro svolto dalle assistenti sociali del piano di zona, ma anche dell'assistente sociale del Comune di Stradella per il territorio comunale di sua competenza, ha nel triennio 2012/2014 consentito una conoscenza del servizio capillare non solo da parte delle amministrazioni comunali ma da parte dell'utenza che spontaneamente si è rivolta agli uffici del piano di zona.

Il processo non si ritiene ancora concluso, evidenziandosi nel triennio la criticità delle problematiche segnalate dalle famiglie al piano di zona, riassunte di seguito:

- perdita del lavoro e/o casa di abitazione con gravi ripercussioni sulla tenuta del sistema famiglia da parte di nuclei che non hanno mai avuto accesso ai servizi sociali
- aumento consistente di situazioni di singole persone o nuclei in gravissima emarginazione, sia anziani che adulti, che vivono in condizioni estreme (case inabitabili, insalubri, situazioni di incapacità a gestirsi, di malattie psichiatriche o demenza)
- aumento di persone adulte e anziani non in grado di amministrarsi per le quali è stato nominato l'amministratore di sostegno
- aumento del numero di sfratti a fronte di un numero insufficiente di abitazione di ERP assegnate
- aumento della casistica afferente al servizio di tutela minorile, soprattutto nel settore civilista

Rispetto alla tutela minorile si registra un aumento di procedimenti civili a carico di minori, con un background di disagio familiare, economico e relazionale, separazioni tra genitori, scarsa consapevolezza delle necessità basilari dei minori da parte dei genitori.

Purtroppo si sono registrati casi di penale minorile che comportano un lavoro molto oneroso e con tempi lunghi per gli operatori, prima di arrivare ad una soluzione dei problemi. Invece le adozioni nel triennio non sono state un numero significativo.

L'aumento della casistica ha comportato da parte degli assistenti sociali la presa in carico di un maggior numero di utenti con una prevalenza di situazioni di media – alta complessità sul territorio distrettuale.

Attualmente in turn-over è troppo elevato e non si riesce a far fronte con adeguatezza a tutti i casi, garantendo i necessari spazi di ascolto e di presa in carico delle famiglie.

Si ritiene di fondamentale importanza nel prossimo triennio implementare la presenza di personale, per non vanificare quanto già fatto dal 2006 al 2014.

Altra scelta strategica nel triennio 2012/2014 è stata di gestire il back office, disponendo di personale amministrativo qualificato, con competenze nel campo dei servizi sociali e con una funzione, oltre che di gestione di tutti gli atti amministrativi, di programmazione, progettazione e raccordo, informazione, consulenza sociale per i referenti sociali dei Comuni / Unioni dell'ambito. Nel triennio sono stati intensificati i legami professionali con i referenti dei Comuni, ottenendo un maggiore intervento a rete, basato sulla collaborazione e sull'uso di linguaggi condivisi. Il piano di zona ha accompagnato molti Comuni fungendo da consulente per servizi, progetti, procedure, comprensione della normativa sul sociale. Ma ha anche collaborato con i Comuni per la realizzazione dei monitoraggi richiesti dalla Regione, aiutando i referenti comunali in una maggiore comprensione degli aspetti tecnici. Non è stato facile arrivare alla realizzazione di monitoraggi sempre più precisi.

La gestione amministrativa dello staff di back office è stata caratterizzata da un aumento delle rendicontazioni richieste al piano di zona che si sono aggiunte ai monitoraggi richiesti dalla Regione. Attualmente la richiesta di dati e rendicontazioni al piano di zona proviene non solo da Regione Lombardia e dal ASL ma anche dal Ministero del tesoro, dalla Prefettura, da Anci, dal privato sociale, dai Sindacati.

Ciò presuppone però uno sviluppo del sistema di conoscenza, cioè di disponibilità e di raccolta di informazioni che consenta in tempi veloci la circolazione tra i vari soggetti pubblici e privati di informazioni.

Per questo è assolutamente improrogabile nel nuovo triennio dotarsi di un sistema di raccolta di dati territoriale maggiormente efficace, che si affianchi al sistema di conoscenza regionale.

Lo staff di back office ha gestito anche gli accreditamenti per le strutture per l'infanzia, fornendo costantemente indicazioni, modulistica e consulenza tecnica ai Comuni dell'ambito e a soggetti privati. Ha gestito tutti gli aspetti del convenzionamento con le strutture per l'infanzia a livello zonale. Ha inoltre gestito anche il nuovo accreditamento dei soggetti gestori di voucher del piano di zona in previsione del nuovo triennio.

In diversi casi ha svolto consulenza per soggetti privati che volevano aprire unità di offerta socio-assistenziali o fuori dalla rete (ad esempio case famiglia per anziani).

Il piano di zona ha cercato di dare una risposta ai bisogni delle persone / famiglie investendo le risorse economiche soprattutto in servizi domiciliari o semi-residenziali:

- voucher per assistenza domiciliare per anziani ed adulti
- voucher per pasti a domicilio per anziani ed adulti
- voucher trasporto per disabili e servizi di trasporto per anziani attraverso il progetto Mio-Taxi
- voucher per la frequenza di CSE e SFA per disabili
- buoni sociali (nell'ultimo anno del triennio).

Anche il fondo sociale regionale è stato utilizzato quasi interamente a sostegno di servizi domiciliari o semi-residenziali, con una gestione integrata (budget unico) rispetto al fondo nazionale politiche sociali e al fondo non autosufficienze.

Rispetto all'uso di gran parte delle risorse per la domiciliarità e la semi- residenzialità, che ha indubbiamente permesso di garantire a molte famiglie un aiuto importante, volto ad evitare l'istituzionalizzazione e a consentire la permanenza delle persone nel proprio ambiente di vita, è doveroso però sottolineare i limiti e le criticità delle azioni adottate. I voucher hanno costi elevati, a fronte di un numero di ore di assistenza resa insufficienti a coprire il vero fabbisogno delle famiglie. Per questo l'introduzione di una azione come i buoni sociali può creare maggiore flessibilità nell'articolazione delle risposte, ma non è sufficiente. Occorre nel nuovo triennio monitorare e ripensare, come previsto dalla dgr 2941/2014 la corrispondenza tra bisogni-domanda espressa e servizi erogati, con attenzione anche alle reti informali.

Nel triennio si è provveduto ad utilizzare il fondo intesa famiglia ed il fondo del piano straordinario nidi per attuare anche nell'ambito del p.d.z. di Broni azioni a favore delle famiglie. In sintesi

- si è garantito dal 2012 ad oggi ad un numero sempre crescente di famiglie l'accesso alle strutture per la prima infanzia, grazie ad un contributo mensile per tutto l'anno scolastico.
- Sono stati effettuati servizi educativi a minori appartenenti a famiglie molto disagiate, anche economicamente, attivando percorsi di crescita, in contesti familiari dove era impossibile avere una adeguata crescita
- È stata sostenuta anche la frequenza tramite l'attivazione di voucher dell'unico asilo pubblico esistente nel territorio dell'ambito, attraverso l'accreditamento del fondo intesa.

La collaborazione con la Provincia di Pavia, formalizzata attraverso un Protocollo d'Intesa, sottoscritto nel triennio precedente, ha permesso a pazienti psichiatrici in cura al centro psico sociale territoriale di svolgere tirocini formativi in luoghi di lavoro: il piano di zona ha avuto parte attiva in questo servizio, con compiti di connessione dei soggetti ospitanti e provincia, e con attività amministrativa a sostegno del progetto.

E' proseguita nel triennio la collaborazione, formalizzata attraverso una convenzione, con la cooperativa sociale Libera-Mente, per la prevenzione e la presa in carico di donne vittime di violenza psicologica e/o fisica.

Il piano di zona gradualmente è stato coinvolto nelle tematiche di conciliazione. Molti Comuni del distretto avevano avviato importanti percorsi di conciliazione, con il già citato servizio di mio-taxi e taxi rosa, implementato nelle azioni e nella complessità di anno in anno. Nel 2014 per la prima volta il piano di zona ha presentato un progetto di conciliazione, ottenendo il finanziamento dall'ASL di Pavia: il progetto è tuttora in fase di attuazione.

Nel 2015 il piano di zona ha presentato un progetto per il contrasto alle ludopatie, ma questa è già materia del nuovo triennio.

La progettualità del piano di zona è in continuità con le ex leggi di settore finanziate dal piano di zona stesso fino al 2012 e progettate dal Comune di Stradella. Tali progetti non sono più stati riproposti a causa della pesante contrazione di risorse nel 2012 e dell'aumento di bisogni sulla domiciliarità e semi-residenzialità.

Rispetto al lavoro con il terzo settore si riscontrano esperienze di collaborazione tra singole amministrazioni locali e volontariato, non estese al piano di zona. Ciò è dovuto all'impossibilità per le associazioni di assumersi l'onere di ampliare le attività su zone più vaste, comprendenti molti

Comuni. Il piano di zona però deve migliorare il dialogo tra le associazioni, arrivando a progetti condivisi che possano estendersi, grazie alla collaborazione di più soggetti, a più Comuni dell'ambito.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI ESITI DELLA PRECEDENTE TRIENNALITÀ

Si riportano gli obiettivi del precedente triennio con l'indicazione dei risultati raggiunti:

MINORI E FAMIGLIA

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
esigibilità dei diritti del minore	Condivisione a livello zonale del segretariato e del servizio sociale professionale	Finanziarie e personale (assistenti sociali)	Realizzazione del segretariato sociale e del servizio sociale professionale per i Comuni dell'ambito	<i>Raggiunto con copertura dei servizi con una percentuale del 100%</i>
<p>Ridurre la conflittualità agita Aumentare la capacità di gestione autonoma del conflitto all'interno del nucleo</p>	<p>Attivazione di interventi di mediazione familiare</p> <p>Segnalazione/invio al consultorio familiare</p>	<p>Finanziarie e personale</p> <p>Personale</p>	<p>Istituzione del voucher di mediazione familiare</p> <p>Gestione condivisa dei casi tra l'assistente sociale del PDZ e gli psicologi del consultorio dell'ASL</p>	<p><i>Raggiunto solo parzialmente, a causa dell'assenza di fondi</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p>
	Messa in protezione del minore con la madre nelle situazioni di estrema rischio	Finanziarie e personale	<p>Convenzione con la C.S. Libera-mente per la gestione di casi di violenza familiare</p>	<i>Raggiunto</i>
	Attivazione di spazi neutri in riferimento a provvedimenti dell'autorità giudiziaria	Finanziarie e personale	Voucher spazio neutro	<i>Raggiunto solo parzialmente, a causa dell'assenza di fondi</i>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Sostegno per lo svolgimento delle funzioni genitoriali	<p>Condivisione tra PDZ e Comuni – consulenza ai Comuni per l’attivazione dei servizi</p> <p>Percorsi per la genitorialità consapevole</p> <p>Avvio precoce di azioni di rete per il contenimento del disagio</p>	personale	<p>Attivazione dei servizi di assistenza domiciliare educativa (costo del servizio a carico dei singoli Comuni)</p> <p>Attivazione risorse territoriali di sostegno al nucleo (protocolli operativi con Asl/CPS/SERT/ecc)</p> <p>Avviamento azioni di tutela</p>	<p>Raggiunto</p> <p>Non raggiunto</p> <p>Non raggiunto</p>
Potenziamento dell'affido familiare nelle diverse forme	Progettazione di protocolli operativi con ASL - servizio affidi -	personale	Approvazione di un protocollo operativo	<i>Non raggiunto</i>
Favorire l'attivazione di risorse individuali per la ricerca attiva di nuova attività	<p>Coinvolgere i genitori in attività socialmente utili, con un corrispettivo che allenti la pressione economica</p> <p>Attivare percorsi di sostegno e tutoraggio, quali "bilancio competenze", formazione, accesso a strumenti per l'occupazione ecc</p>	Finanziarie e personale	<p>Attivazione presso i Comuni di attività socialmente utili</p> <p>Sportello informativo per lavoro</p>	<p><i>Non raggiunto</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p>
Potenziamento dell'efficacia del servizio di tutela minori, con particolare riferimento alla presa in carico precoce	<p>Ottimizzazione dei processi di presa in carico a livello multidisciplinare e miglior gestione delle risorse</p> <p>Attivazione dei servizi sanitari coinvolti</p>	personale	<p>Gestione del caso in equipe multidisciplinare tra Pdz ed ASL</p> <p>Gestione del caso in equipe con i servizi ospedalieri</p>	<p><i>Raggiunto</i></p> <p><i>Parzialmente raggiunto a causa della difficoltà di individuare procedure condivise</i></p>
Potenziamento del lavoro di rete, con attivazione snella, efficace e coordinata dei servizi già presenti in ambito distrettuale	Attivazione immediata degli interventi di competenza Comunale (gestiti direttamente o delegati)	personale	Raccordo costante tra pdz e referenti comunali per attivazione dei servizi comunali per minori (adm, ass scolastica disabili minori, ospitalità in comunità, interventi economici alle famiglie)	<i>Raggiunto</i>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
<p>Potenziamento delle attività e dei servizi per l'integrazione e la coesione sociale</p> <p>Potenziamento del lavoro di rete con le scuole</p>	<p>Realizzazione mediazione culturale e facilitazione linguistica per i minori stranieri</p> <p>Potenziamento attività per l'integrazione scolastica e sociale dei minori disabili</p>	<p>Personale e finanziarie</p>	<p>Voucher per mediazione culturale</p> <p>Collaborazione continuativa su singoli casi degli assistenti sociali con le scuole</p> <p>Attivazione del servizio di ass. scolastica e di ass domiciliare</p>	<p><i>Non raggiunto per mancanza di fondi</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p>
<p>Attivazione di azioni volte a favorire uno stile di vita sano anche in collaborazione con ASL</p>	<p>Individuazione precoce di difficoltà di apprendimento e attivazione potenziamenti</p>	<p>personale</p>	<p>Collaborazione con consultori dell'Asl</p>	<p><i>Non raggiunto</i></p>
<p>Formazione specifica degli insegnanti sulle difficoltà del minore su bullismo</p>	<p>Interventi formativi/informativi nelle scuole finalizzati alla prevenzione e ad uno stile di vita sano</p> <p>Attivazione di percorsi di educazione alla legalità in collaborazione con le forze dell'ordine</p>	<p>Personale e finanziario</p>	<p>Attuazione di progetti ex legge 285 specifici</p>	<p>Raggiunto parzialmente con progetti gestiti dal Comune di Stradella a favore degli alunni delle scuole di Stradella</p> <p>Raggiunto parzialmente con progetti gestiti dal Comune di Stradella a favore degli alunni delle scuole di Stradella</p>
<p>Garantire l'accesso alle strutture per la prima infanzia da parte delle famiglie</p>	<p>Contributi alle famiglie, in forma di voucher , per l'accesso alle strutture per l'infanzia</p>	<p>Personale e finanziario</p>	<p>Realizzazione di convenzioni con asili, micro nidi e nidi famiglia e attivazione del piano straordinario nidi (dgr 11152/2010)</p>	<p>raggiunto</p>

AREA ANZIANI

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Favorire il mantenimento delle persone anziane al domicilio	Attivazione della rete parentale	Personale	Realizzazione di pai condivisi dalle famiglie	<i>raggiunto</i>
Procrastinare i tempi di ingresso in residenza sanitaria assistenziale	Attivazione della rete amicale Attivazione del terzo settore	Personale / finanziarie / reti informali e formali / famiglie	Convenzioni con auser	<i>Raggiunto parzialmente e non in misura significativa</i>
	Sostegno alla domiciliarità attraverso l'erogazione di voucher e titoli sociali, SAD	Personale / finanziarie	Attivazione del SAD comunale	<i>Raggiunto</i>
	Ricorso a ricoveri temporanei di sollievo	Personale / finanziarie	Voucher per ricoveri di sollievo	<i>Raggiunto</i>
	Valutazione di forme private di assistenza laddove la rete familiare/amicale dei servizi e del terzo settore non riescono a dare una risposta	personale	Albo badanti	<i>Non raggiunto</i>
Favorire la mobilità all'interno del territorio per accesso a servizi socio sanitari	Coinvolgimento di Comuni dell'ambito per gestione integrata del trasporto	Personale / finanziarie	trasporto sovra zonale (mio-taxi)	<i>raggiunto</i>
Necessità di informazioni su procedure e modalità di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari	Mantenimento del segretariato sociale nei Comuni	personale	Realizzazione segretariato sociale per persone anziane	<i>raggiunto</i>
Inserimento in struttura dei non autosufficienti non gestibili al domicilio	Supporto alla famiglia per l'inserimento in struttura	personale	Servizio sociale professionale a favore dei residenti nei Comuni dell'ambito	<i>raggiunto</i>
Coordinamento degli interventi integrati tra diversi servizi sociali e sanitari, sia territoriali che residenziali, per una presa in carico globale della persona anziana	Condivisione tra pdz ed asl di protocolli	personale	Realizzazione protocollo per valutazione multidimensionale	<i>raggiunto</i>

AREA DISABILI

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	<i>Risultati</i>
<p>Mantenere la persona al proprio domicilio; evitare ricoveri impropri ospedalieri sostenere la famiglia nella cura</p>	<p>Definizione di criteri di accesso omogenei a livello distrettuale e gestione di servizi per anziani</p>	<p>Personale / finanziario</p>	<p>Erogazione di voucher e/o buoni per: Assistenza domiciliare; pasti a domicilio; trasporto sociale</p>	<p><i>raggiunto</i></p>
<p>Favorire il mantenimento di competenze individuali, relazionali, sociali in contesti protetti di gruppo</p> <p>Sostenere i familiari caregiver attraverso l’inserimento del disabili nei centri diurni</p>	<p>Gestione a livello zonale dei voucher trasporto per disabili verso cse e sfa</p>	<p>Personale / finanziario</p>	<p>Erogazione di voucher / buono per frequenza di disabili presso centri CSE e SFA</p> <p>Trasporto sociale per la frequenza dei centri diurni per disabili</p>	<p><i>raggiunto</i></p>
<p>Tutelare giuridicamente il disabile riducendo i ricorsi per la tutela e curatela e favorendo l’utilizzo dell’amministratore di sostegno</p>	<p>Promozione dell’amministrazione di sostegno</p> <p>consulenza a famiglie che devono iniziare il percorso di nomina dell’amministratore di sostegno.</p> <p>promozione dell’Istituzione del Garante dei Diritti delle persone limitate nella libertà personale e la valorizzazione delle abilità delle persone affette da patologie psichiatriche attraverso il volontariato.</p>	<p>personale</p>	<p>Partecipazione ai tavoli tematici in asl organizzati da servizio di protezione giuridica</p> <p>Informazioni ad utenti del pdz attraverso servizio di segretariato sociale</p> <p>Partecipazioni tavoli provinciali –nomina del garante dei detenuti da parte della Provincia di Pavia</p>	<p><i>Raggiunto</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p> <p><i>raggiunto</i></p>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	<i>Risultati</i>
<p>Assunzione in enti pubblici /aziende private / imprese, attraverso percorsi di dote lavoro</p> <p>Sperimentazione di abilità lavorative, relazionali in ambiente lavorativo</p>	<p>Collocamento mirato non finalizzato all'assunzione / stages di pazienti psichiatrici del CPS territoriale, attraverso la collaborazione in rete di CPS – PDZ e Provincia di Pavia</p>	<p>personale</p>	<p>Realizzazione del progetto “laboratorio delle risorse” in collaborazione con la Provincia di Pavia (soggetto promotore)</p>	<p><i>RAGGIUNTO</i></p>

AREA ADULTI, EMARGINAZIONE GRAVE, DIPENDENZA, FRAGILITA', CONCILIAZIONE

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Percorsi di reinserimento sociale	<p>Rafforzamento della rete tra asl, pdz, UEPE, carcere;</p> <p>istituzione del garante dei detenuti</p> <p>possibilità di effettuare lavori socialmente utili</p> <p>collaborazione con l'UEPE e soggetti accreditati per la dote formazione e lavoro</p>	Personale	<p>/</p> <p>Già rendicontato nell'area disabili</p> <p>Attivazione di lavori socialmente utili presso alcuni Comuni del p.d.z.</p> <p>/</p>	<p><i>Non raggiunto</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p> <p><i>Raggiunto con una parziale copertura</i></p> <p><i>Non raggiunto</i></p>
Migliorare la qualità di vita dei cittadini, soprattutto delle donne che si trovano a gestire carichi di cura ed assistenza eccessivi	<p>promuovere una cultura della conciliazione: sensibilizzazione verso una nuova politica di organizzazione del lavoro e creazione di competenze professionali in materia di pari opportunità e, in particolare, sui temi della conciliazione;</p> <p>-</p> <p>valorizzare e pubblicizzare le buone prassi già esistenti sul territorio, con azioni di comunicazione e di "messa in rete"(ad esempio Mio taxi, Punto Rosa ecc), coinvolgendo 18 comuni su 26 dell'ambito</p> <p>-accrescere, con azioni di formazione e di informazione, la consapevolezza di organizzazioni e di famiglie rispetto ai benefici derivanti dalla conciliazione tra impegni familiari e impegni di lavoro</p> <p>-promuovere presso le imprese un nuovo modello gestionale, socialmente responsabile, incentivando l'adozione di misure di conciliazione</p>	<p>Personale / finanziarie</p> <p>Personale / finanziarie</p> <p>Personale</p>	<p>Finanziamento da parte della Regione tramite l'asl del progetto di conciliazione "con.vin.co"</p> <p>Prosecuzione del progetto mio-taxi ampliando la copertura a 18 Comuni su 26 dell'ambito</p> <p>Realizzazione di tavoli sulla conciliazione</p>	<p><i>Raggiunto (progetto in corso di attuazione, secondo il crono programma comunicato all'asl)</i></p> <p><i>Raggiunto</i></p> <p><i>raggiunto</i></p>

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
<p>Riduzione della disoccupazione e di conseguenza del ricorso a contributi economici comunali</p> <p>Coinvolgimento di persone adulte con disagio economico in attività a favore della comunità</p>	<p>Maggiore collaborazione tra centro per l'impiego / PDZ / enti accreditati per la formazione</p> <p>individuare un modello organizzativo /gestionale omogeneo;</p> <p>lavori socialmente utili;</p> <p>sensibilizzazione delle imprese anche attraverso le politiche di conciliazione</p>	<p>Personale / finanziario</p>	<p>/</p>	<p><i>Non raggiunto</i></p>

TERZO SETTORE

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti – Azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
<p>Migliorare la rete del volontariato / terzo settore</p> <p>favorire il dialogo tra le associazioni e tra queste ed il sistema pubblico</p>	<p>- individuare bisogni ed azioni condivise</p> <p>- individuare progetti a costi ridotti che soddisfino i bisogni della popolazione</p>	<p>Personale / finanziarie</p>	<p>Collaborazione su progetti di utenti / famiglie specifiche con:ù</p> <p>-associazione “Casa del Sole”</p> <p>-APS Gino Cremaschi</p> <p>-Auser territoriali</p>	<p><i>Raggiunto parzialmente: le reti vanno implementate e le azioni devono essere potenziate nel nuovo triennio, ed estese capillarmente</i></p>

PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO TRIENNIO 2015-2017

Integrazione sociale e socio-sanitaria

Ricomposizione di conoscenza, risorse, servizi

Considerando i cambiamenti in chiave sistemica che sta affrontando il comparto del *welfare* e la dura congiuntura economica, appare come prioritario procedere in direzione di un nuovo modello di programmazione delle politiche sociali, più orientata verso l'analisi multidimensionale dei bisogni, capace di definire un circuito virtuoso di ricomposizione e integrazione delle risorse e degli strumenti.

Lo stato attuale di frammentazione fa sì che gli attori (pubblici e privati) sul territorio tendano a concentrare l'attenzione esclusivamente sui propri utenti e in generale su una domanda scissa geograficamente. L'obiettivo è quindi ricomporre tale "immagine", partendo dal percorso di programmazione, che è propedeutico alla riuscita di una vera presa in carico integrata delle persone e delle famiglie. Il *processo di ricomposizione* comprende una pianificazione congiunta e integrata di settori di *policy* attualmente divisi, come la casa, la famiglia, la scuola e la sanità.

Per ottenere questo risultato è necessario procedere verso la ricomposizione delle tre dimensioni chiave per ottenere una corretta ed efficace programmazione: le conoscenze disponibili, le risorse impiegate e i servizi offerti.

- *Conoscenza*. Il primo livello da ricomporre è quello della conoscenza e delle informazioni disponibili; un contesto è tanto più frammentato quanto minore è la condivisione e la circolazione della conoscenza e delle informazioni. La necessità è quella di potenziare la conoscenza delle strutture presenti sul territorio, dei servizi da esse offerte, delle domande degli utenti e dei bisogni presenti nella comunità. Per questo motivo diventa prioritario rafforzare percorsi di condivisione e scambio delle informazioni tra soggetti che operano nello stesso territorio, mettendo in rete e a sistema dati, informazioni, letture e buone prassi. Questo passaggio consente di procedere verso una più efficace lettura integrata degli interventi di *policy* nel contesto locale: una corretta filiera informativa è il presupposto per una migliore programmazione, che, seguendo questo approccio, può effettivamente fornire una adeguata lettura e risposta ai bisogni, superando il semplice incontro tra domanda e offerta di servizi.
- *Risorse*. Dal punto di vista delle risorse è necessario implementare il livello di collaborazione tra i diversi Enti e procedere verso una sempre maggiore integrazione. Questo percorso è reso ancora più necessario dalla contrazione delle risorse pubbliche a disposizione, che devono essere gestite con una maggiore capacità di programmazione, rispetto alle spese da sostenere. Frequentemente la spesa sociale non è solo diversa tra gli Ambiti ma anche all'interno degli stessi Ambiti. La riduzione di tali disparità richiede un approfondito esame sulle risorse attualmente disponibili, sulla loro articolazione e sugli ambiti nei quali si ritiene prioritario procedere alla ricomposizione.
- *Servizi*. L'offerta proposta sul territorio è eterogenea e spesso prevede notevoli differenze tra Comuni posti a poca distanza l'uno dall'altro. Sebbene queste disuguaglianze siano il prodotto dell'autonomia degli Enti, è necessario che questi provvedano ad una maggiore integrazione nel percorso di erogazione dei servizi, non solo per renderli più efficienti, ma anche per facilitare l'accesso degli utenti agli stessi. Usando il sistema di conoscenza sarà possibile, per i diversi Ambiti, avere un ventaglio di modelli di riferimento e, nel caso, attingere alle diverse

buone prassi messe a sistema, per implementare la propria rete di servizi. Il percorso di integrazione dei servizi permette di definire anche regole, procedure, standard, criteri di accesso e interventi congiunti tra le varie realtà locali. L'obiettivo è potenziare il grado di integrazione degli Ambiti nella gestione dei servizi (accreditamento e autorizzazione, tariffe ed esenzioni, regole di accesso), rilevando quelle realtà in cui il percorso è già cominciato (e quindi a che livello è) e quelle in cui è ancora in fase embrionale.

Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la Comunità

In un quadro di ricomposizione generale delle risorse con l'obiettivo strategico di superare l'attuale livello di frammentazione, è fondamentale una sinergia sempre più elevata tra gli interventi socio-sanitari di ASL e quelli socio-assistenziali dei Piani di Zona, in modo da rafforzare il processo di integrazione, principio cardine della programmazione per le politiche sociali.

Questo passaggio assume una valenza centrale al fine di garantire un rafforzamento del Piano di Zona come attore cardine del *welfare* locale, che opera in stretta collaborazione con tutti gli attori della rete del *welfare*.

La rete socio-sanitaria della Lombardia è caratterizzata da una grande varietà di strutture dislocate in modo capillare sul territorio, accanto alle quali si sviluppa la rete sociale, composta da strutture residenziali e semiresidenziali per anziani autosufficienti e per disabili, dai servizi per l'infanzia e per i minori, dai servizi di assistenza domiciliare per anziani (SAD), per persone con disabilità (SADH) e per minori (ADM). Considerando le funzioni di competenza dei Comuni nel campo delle politiche sociali e il ruolo rilevante svolto anche nel settore sociosanitario (ad esempio, con la copertura parziale delle spese per i servizi sociosanitari degli utenti che versano in stato di bisogno), è proprio a questo livello istituzionale che tende a compiersi il processo di ricomposizione degli interventi e si attua l'integrazione con la programmazione sociosanitaria.

L'offerta sanitaria e sociosanitaria è quindi variegata e composta da una elevata pluralità di attori, il che produce alcune criticità a livello sistemico:

- difficoltà nell'individuare una regia complessiva;
- difficoltà nel rispondere in modo integrato ai bisogni degli utenti (rischio di sovrapposizione dei compiti).

Al fine di raggiungere l'obiettivo di un'efficace e reale presa in carico degli utenti, è fondamentale procedere al superamento della disomogeneità e della frammentazione dell'offerta sociale e socio-sanitaria radicata nel territorio. Il nuovo triennio di programmazione rappresenta un'opportunità per far luogo al superamento delle sovrapposizioni e favorire la ricomposizione tra competenze sociali e socio-sanitarie.

Occorre rileggere i bisogni presenti sul territorio, riservando particolare attenzione a quelli legati ai minori con disabilità o agli adolescenti, che richiedono interventi frutto di una progettazione complessa e articolata (analisi, prevenzione, presa in cura). Occorre inoltre potenziare il coinvolgimento degli attori istituzionali del territorio, in particolare Comuni e Piani di Zona.

Come rilevato nel *Libro Bianco sullo Sviluppo del Sistema Socio-sanitario in Lombardia*, le maggiori aree di criticità che ostacolano il rafforzamento del processo di integrazione sono:

- la frammentazione delle risorse,
- il disallineamento tra i livelli decisionali,
- la mancata integrazione degli interventi,
- lo scarso monitoraggio nell'utilizzo delle risorse e nella valutazione degli esiti,
- la mancata progettazione,
- la staticità nelle misure,

- la parzialità della visione (scarsa conoscenza reciproca degli attori, delle azioni messe in campo da ciascuno di essi e del quadro generale dei bisogni).

Il percorso di superamento della frammentazione si baserà in questo nuovo triennio di programmazione, come definito dalla d.g.r. 2989/14, sul potenziamento di alcune azioni già sostenute:

- la promozione dell'integrazione tra le dimensioni sanitaria, sociale e socio-sanitaria, per dare una risposta multidimensionale alla molteplicità dei bisogni espressi dalla persona fragile e dalla sua famiglia;
- lo sviluppo dei due pilastri su cui è fondato il sistema sociosanitario: la rete accreditata delle strutture e il fondo a sostegno della famiglia e dei componenti fragili;
- il superamento del paradigma relazionale di sola applicazione degli istituti giuridici di protezione, in particolare negli interventi di "tutela" dei minori, la cui complessità richiede di essere declinata attraverso l'integrazione delle dimensioni sociale, educativa e psicologica, accompagnata dalla presa in carico della famiglia con minori in difficoltà.

Tramite il rafforzamento di queste due direttrici di intervento passa il rafforzamento dell'intero sistema e la sua capacità di istituzionalizzare quegli interventi di ammodernamento, resi necessari da cambiamenti contingenti e strutturali (crisi economica, contrazione delle risorse e nuovi bisogni emersi sul territorio legati a nuove fragilità/povertà).

La risposta integrata al bisogno richiede il superamento dei vecchi schemi alla base della produzione di *policy* nel campo del *welfare*: per rispondere ai bisogni e alle fragilità legate a molteplici aspetti - clinici, fisici e sociali - è necessario considerare l'integrazione come una priorità strategica, al fine di valutare in modo multidimensionale il bisogno e rispondere così all'elevata complessità delle domande.

La fragilità diventa il cuore della programmazione e degli interventi di presa in carico: la strategia da seguire è pertanto quella che ha già caratterizzato i primi anni della X Legislatura, ovvero "giungere al pieno riconoscimento del diritto di fragilità" (d.g.r. 2989/14).

Gli interventi di presa in carico possono produrre risposte efficienti e adeguate solo attraverso un rafforzamento della dimensione dell'integrazione. Lo stato di salute di una persona è, infatti, il risultato delle relazioni che si sviluppano nei vari contesti con cui la persona si relaziona: la famiglia, la scuola, il lavoro, l'ambiente sociale, ecc. Ecco allora che non è possibile scindere sanità e sociale, per via delle forti interconnessioni che li caratterizzano: è prioritario quindi agire nella direzione della sintesi, così che le risposte in termini di offerta siano davvero adeguate ai bisogni, sempre più complessi e articolati, che stanno emergendo. La stessa fragilità induce il bisogno di modalità di presa in carico specifiche e di una interdisciplinarietà e continuità nell'assistenza.

Gli elementi di rinnovamento introdotti dalla d.g.r. 2989/14 si collegano con il recupero della centralità della famiglia nel sistema di *welfare*, la valorizzazione dei reciproci legami, che diventano strategici nei momenti di maggiore fragilità e bisogno di cura e sostegno.

L'integrazione sociale e socio-sanitaria è uno degli obiettivi più rilevanti datosi da Regione Lombardia, sin dalla d.g.r. 1185/14, che ne sottolinea l'importanza richiamando l'esigenza di interventi integrati, per superare la attuale logica di frammentazione. Fra gli strumenti utili, la delibera richiama:

- la *Cabina di Regia* che coinvolge ASL e Comuni e Piani di Zona, luogo di programmazione e di governo degli interventi socio-sanitari e sociali;
- lo *Sportello Unico del Welfare*, evoluzione dei Punti Unici di Accesso e dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD);

- la *Valutazione Multidimensionale* del bisogno, realizzata da equipe pluri-professionali, grazie alla quale la persona è assistita seguendo un progetto individuale nel quale sono organizzate tutte le risposte sociosanitarie e sociali alla pluralità dei bisogni espressi dalla persona fragile e dalla sua famiglia. Questo strumento consente una lettura integrata dei bisogni, al fine di “facilitare l’accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d’offerta sociali e/o socio-sanitarie” garantendo, attraverso l’informazione e l’orientamento, “risposte appropriate ai bisogni rilevati” (d.g.r. 1185/14). L’efficacia della lettura multidimensionale è garantita dalla scelta di un sistema di valutazione, il VAOR, in grado di leggere e pesare i bisogni in rapporto alle risorse necessarie a garantire una risposta adeguata;
- un *Sistema Informativo condiviso*, capace di garantire l’integrazione degli interventi evitandone la sovrapposizione.

L’integrazione tra il comparto sanitario, sociale e socio-sanitario assume una dimensione ancor più strategica in una fase di contrazione delle risorse, perché consente al sistema di aumentare la sua capacità di risposta ai bisogni e rende più efficiente la produzione dei servizi.

Proprio in connessione con i concetti di integrazione e valutazione multidimensionale, Regione Lombardia ha varato il *Budget* di cura, uno strumento flessibile e più appropriato ai nuovi bisogni, che ha lo scopo di assicurare “la presa in carico globale della persona e della sua famiglia, impone[ndo] un forte coordinamento e integrazione di percorsi assistenziali, di risorse professionali e finanziarie” (d.g.r. 2989/14). Si tratta di uno strumento che incarna un nuovo modello di presa in carico, superando la vecchia logica del finanziamento per singole prestazioni, cui la persona richiede di accedere, promuovendo invece l’integrazione fra diverse risorse professionali ed economiche, al fine di realizzare un percorso unitario di cura individuale e personalizzato.

La garanzia che siano assicurati dei percorsi di presa in carico integrata della persona fragile e della sua famiglia, fondati sul *care management* e sul coordinamento dell’assistenza, è fornita dal ruolo dei *Centri Multiservizi* per la persona. La *mission* di questa modalità organizzativa è quella di operare per superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse Udo, procedendo ad integrare i diversi interventi sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, assicurando così controllo e coordinamento all’interno del processo di presa in carico e implementando la logica della continuità assistenziale.

Lo scenario definito da questo quadro, caratterizzato da un aumento della domanda di assistenza da parte dei cittadini, dalla crescente complessità dei bisogni emersi, da un’elevata fragilità causata dall’invecchiamento della popolazione e dalla crisi economica, che limita le risorse a disposizione, ha imposto perciò una revisione sostanziale del sistema di offerta, che, per essere efficace ed efficiente, deve necessariamente uniformarsi ai seguenti principi:

- una *forte integrazione socio-sanitaria*, per la presa in carico complessiva ed integrata dei bisogni della persona e della famiglia;
- una *diversificazione degli interventi*, che assicuri un sostegno concreto alle famiglie che assistono a domicilio persone in situazioni di “fragilità” e garantisca ad un’utenza caratterizzata da maggiore indipendenza un’offerta residenziale più leggera;
- una *attenta selezione dell’utenza*, grazie alla valutazione multidimensionale (VMD), così da garantire l’appropriatezza delle risposte messe in campo.

IL PERCORSO DI INTEGRAZIONE SOVRA-DISTRETTUALE

Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali

I nove Piani di Zona della provincia di Pavia, coordinati dall'ASL di Pavia, hanno collaborato alla redazione degli obiettivi sovra-zonali per la redazione dei Piani di Zona 2015-17 (PdZ nel seguito), attraverso la partecipazione a 3 tavoli tematici¹, per i target di età: 0/17 anni per l'area minori, 18/64 per l'area adulti, over 65 per quella anziani. Ai tavoli hanno partecipato anche gli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia, a supporto dello svolgimento dei lavori.

Esaminati gli obiettivi indicati nella precedente triennio, tutti i tavoli hanno concordato sulla necessità di impostare in modo diverso la programmazione per la triennalità 2015-17, in funzione delle indicazioni di Regione Lombardia sul tema. Si è ritenuto quindi importante individuare come obiettivi sovra-zonali esclusivamente quelli innovativi e di cambiamento/potenziamento, lasciando quelli di mantenimento dello *status quo* nella parte specifica di ogni PdZ.

In virtù di questa scelta metodologica, si è perciò deciso di procedere nella direzione di un modello di programmazione capace di impostare il superamento della frammentazione presente nella rete territoriale del *welfare*, aprendo così la strada ad un processo di integrazione della conoscenza, delle risorse e dei servizi, nel solco di ciò che è stato indicato da Regione Lombardia. Il primo obiettivo individuato dai tavoli di lavoro è il pensare ad una ricomposizione del processo di costruzione delle politiche di *welfare* locale, cominciando proprio dal percorso di programmazione in quanto propedeutico alla riuscita di una vera presa in carico integrata delle persone e delle famiglie.

Per ottenere questo risultato e potenziare la programmazione zonale, ASL e Ambiti hanno rafforzato il *processo di condivisione e confronto* approntando un metodo di scambio e interazione costante nel percorso di analisi e progettazione, rilevando così come la condivisione di conoscenza, informazioni e buone prassi sia il primo passo fondamentale per procedere ad una ricomposizione generale del sistema.

Il confronto scaturito dal lavoro dei tavoli ha fatto sì che i PdZ declinassero l'obiettivo della ricomposizione funzionale anche in chiave di innovazione delle azioni da intraprendere nella prossima triennalità, non limitandosi al proseguimento delle linee classiche di intervento, ma ponendosi come traguardo nuovi interventi capaci di rispondere in modo più efficace ed integrato ai nuovi bisogni presenti sul territorio.

Tutti i tavoli hanno concordato sulla rilevanza di inserire come azione innovativa nella prossima triennalità la prevenzione e il contrasto delle ludopatie, nuove forme di dipendenza che stanno colpendo in modo particolare la provincia di Pavia. E' stato deciso di declinare questo obiettivo come sovra-zonale e trasversale rispetto a tutte le aree d'intervento, per fascia d'età (minori, adulti, anziani):

- *Creare un sistema integrato di interventi sovra-zonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie (obiettivo 1):* considerando l'assenza di percorsi comuni e di modalità di presa in carico dei soggetti vittime di questa dipendenza, i tavoli hanno concordato sulla necessità, come primo *step*, di realizzare un protocollo comune, per declinare procedure di prevenzione uniformi su tutto il territorio provinciale. Fra gli strumenti principe sono state scelte le iniziative di sensibilizzazione da realizzarsi sul territorio, oltre ad incontri nelle scuole per ragazzi e genitori.

¹ I 3 Tavoli di lavoro si sono svolti nel mese di marzo 2015 presso la sede ASL di Pavia, per un totale di 9 incontri complessivi (3 per ogni area tematica: minori, adulti, anziani).

Area Minori

I tavoli per discutere le criticità/proposte inerenti all'area Minori si sono tenuti rispettivamente nelle date 2-9-25 marzo 2015, presso la sede ASL di Pavia.

I temi affrontati nella riunione possono essere suddivisi in due aree: le strutture/servizi per la prima infanzia e i minori inseriti in strutture residenziali sociali.

Strutture e servizi prima infanzia

In apertura di discussione è stato esposto da parte degli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia il lavoro per il settore vigilanza, sulle Udo prima infanzia (asili nido, micro nidi, nidi famiglia, centri prima infanzia) della provincia di Pavia, consistente nella raccolta ed elaborazione dei dati disponibili, che sono stati completati da una breve analisi descrittiva dei risultati. In merito, è stata avanzata la proposta di monitorare l'andamento delle sezioni primavera, anche se non rientrano fra le Udo sociali, considerata l'indubbia concorrenza che esse creano agli altri servizi prima infanzia. Si rileva la possibile difficoltà nel raccogliere i dati in tempi brevi, soprattutto considerando che, alcune di esse, costituiscono di fatto una sotto-categoria della scuola d'infanzia.

Al fine di implementare la capacità descrittiva/esplicativa del lavoro di ricerca, si è convenuto, con i rappresentanti dei PdZ, di procedere alla raccolta dei dati inerenti il *trend* del numero dei bambini iscritti nelle Udo prima infanzia, la domanda non coperta e la loro residenza, per calcolare gli indici di saturazione e i tassi di migrazione; il bacino di utenza di possibili corsi di formazione per il personale; il numero di Udo prima infanzia (pubbliche e private) in possesso di: certificazioni qualità ISO 9001, voucher, dote conciliazione, dote INPS. A questo proposito, è stata preparata una tabella da sottoporre agli Uffici di Piano per raccogliere questi dati a partire dai Comuni di loro competenza. Tutti i partecipanti hanno concordato che sarebbe interessante osservare il rapporto pubblico/privato in merito al numero di strutture e ai posti offerti.

Per quel che concerne la stesura della parte del PdZ riferita alla prima infanzia, i tavoli hanno convenuto di individuare il seguente obiettivo inerente la qualità:

- *Valutare in modo uniforme il livello qualitativo delle strutture per la prima infanzia presenti sul territorio a livello sovra-zonale (obiettivo 2), in particolare ricorrendo a due strumenti (utili alla misurazione): l'analisi dell'accreditamento delle strutture e la somministrazione di un questionario di customer satisfaction comune a tutti i distretti.*

Minori inseriti in strutture residenziali sociali

Riguardo al tema dei minori in carico a strutture sociali, i tavoli hanno preso atto delle difficoltà esistenti nel far fronte a una problematica che sta evidenziando una preoccupante crescita, configurando una pressione inusitata sul tessuto sociale provinciale e per la quale non sembrano essere ancora pienamente sviluppati tutti gli strumenti utili ad affrontarla.

In particolare, è necessario affrontare il problema dei minori con disturbi di carattere psicopatologico o vittime di dipendenza da sostanze stupefacenti/alcol, attraverso l'individuazione di Udo più adatte a gestire tali casi, non gravando così su strutture preposte ad altri interventi e non dotate di personale formato, ad esempio, per la somministrazione di psicofarmaci. Ciò si traduce in una rivalutazione delle comunità per minori, la cui collocazione tende a spostarsi dal sociale al socio-sanitario.

È emerso il problema della corretta integrazione dei vari interventi sociali e socio-sanitari rispetto ai bisogni del minore, la necessità di una maggiore interazione tra gli attori coinvolti (istituzioni, scuola, operatori del settore) e l'impegno nell'individuare strumenti e percorsi di comunicazione istituzionali, che operino per la prevenzione e la tempestiva comprensione del disagio.

Per quel che concerne la stesura della parte del programma di piano riferita ai minori, i tavoli hanno convenuto nell'individuare le seguenti direzioni strategiche da seguire:

- *Sistematizzazione e proceduralizzazione.* Uno dei punti di maggiori criticità su cui è necessario lavorare nella prossima triennalità è la standardizzazione delle procedure d'intervento. Questo significa anche procedere verso una maggiore integrazione delle strutture e una più efficace messa in rete dei servizi/interventi. In questo caso si pensa alla redazione (o aggiornamento) di protocolli con le diverse strutture;
- *Ricomposizione.* Affinché si riesca a intervenire efficacemente sulle aree di disagio, è necessario lavorare con la scuola, per ricomporre un circuito virtuoso che consenta di individuare i problemi che coinvolgono i minori, intervenire tempestivamente e con il percorso di assistenza più adeguato;
- *Formazione.* Applicare agli operatori di questo settore degli standard di formazione continua, anche utilizzando modalità di formazione a cascata e autoformazione.

E' stata affrontata la problematica della tutela minorile, di cui attualmente i Comuni si occupano, esaminata anche per la componente in ambito consultoriale, sede deputata alla valutazione delle competenze genitoriali e della loro recuperabilità, sulla base del mandato del Tribunale. A fronte di una richiesta di "indagine psico-sociale", la procedura prevede due passaggi, valutazione e presa in carico:

- la valutazione psico-sociale, svolta tramite una *équipe* di assistenti sociali, psicologi operanti presso i consultori, servizi specialistici, CPS, CERD e neuropsichiatria infantile, è volta alla valutazione di pregiudizio o meno in cui si trova il minore;
- la presa in carico, si apre quando il giudice decreta la presa in carico del minore.

Si sottolinea che, secondo le indicazioni regionali, il traguardo per il consultorio è quello di riconfigurarsi come "centro per la famiglia", in cui convergano e trovino risposta i bisogni dei nuclei con fragilità. Nel contesto pavese questo percorso è già stato in parte avviato, anche se informalmente: pertanto, a partire da una ricognizione dell'esistente, in termini di offerta, occorrerebbe costruire quanto manca.

Presso la ASL di Pavia sono in fase di elaborazione Linee guida relative a: tutela minorile, adozione, affidamento e penale minorile, con l'obiettivo di arrivare entro la fine del 2015 alla redazione di un protocollo d'intesa con i PdZ, per l'area dei minori, con le nuove necessità che la caratterizzano. Nel restante periodo della triennalità in esame, il protocollo sarà recepito, reso operativo e monitorato.

E' stata sottolineata l'importanza di proporre l'obiettivo della formazione permanente, da estendere anche ai consultori privati accreditati presenti sul territorio, congiuntamente con i PdZ e le assistenti sociali. E' utile, a tal fine, definire con chiarezza l'ambito di competenza di tali consultori privati accreditati.

Per implementare un livello di qualità dei servizi e delle prestazioni offerte nella fascia 0-17, è emersa l'importanza di porsi come obiettivo:

- *Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori, che recepisca procedure condivise per tutela dei minori, penale minorile, adozioni (obiettivo 3);*

- *Condividere criteri uniformi per accreditare le strutture residenziali per minori (obiettivo 4), arrivando così ad interfacciarsi con soggetti che possano rispondere ad esigenze sempre più articolate;*
- *Creare una banca dati uniforme e integrata per i minori, basata sulla categorizzazione delle Udo in funzione dei servizi erogati (obiettivo 5), sulla base di competenze presenti e prestazioni erogate, che consenta un agile monitoraggio delle strutture e l'individuazione del percorso migliore di inserimento del minore;*
- *Monitorare il disagio minorile attraverso la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati uniforme e integrata (obiettivo 6), in un'ottica di consolidamento della conoscenza.*

In particolare, relativamente al penale minorile, sono state segnalate le seguenti esigenze: quantificare il carico dei minori coinvolti, rendere omogenei gli interventi, migliorare la qualità degli interventi, attraverso la revisione delle linee guida (processo avviato in ASL).

Le criticità riguardano la presenza degli operatori in udienza e i progetti di messa alla prova, sempre più numerosi, a fronte dei quali occorre una banca dati delle strutture presenti sul territorio, che possano accogliere, offrendo lavori socialmente utili.

Area Adulti

I tavoli per discutere le criticità/proposte inerenti all'area Adulti, si sono tenuti rispettivamente nelle date 4-11-20 marzo 2015, presso la sede ASL di Pavia.

Il primo tema discusso riguarda la necessità di prestare maggiore attenzione al tema della disabilità (intesa come deficit fisico - cognitivo). Il punto focale è l'esigenza di approntare dei criteri migliori e più efficaci per uniformare la definizione di disabilità a livello provinciale ed individuare ciò che una persona disabile richiede al territorio. Su questo punto i tavoli hanno convenuto che i criteri standard dell'invalidità civile e dell'accompagnamento non sono sufficienti e adatti allo scopo. La proposta, che ha accolto maggiori consensi, è quella di procedere incrociando i dati inerenti alla L. 104/1992, con quelli delle diagnosi e delle esenzioni per tipologia. La L. 104/1992 può rivelarsi utile perché consente di individuare l'handicap e lo svantaggio, anche in relazione al contesto in cui vive il soggetto interessato dall'intervento.

I tavoli hanno successivamente posto l'attenzione sul tema del coordinamento sovra-zonale, che sembra rivelarsi sempre più necessario nella gestione dei nuovi bisogni. Si ritiene importante, quindi, capire se esistono progetti/iniziative comuni sul territorio, realizzate o in corso di sperimentazione, da cui prendere esempio per costruire altri percorsi virtuosi nella provincia di Pavia.

Ulteriore argomento affrontato dai tavoli è l'emergenza abitativa, uno dei principali problemi sociali della provincia di Pavia. Il punto di partenza è la constatazione che non ci sono strutture adeguate per l'accoglienza, manca una rete ampia di *housing* sociale e, quindi, i Comuni non hanno gli strumenti per affrontare questa emergenza.

E' stato illustrato ai tavoli come l'Ambito di Certosa abbia provveduto ad organizzare la risposta al bisogno casa, a seguito di sfratto, con un fondo comune per l'emergenza costituito in parte da fondi provenienti dal FNPS e in parte da fondi comunali. Sul tema dell'*housing* sociale sono state poi presentate altre esperienze, che però i tavoli concordemente valutano insufficienti, per soddisfare il bisogno di abitazione dei soggetti richiedenti.

Si è proposta l'apertura di un tavolo politico di confronto tra ANCI e ALER Lombardia, per procedere alla stesura di nuovi protocolli e progetti condivisi.

Analizzando l'emergenza casa, unanime è stato il riconoscimento della necessità di procedere a una ricomposizione delle risorse per evitarne la dispersione in troppi rivoli, che minano l'efficacia dell'intervento. I tavoli hanno concordato nel considerare come maggiore criticità da affrontare la necessità di procedere a una corretta definizione dei criteri standard atti a definire quando avviene la presa in carico.

Si tratta di stendere "Linee guida" operative e procedure uniformi per tutti i PdZ, ad uso dei servizi sociali e da condividere con la cabina di Regia, onde consentire di distinguere fra i casi di vera emergenza abitativa, in corrispondenza dei quali si attiva la presa in carico da parte delle istituzioni, e il rilievo per l'orientamento, che rientra nelle "politiche per la casa".

Sulle azioni da intraprendere si è concordato che queste possono essere di due tipi:

- Evitare gli sfratti, anche attraverso l'erogazione diretta di contributi per il pagamento dell'affitto, procedendo ad ottimizzare le risorse ora in mano ai Comuni. Si potrebbe pensare alla creazione di un fondo comune sull'emergenza sfratti e/o alla presentazione di progetti per ottenere finanziamenti dalle fondazioni bancarie;
- Implementare gli spazi abitativi disponibili tramite nuovi accordi con ALER, anche per l'utilizzo degli alloggi sfitti, che necessitano di interventi di messa a norma, nello svolgimento dei quali potrebbero essere coinvolti i potenziali inquilini. I tavoli hanno convenuto, a riguardo, che il coinvolgimento dei richiedenti è auspicabile e fruttuoso.

Concordando sulla necessità di raccogliere dati ed evidenze empiriche sull'attuale stato dell'emergenza abitativa in provincia di Pavia e sul modo in cui i Comuni la stanno affrontando, è stato dato incarico agli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia di preparare una tabella atta a raccogliere i dati di maggiore rilevanza che Comuni e Uffici di Piano possono fornire.

I tavoli hanno individuato alcuni nuovi obiettivi da inserire nella triennalità 2015-2017:

- *Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio (obiettivo 7)*: questo potenziamento può essere fatto mettendo in rete tutti i soggetti operanti sul territorio e condividendo modalità e procedure di azione. Risulta perciò necessaria una diffusione omogenea degli sportelli di sostegno su tutto il territorio provinciale, con caratteristiche omogenee e pari competenze. Gli strumenti sono quelli del potenziamento del sistema informatico e l'individuazione (e standardizzazione) delle prassi;
- *Condividere le buone prassi per gli interventi di emergenza abitativa (obiettivo 8)*: da realizzare anche attraverso la costruzione di una banca dati integrata;
- *Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche (obiettivo 9)* già adottate dai Comuni, in risposta a bisogni altrimenti non coperti, quali: contrastare l'esclusione dal contesto lavorativo e la fragilità socio-economica attraverso misure di sostegno al reddito tramite attività di inclusione sociale (estendere buone prassi), contrastare lo scivolamento dei soggetti nella zona di emarginazione sociale e di rafforzamento della cooperazione sovrazonale. I tavoli condividono la proposta degli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia di avviare sul tema collaborazioni con la Camera di Commercio, l'Unione degli Industriali e/o altri Enti territoriali, in modo tale da procedere verso una valorizzazione delle realtà già sensibili alla problematica.
- *Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi (obiettivo 10)*;
- *Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovrazonale/provinciale (obiettivo 11)*.

Area Anziani

I tavoli per discutere le criticità/proposte inerenti all'area Anziani, si sono tenuti rispettivamente nelle date 3-12-23 marzo 2015, presso la sede ASL di Pavia.

Obiettivo prioritario per la nuova triennalità 2015-17 è il miglioramento della soddisfazione dei bisogni della persona anziana (la tipologia di utenza con bisogni prevalenti nella nostra provincia), che appaiono sempre più diversificati. Due importanti strumenti applicativi per realizzare il traguardo di una risposta altrettanto diversificata sul territorio sono:

- i PAI (Piani di Assistenza Individuale), principali strumenti di personalizzazione del servizio erogato, da migliorare nella nuova triennalità, per rispondere più efficacemente ai bisogni degli anziani. Si auspica un colloquio conoscitivo il più possibile tempestivo, completo, comprensivo di tutte le informazioni utili di natura sanitaria, assistenziale e psico-sociale, delle azioni da intraprendere e degli obiettivi da raggiungere, il tutto in un'ottica multidimensionale dove al centro c'è la persona;
- l'offerta innovativa, che si aggiunge a quella tradizionale, per completare il quadro dei servizi disponibili, con un nuovo metodo di approccio che si concretizza nella capacità di offrire un servizio: pacchetti flessibili, che rispondano ai bisogni degli anziani e (aspetto innovativo) a quelli dell'intera famiglia, per sostenerla nel percorso di cura dell'anziano.

Se l'obiettivo è migliorare le condizioni degli anziani sul territorio, le risorse necessarie per raggiungerlo vanno cercate in capo ai PdZ, alla ASL, al Terzo Settore, al *care giver* familiare.

I servizi innovativi possono essere diversi: diversificare i titoli sociali, utilizzare la RSA aperta e la residenzialità leggera, studiare la fattibilità di prezzi calmierati, definire accordi con associazioni sul territorio per organizzare eventi/iniziative per gli anziani, supportare attivamente gli anziani più autonomi. In un'ottica di ricomposizione delle conoscenze, si propone di realizzare banche dati che consentano di elaborare statisticamente i bisogni confrontandoli con l'offerta esistente sul territorio. Al fine di individuare tempestivamente e monitorare le "dimissioni ospedaliere problematiche", dal punto di vista socio assistenziale, la ASL di Pavia, in accordo con l'Azienda Ospedaliera della Provincia di Pavia e il Policlinico San Matteo IRCCS, ha siglato un protocollo per uniformare le procedure in fase di dimissione degli anziani. L'ospedale si impegna a dimettere il paziente secondo una logica di accompagnamento della persona nello spazio e nel tempo: il passaggio dall'ospedale alla propria abitazione avviene in modo protetto, facendo leva sui servizi domiciliari, per cui, una volta a casa, il paziente viene seguito dalla ASL con assistenza sociale e, se necessario, sociosanitaria. In merito a questo tema i tavoli hanno rilevato quanto la presa in carico della dimensione sanitaria avvenga sostanzialmente senza problemi, mentre su quella sociale si concentrano le maggiori criticità.

Si rileva l'importanza di due aspetti per il buon funzionamento di questo servizio innovativo:

- un coordinamento e un lavoro di squadra fra Azienda Ospedaliera e PdZ, per facilitare il processo;
- l'individuazione precoce dei bisogni del paziente, attraverso la somministrazione di una scheda comune, da parte di ASL già nei primi momenti del ricovero ospedaliero, sia per velocizzare l'individuazione e il reperimento dei presidi necessari, sia per coordinare le risorse a supporto, rendendo l'intervento il più possibile completo ed efficace. Questo progetto è attualmente in sperimentazione da 6 mesi e sta dando buoni risultati. Concluso il primo anno di prova, se i risultati saranno positivi, si prevede una estensione a tutto il territorio della provincia di Pavia.

Per facilitare l'accesso degli anziani ai servizi sociali e sociosanitari, i tavoli di lavoro hanno individuato le seguenti nuove azioni da inserire nella programmazione comune per la triennalità 2015-17:

- Coinvolgere le strutture RSA, in accordo con la ASL di Pavia, in un'attività di informazione sui possibili servizi a sostegno dell'anziano che non può essere accolto in tali strutture (o che si trova in lista d'attesa), dalla presenza dei centri diurni, al pasto a casa, all'ADI. L'informazione deve essere il più precisa, completa e capillare possibile, in quanto strumento fondamentale per l'incontro del bisogno delle persone fragili con l'offerta presente sul territorio. I medici di medicina generale rappresentano un canale di elezione per la diffusione delle informazioni sui servizi disponibili, in alternativa al ricovero in RSA;
- Aumentare le informazioni in possesso sulle "case famiglia" esistenti sul territorio, anche grazie alle attività di vigilanza che si stanno avviando, con l'obiettivo di implementare un'anagrafe provinciale, da aggiornare nel tempo, per monitorare la situazione. A tal fine, si ritiene fondamentale la sensibilizzazione dei sindaci e, loro tramite, degli uffici che si occupano di ricevere la SCIA in fase di attivazione delle case famiglia, ad oggi unico elemento di controllo. Ci si prefigge di valutare se queste strutture, tuttora senza vincoli normativi, possono rappresentare una risorsa per rispondere ai bisogni sociali degli anziani autosufficienti.

I tavoli, esaminati i percorsi attuati nella triennalità precedente 2012-14, condividono l'interesse a riconfermarli anche per la prossima.

Nella scelta degli obiettivi sovra-zonali si fa leva sullo strumento dell'integrazione, ad esempio attuando azioni o progetti che prevedano una presa in carico integrata sul territorio. Gli obiettivi da inserire nella triennalità 2015-17 per quel che concerne l'area anziani sono:

- *Favorire il mantenimento delle persone non autosufficienti a domicilio, mediante una presa in carico integrata (obiettivo 12);*
- *Promuovere e attuare misure innovative a sostegno della famiglia con componenti fragili, mediante una presa in carico integrata (obiettivo 13);*
- *Facilitare al cittadino l'accesso a servizi sociali e sociosanitari tramite PUA e CEAD (obiettivo 14).*

Infine, come nota procedurale, i tavoli di lavoro hanno dato agli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia (incaricati di fornire supporto alla redazione dei PdZ e presenti a tutti i tavoli) l'incarico di preparare la tabella riassuntiva degli obiettivi sovra-zonali, che ci si pone per il triennio 2015-17.

A tal fine, gli assegnisti dell'Università di Pavia hanno sottolineato l'importanza, già evidenziata da Regione Lombardia, di inserire in questo schema riassuntivo di programmazione alcuni indicatori quantitativi di risultato, così da monitorare efficacemente durante la triennalità l'andamento degli interventi, consentire una più efficace misurazione dei risultati e permettere una raccolta dati più semplice e funzionale (rendendo possibile in questo modo anche aggiustamenti delle azioni svolte in caso l'indicatore restituisca un dato poco rassicurante).

La misurazione quantitativa completa quella qualitativa già elaborata nelle precedenti triennalità, permettendo di fare confronti nel tempo e fra i vari distretti: risulta funzionale sia a fare emergere eventuali buone pratiche esistenti sul territorio, da cui prendere esempio, sia a rilevare situazioni critiche da monitorare e risanare.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI COMUNI SOVRA-ZONALI

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
1. <i>Creare un sistema integrato di interventi sovra-zonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie</i>	Specifico	Condivisione strategie di interventi ASL/Ambiti; Condivisione sovra-zonale delle strategie di interventi.	Informazione; Formazione; Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi; Protocollo ASL/Ambiti.	Finanziarie e professionali	Procedure; Iniziative di sensibilizzazione; Incontri nelle scuole per gli adulti/genitori.	Sottoscrizione da parte degli Ambiti di un protocollo comune sovra-zonale N.° di interventi/iniziative realizzati sul territorio N° di incontri organizzati nelle scuole	SI/NO Realizzazione di almeno 1 intervento/iniziativa annuale Organizzazione di incontri almeno nel 20% delle scuole secondarie (I e II grado)	Monitoraggi o degli interventi/iniziative realizzati	Triennio
2. <i>Valutare in modo uniforme il livello qualitativo delle strutture per la prima infanzia presenti sul territorio a livello sovra-zonale</i>	Generale	Condivisione sovra-zonale degli standard qualitativi	Formazione; Costituzione tavoli operativi.	Professionali	Costituzione di una commissione ASL/PdZ sulla qualità percepita; Costituzione di una commissione Vigilanza/PdZ per i controlli congiunti sulla qualità erogata; Realizzazione, distribuzione e monitoraggio di un questionario di customer satisfaction condiviso fra i piani di zona.	N.° di questionari di soddisfazione compilati	% di risposte sul totale dei questionari somministrati	Analisi delle risposte e valutazione degli interventi migliorativi	1 anno per costituire la commissione e, i due successivi per completare l'obiettivo
3. <i>Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori (tutela dei minori, penale minorile, adozioni)</i>	Strategico	Condivisione di procedure ASL/PdZ	Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi ASL/PdZ/Comuni; Formazione specialistica.	Professionali	Procedure comuni; Costituzione di Gruppi Operativi	Redazione del Protocollo ASL/PdZ	SI/NO	Monitoraggi o delle procedure realizzate	Triennio

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
5. <i>Creare una banca dati uniforme e integrata per i minori, basata sulla categorizzazione delle Udo in funzione dei servizi erogati</i>	Strategico	Coordinamento ASL/Ambiti	Informazione; Costituzione tavoli operativi con il Terzo Settore; Coinvolgimento della Cabina di Regia.	Professionali	Banca dati uniforme: flusso dati dai PdZ alla Cabina di Regia, che li elabora per costituire una banca dati.	Definizione delle variabili significative da usare per la costituzione della banca dati; Creazione della banca dati con un flusso regolare di dati.	SI/NO	Dati e aggiornamento almeno annuale della banca dati	Triennio
6. <i>Monitorare il disagio minorile attraverso la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati uniforme e integrata</i>	Strategico	Condivisione sovrazonale e con ASL delle informazioni disponibili	Informazione; Incontri cadenzati.	Professionali	Banca dati uniforme e integrata; Analisi dei dati pervenuti.	Definizione delle variabili significative da usare per la costituzione della Banca dati; Creazione della banca dati con un flusso regolare di dati.	SI/NO	Dati e aggiornamento almeno annuale della banca dati	1 anno (con aggiornamento successivo semestrale)
7. <i>Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio</i>	Strategico	Programmazione condivisa ASL/Ambiti; Condivisione sovrazonale delle strategie di interventi.	Informazione; Procedure di prossimità all'utenza attraverso sportelli con caratteristiche omogenee e forniti delle stesse competenze.	Professionali	Mappatura degli sportelli esistenti sul territorio; Organizzazione di almeno tre sportelli, uno per ambito distrettuale, rispondenti al medesimo modello operativo concordato tra ASL, PdZ e i soggetti del terzo settore impegnati nell'attività.	Realizzazione e condivisione di una banca dati Realizzazione degli sportelli sul territorio	SI/NO SI/NO	Dati Operatività degli sportelli (n.° utenti, n.° pratiche, ecc.)	Triennio

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
9. <i>Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche</i>	Generale	Condivisione sovrazonale di esperienze/buone prassi/sperimentazioni avviate nei distretti, al fine di definire un ventaglio di modalità d'azioni diversificate che ogni Ambito può attuare in base ai bisogni e ai dati del proprio contesto territoriale.	Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Documento condiviso di analisi e studio del fenomeno sul territorio e delle modalità con cui affrontarlo.	Professionali	Incontri; Buone prassi rilevate sul territorio.	N° di incontri N.° di buone prassi	Almeno 1 incontro annuale per distretto SI/NO	Dati; documento finale	Triennio
10. <i>Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi</i>	Specifico	Condivisione degli interventi con PdZ, ASL, Centri anti violenza, Consulteri e Tribunali.	Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Protocollo.	Professionali	Procedure	Sottoscrizione di un protocollo comune sovra-zonale	SI/NO	Report di monitoraggio	Triennio
11. <i>Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovrazonale/provinciale</i>	Specifico	Condivisione delle strategie di interventi ASL/Ambiti/Sindacati/Associazioni di categoria/Terzo Settore/Università/Provincia, attraverso l'Accordo territoriale di conciliazione e il Piano di azione territoriale per la conciliazione.	Accordo territoriale fra ASL/Ambiti/Sindacati/Associazioni di categoria/Terzo Settore/Università/Provincia; Informazione; Formazione; Sensibilizzazione; Incontri periodici con la rete territoriale; Tavolo della alleanze locali di conciliazione.	Finanziarie e professionali	Piano di azione territoriale; Azioni progettuali specifiche.	N.° di incontri della rete territoriale e delle alleanze N.° di azioni progettuali realizzate sul territorio	Almeno 4 incontri annuali Realizzazione delle azioni progettuali contenute nel Piano di azione territoriale e delle iniziative di informazione su tutto il territorio dell'Ambito	Fogli presenze agli incontri Monitoraggio delle azioni realizzate	Triennio

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
13. <i>Promuovere e attuare misure innovative a sostegno della famiglia con componenti fragili, mediante una presa in carico integrata</i>	Strategico	Attuazione degli interventi innovativi a sostegno della famiglia: - RSA aperta, - residenzialità leggera.	Formazione congiunta; Costituzione di equipe di valutazione multidimensionale ASL/Comuni/PdZ; Incontri cadenzati (Cabina di Regia ASL/PdZ); Costituzione tavoli operativi; Protocollo ASL/Ambiti.	Finanziarie e professionali	Procedure; Banca dati integrata; Progetto individuale (PAI); Modalità operative; Scale di valutazione condivise uniformi su tutto il territorio: scheda filtro Triage, ADL/IADL; Stressor del care giver familiare.	Corretto utilizzo delle misure N.° di ore di formazione	SI/NO Raggiungimento della soglia minima di 20 ore annuali di formazione (congiunte per gli obiettivi 12 e 13)	Report di monitoraggio , Cartelle socio-sanitarie e sociali Dati, registro presenze	Triennio
14. <i>Facilitare al cittadino l'accesso a servizi sociali e socio-sanitari tramite PUA e CEAD</i>	Generale	Potenziamento dell'attività di accoglienza e orientamento del cittadino, all'interno della rete dei servizi.	Informazione; Formazione.	Finanziarie e professionali	Banca dati integrata	Realizzazione campagne informative sui servizi sociali e socio-sanitari Implementazione dei siti web istituzionali	SI/NO SI/NO	N.° di campagne informative Implementazione siti web	Triennio

IL PIANO DI ZONA: CRITICITÀ E OBIETTIVI

La criticità più evidente nel territorio del piano di zona del distretto di Broni è la frammentazione che riguarda i processi decisionali e organizzativi e l'assenza di un adeguato sistema di conoscenza e scambio di informazioni efficace e condiviso.

Ciò è dovuto al numero elevato di soggetti titolari delle funzioni sociali (26 Comuni) che gestiscono risorse e servizi senza avere una "vision" unitaria.

Le risorse dei comuni sono gestite in modo separato rispetto a quelle degli uffici di piano. Ciò impedisce alle parti di avere una adeguata conoscenza dei bisogni che influisce sulla programmazione zonale dei servizi. Il monitoraggio degli interventi, della coerenza con i bisogni, dei costi dei servizi è più difficile e si possono generare duplicazioni non efficaci rispetto alle esigenze della popolazione.

Sebbene secondo le fonti di Regione Lombardia i piani di zona detengano una quota molto limitata delle risorse (circa il 6%), il piano di zona è il soggetto strategico che può rafforzare l'integrazione e la collaborazione tra i Comuni / Unioni.

E' necessario nel nuovo triennio conseguire obiettivi che non siano soltanto rivolti verso l'utenza, ma anche rivolti a migliorare la governance ed i flussi informativi tra istituzioni pubbliche, private e utenza. Ciò che deve cambiare nel triennio è l'attenzione e l'analisi costante tra bisogni- domanda-servizi e la necessità di "far crescere" legami costruttivi tra i Comuni e tra questi ed il piano di zona, ma anche con il terzo settore.

Mancano ad esempio comportamenti omogenei di valutazione dei bisogni, ma anche di criteri di accesso alle prestazioni. Manca una riflessione ed una collaborazione più stretta tra le parti dell'insieme per arrivare a definire azioni condivise in risposta a bisogni precisi. In sostanza manca appunto una "vision" d'insieme, che il piano di zona deve farsi carico di raggiungere.

Contemporaneamente occorre anche integrare maggiormente i bisogni di cura delle persone e delle loro famiglie, garantendo che questi siano presi in carico ed accompagnati verso il servizio più adeguato ai bisogni, con l'attenzione che gli interventi effettuati siano davvero appropriati, supportando in tal modo sia la persona in difficoltà sia i suoi familiari che talvolta sono lasciati soli nella decisione e nell'organizzazione del percorso di cura.

Le principali criticità rilevate sul territorio sono le seguenti:

- conformazione territoriale che non agevola la mobilità degli utenti e quella degli operatori sociali, tenendo conto che la maggior parte dei Comuni sono ubicati sulle colline, con una rete dei trasporti urbani carente;
- 24 Comuni su 26 (il 92%) dell'ambito hanno una popolazione inferiore a 3.000 abitanti;
- 16 Comuni su 26(il 61%) non raggiungono i 1000 abitanti;
- la popolazione anziana rappresenta il 26 % della popolazione complessiva residente nel distretto, con difficoltà ad essere raggiunta dai servizi;
- bassa natalità: la popolazione di età compresa tra 0 – 3 anni è pari al 2,89 % della popolazione totale e al 21 % della popolazione minorile complessiva;
- l'analisi della casistica presa in carico dagli assistenti sociali fa emergere queste problematiche preminenti:
 - anziani fragili che vivono soli;
 - disabili con difficoltà di gestione al domicilio che necessitano di centri diurni / residenzialità;
 - anziani ed adulti in condizione di grave emarginazione, anche incapaci di amministrarsi o che vivono in abitazioni fatiscenti e insalubri;

- perdita del lavoro;
- disoccupazione;
- sfratti esecutivi a fronte di un numero insufficiente di abitazione di ERP;
- aumento della casistica afferente al servizio di tutela minorile, soprattutto nei procedimenti civili e penali;
- maggiore accesso ai servizi sociali degli stranieri;
- difficoltà a organizzare trasporti di minori e disabili.

Il monitoraggio dei bisogni sociali rilevati nel territorio dovrà essere un impegno costante da parte dell'ufficio di piano. Attualmente i dati in possesso non consentono una rilevazione sistematica, che nel corso del triennio verrà realizzata puntualmente.

I bisogni sociali che verranno misurati con un'analisi di dati longitudinale nel triennio dovranno tener conto anche dei bisogni espressi dalle persone e dalle famiglie.

Se l'obiettivo è avvicinare i bisogni alla domanda e tradurli in servizi, occorre anche conoscere la percezione dei bisogni, così come vengono espressi direttamente dalle persone che vivono nel territorio. Nel fornire risposte adeguate, la consapevolezza che i bisogni sono qualcosa di molto profondo nelle persone, può aiutare a scegliere percorsi che veramente avvicinino il bisogno alla domanda del cittadino. Potrebbe essere utile una rilevazione sperimentale a campione sulla rilevazione dei bisogni così come sono vissuti e percepiti da parte degli utenti afferenti al servizio sociale.

I bisogni sociali confluiscono in macro categorie che rappresentano delle aree dove definire gli obiettivi. A titolo indicativo gli obiettivi del nuovo triennio sono da contestualizzare in queste aree:

- segretariato sociale e servizio sociale professionale
- tutela minorile
- domiciliarità
- semi- residenzialità
- residenzialità
- conciliazione, pari opportunità e tutela della donna
- relazionalità
- prevenzione
- ricomposizione delle conoscenze e dei servizi tra piano di zona e comuni
- terzo settore.

Gli obiettivi seguenti sono stati individuati per rispondere sia alle esigenze dei cittadini, ma anche per attuare una riorganizzazione dei servizi sociali territoriali che possa garantire risposte più precise e funzionali alla popolazione.

TABELLA RIASSUNTIVA DEGLI OBIETTIVI SPECIFICI DEL PIANO DI ZONA

	Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
1 Gestione associata	Garantire a tutti i cittadini dei Comuni / Unioni dell'ambito il servizio sociale professionale e segretariato sociale	specifico	Diffusione del servizio a livello zonale	finanziarie e professionali	Procedure e sistematizzazione rilevazione dati	n. accessi ai servizi n. utenti presi in carico	Diffusione dei servizi in almeno il 50% dei Comuni del distretto	cartella sociale; monitoraggio periodico	triennio
2 Gestione associata	Gestione del servizio di tutela minorile delegata dai Comuni al piano di zona	specifico	Gestione degli aspetti civili, penali, affidi, adozioni della tutela minorile da parte del piano di zona a favore dei Comuni dell'ambito Integrazione con i Comuni che hanno in organico un assistente sociale	finanziarie e professionali	Procedure e sistematizzazione rilevazione dati	n. accessi ai servizi n. utenti presi in carico	Diffusione dei servizi in almeno il 50% dei Comuni del distretto	cartella sociale; monitoraggio periodico	triennio
3 Gestione associata	Pianificare a livello di ambito un programma condiviso degli interventi/prestazioni erogate dai singoli Comuni del distretto	strategico	Elaborazione di un piano condiviso degli interventi/prestazioni erogate dai singoli Comuni del distretto	finanziarie e professionali	Flussi informativi tra le parti e sistematizzazione organica delle informazioni Procedure condivise	Realizzazione di un piano organico degli interventi	Partecipazione almeno del 60% dei Comuni dell'ambito;	condivisione del documento di pianificazione	triennio
4 Ufficio di piano - back office	Ricomposizione del sistema di conoscenza territoriale, integrando il PDZ e i Comuni	strategico	Realizzazione di un sistema coerente di rilevazione dati integrato PDZ / Comuni	professionali	Procedure condivise di rilevazione dati; banca dati	n. e tipologie di flussi informativi tra i soggetti della rete	Si / no	Monitoraggio	triennio

	Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
5 Ufficio di piano – back office	Coinvolgimento sistematico nel corso del triennio delle organizzazioni Sindacali nei processi di rilevazione e monitoraggio dei bisogni sociali espressi nel territorio	strategico	Confronto con le organizzazioni Sindacali	Professionali	accordo di programma riunioni	Attivazione delle procedure Periodicità delle riunioni periodiche	Si/no n. riunioni nel triennio	documento di monitoraggio	triennio
6 Ufficio di piano – back office - Servizio sociale di comunità	Promuovere il dialogo tra soggetti del terzo settore	strategico	Condivisione degli obiettivi e delle azioni dei diversi attori sociali del 3 settore	Professionali	Tavolo tematico	n. riunioni realizzate n. di partecipanti a ciascuna riunione	si / no	Monitoraggio	triennio
7 Ufficio di piano (front office – ass. sociali)	Favorire la conoscenza, la condivisione di modelli teorici ed operativi, di buone prassi tra gli assistenti sociali del piano di zona	Creazione di un gruppo di lavoro permanente	analisi casistica professionale particolarmente complessa;	Professionali	Individuazione di prassi condivise di gestione dei casi Riunioni periodiche di auto – formazione (almeno ogni due mesi)	Si / no	n. riunioni;	verbali delle riunioni	triennio
8 anziani e disabili	Favorire la permanenza a domicilio della persona fragile e supportare la famiglia nel suo compito di assistenza	generale	Gestione integrata Comuni/piano di zona dei servizi Sad, voucher, buoni sociali, pasti a domicilio	finanziarie e professionali	Procedure di valutazione condivise tra P.d.z. e Comuni ; Linee guida operative P.d.z. omogenee su tutto l'ambito PAI, cartelle sociali; Relazioni sociali;	n. richieste di accesso ai servizi; n. utenti presi in carico n. utenti che si sono rivolti al servizio sociale e che non hanno scelto l'istituzionalizzazione	Raggiungimento ogni anno di almeno il 40% di soglia minima di erogazione dei servizi in base alle richieste	Anagrafica dati; cartella sociale	annuale

	Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
9 anziani e disabili	Garantire supporto alle famiglie nelle situazioni di emergenza	generale	Erogazione contributo a sostegno delle famiglie per i ricoveri temporanei in strutture residenziali	finanziarie e professionali	Procedure; Valutazione assistente sociali; PAI; Cartelle sociali; Relazioni sociali; Linee guida operative PdZ	n. richieste di accesso ai servizi; n. utenti presi in carico;	Raggiungimento ogni anno del 40% di soglia minima di erogazione dei servizi in base alle richieste	Anagrafica dati; cartella sociale	Triennio
10 Area anziani	Favorire l'accesso a servizi sanitari e sociali	generale	Ricomposizione della frammentazione del servizio di trasporto sociale nei Comuni dell'ambito	finanziarie e professionali	Procedure condivise tra P.d.z. e Comuni	n. richieste n. trasporti effettuati /	Raggiungimento ogni anno del 40% di soglia minima di erogazione dei servizi in base alle richieste	Anagrafica dati; Monitoraggio periodico	Triennio
11 disabili	Favorire l'accesso di persone disabili a strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali	Generale	Erogazione del servizio di trasporto attraverso gli enti accreditati con procedure omogenee su tutto ambito	finanziarie e professionali	Procedure; Linee guida operative del P.d.z.	n. richieste di accesso ai servizi; n. utenti presi in carico;	Raggiungimento ogni anno del 40% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute	Dati dall'anagrafe esistente sul trasporto sociale.	annuale
12 disabili	Favorire la vita di relazione e garantire supporto alle famiglie nella cura	Specifico	Erogazione del voucher a sostegno della grave disabilità, per garantire la frequenza a CSE e SFA	finanziarie e professionali	Procedure; PAI; Cartelle sociali; Relazioni sociali; Linee guida operative P.d.Z.	n. richieste di accesso ai servizi; n. utenti presi in carico;	Raggiungimento ogni anno del 40% di soglia minima dell'erogazione del voucher in base alle richieste pervenute	Anagrafica dati; monitoraggio periodico	triennio
13 minori e famiglia	Garantire i rapporti tra genitori e figli in modalità protetta in attuazione dei provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	specifico	servizio "spazio neutro" per i Comuni dell'ambito	finanziarie e professionali	Procedure; convenzioni per gestione spazio neutro	Attivazione convenzioni	Si/no	n. casi presi in carico	triennale

tipologia	Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
14 minori	Supporto ai Comuni dell'Ambito che sostengono oneri derivanti dalle rette per i minori sottoposti a procedimento dell'Autorità Giudiziaria	Specifico	Erogazione del Fondo di Solidarietà	Finanziarie	Schede di rendicontazione economiche	Si/No	Raggiungimento ogni anno del 5% di soglia minima di rimborso delle spese tramite a ciascun Comune il Fondo Nazionale Politiche Sociali.	Dati contabili	Triennio
15 minori	Favorire l'accesso a strutture per l'infanzia	Specifico	erogazione del voucher alle famiglie con bambini 0-3 anni iscritti presso unità di offerta per la prima infanzia accreditate / convenzionate	finanziarie e professionali	Convenzione. Procedura; Criterio ISEE; sistematizzazione rilevazione dati	n. convenzioni n. utenti	Raggiungimento ogni anno del 40% di soglia minima dell'erogazione del voucher in base alle richieste pervenute.	N. domande pervenute; monitoraggio dati periodico	Annuale (si rinnova anche per gli anni successivi i base agli stanziamenti regionali)
16 Progetti zionali	Realizzazione di interventi di rete per la diffusione e informazione sul gioco d'azzardo patologico	Strategico	Messa in rete dei progetti previsti a livello sovra-zonale; Coordinamento a livello inter-distrettuale e intra-distrettuale.	Professionali	Riunioni programmazione e monitoraggio periodiche;	N.° di interventi/iniziative realizzati sul territorio	Raggiungimento di almeno di 1 intervento/iniziativa	Monitoraggio interventi/iniziative realizzati	Triennio

	Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
17 Donne vittime di violenza	Sostenere donne vittime di violenza fisica e psicologica	specifico	Attivazione di un servizio del terzo settore che si occupa delle problematiche legate alle donne vittima di violenza	finanziarie e professionali	convenzione con il servizio del terzo settore individuato Procedure concordate;	Sottoscrizione della convenzione	Si/no	n. casi presi in carico	Triennio
18 conciliazione	Realizzazione interventi di rete per servizi di conciliazione dei tempi	specifico	Messa in rete dei progetti previsti a livello sovra-zonale; Coordinamento a livello interdistrettuale e intra-distrettuale.	finanziarie e professionali	Riunioni programmazione e monitoraggio periodiche;	N.° di interventi/iniziative realizzati sul territorio	Raggiungimento degli almeno di 1 intervento/iniziativa	Monitoraggio interventi/iniziative realizzati	Triennio
19 Pari opportunità	Sostenere le donne in situazioni di disagio economico, culturale, sociale	specifico	sportello di consulenza legale / counseling su diritto di famiglia e pari opportunità Orientamento su stalking e maltrattamenti	finanziarie e professionali	convenzione	Sottoscrizione convenzione (Comune di Stradella Ente capofila)	SI / NO	n. di casi in carico	triennio

IL BILANCIO DELL'ANNO 2015

FONDO NON AUTOSUFFICIENZE ANNO 2015 (1 GENNAIO - 31 DICEMBRE)

Strumenti	residui dgr 740/2013	competenza dgr 2883/2014	totale residuo e competenza
Buono sociale mensile per cure giver familiare	4067,00	54000,00	58067,00
Buono sociale mensile per acquistare prestazioni da assistente personale con regolare contratto	0,00	54000,00	54000,00
Buono sociale mensile per progetti di vita indipendente	0,00	19200,00	19200,00
Contributi sociali per periodi di sollievo	0,00	3741,00	3741,00
Voucher sociali per sostegno alla domiciliarità	21032,58	5000,00	26032,58
Voucher sociali per sostenere vita di relazione di minori con disabilità	3000,00	0,00	3000,00
Potenziamento SAD	3000,00	0,00	3000,00
TOTALE	31099,58	135941,00	167040,58

FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI ANNO 2015 - (1 GENNAIO - 31 DICEMBRE)

Strumenti	RESIDUE ANNI PRECEDENTI	RESIDUO 2014	COMPETENZA DGR 2939/2014	TOTALE RESIDUO E COMPETENZA
SEGRETERIATO SOCIALE / SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE / UFFICIO AMMINISTRATIVO	1.065,60		95.000,00	96.065,60
FNPS QUOTA PREMIALITA' - SEGRETERIATO SOCIALE / SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE / UFFICIO AMMINISTRATIVO		27.223,89		27.223,89
FUNZIONAMENTO UFFICIO DI PIANO	1.596,00			1.596,00
VOUCHER AD ANZIANI E DISABILI PER ASS. DOMICILIARE	472,84	16.191,78	40.000,00	56.664,62
VOUCHER AD ANZIANI E DISABILI PER TRASPORTO NON RICOMPRESI NEL FNA		15.461,13		15.461,13
VOUCHER RICOVERI DI SOLLIEVO PER ANZIANI E DISABILI NON RICOMPRESI NEL FNA			7.000,00	7.000,00
VOUCHER SPAZIO NEUTRO			3.000,00	
FONDO DI SOLIDARIETA' - RIMBORSI A COMUNI PER RICOVERI DI MINORI CON PROVVEDIMENTO DI ALLONTANAMENTO DELL'A.G.		8.700,00	7.674,00	16.374,00
TOTALE FNPS	3.134,44	67.576,80	152.674,00	223.385,24

ALTRI CANALI DI FINANZIAMENTO (SITUAZIONE AL 1 GENNAIO 2015)		
CANALI FINANZIAMENTO	COMPETENZA	RESIDUO
PIANO STRAORDINARIO NIDI DGR 11152/2010		43.204,04
RIMBORSO FUNZIONI TRASFERITE PER ACCREDITAMENTO 2015	5.867,00	
RIMBORSO FUNZIONI TRASFERITE PER ACCREDITAMENTO RESIDUO ASL 2009/2011	28.772,00	
COMPARTICIPAZIONI DA COMUNI DELL'AMBITO (da definire in successiva assemblea come verrà utilizzato il fondo)	104.691,00	
FONDO SOCIALE REGIONALE	NON ANCORA COMUNICATA L'ENTITA' DA REGIONE LOMBARDIA	

INDICAZIONI E PROPOSTE DELLE OO.SS CHE ADERISCONO

Nell'incontro avvenuto presso gli uffici del piano di zona del distretto di Broni in data 24 aprile 2015 sulla programmazione triennale 2015/2017 Le organizzazioni sindacali CGIL CISL UIL SPI FNP UILP hanno condiviso gli obiettivi definiti e illustrati nella tabella realizzata secondo il formato regionale per il futuro triennio 2015/2017,fermo restando che le risorse sono giudicate insufficienti,sarà impegno del sindacato nel triennio di effettuare tutte le iniziative necessarie per raggiungere accordi adeguati ai bisogni,in particolare con riferimento all'individuazione degli obiettivi prioritari del piano di zona in considerazione dell'importanza strategica di costruire un vero sistema integrato delle politiche sociali,che consenta una gestione efficace delle funzioni specifiche del piano di zona e di quelle delegate dai Comuni,CGIL CISL UIL ritengono che il rafforzamento in modo strutturale delle attività' di rilevazione,ascolto e presa in carico personalizzata del bisogno ,non può prescindere da un più adeguato rapporto Assistenti Sociali/popolazione, e quindi che occorre prevedere un congruo incremento di tali figure professionali,da completare entro il triennio. Inoltre,l'analisi dei dati demografici e le caratteristiche del territorio mettono in rilievo la questione delle risorse (poche) e della variabilità (estrema) della spesa sociale. CGIL CISL UIL ritengono che deve essere la quota capitaria di compartecipazione,tanto più necessaria se si pensa che praticamente tutti i Comuni del Piano (ad eccezione di Stradella che delega solo le adozioni dei minori) trasferiscono al piano tutte le funzioni di cui sono titolari.

Nella discussione sono emerse altresì da parte dei sindacati unitari le seguenti proposte:

a) Sull'intero territorio regionale risulta particolarmente gravoso il problema del pagamento delle rette di ricovero degli anziani in struttura (RSA),spesso i cittadini sono costretti a rivolgersi ai Comuni per avere supporto economico. Al fine di avere un quadro della situazione del nostro ambito territoriale relativo alla problematica descritta,viene proposto al Piano di Zona in una prima fase di attuare un monitoraggio delle spese sostenute dai Comuni del Distretto per l'integrazione delle rette di ricovero a soggetti economicamente fragili, in una seconda fase di costruire un FONDO DI SOLIDARIETA',finalizzato a sostenere i Comuni che hanno in carico l'integrazione delle rette di ricovero degli anziani in struttura.

Resta inteso che l'accantonamento di detto fondo dipenderà dall'entità dei fondi sia regionali che comunali a disposizione del Piano di Zona.

b) Si propone di tenere in massima evidenza il sostegno alle famiglie a basso reddito in particolare per la frequenza degli asili nido.

c) Si richiede che venga istituito il regolamento isee unico per tutto il distretto, sia per i servizi forniti da ciascun comune che per quelli direttamente dal Piano di Zona.

d) Si richiede di effettuare un'attenta analisi dei bisogni al fine di combattere la riduzione dei servizi registrata in alcuni casi nel triennio precedente.

f) Emergenza abitativa e implementazione della disponibilità tramite accordi/protocollo con Aler.

Integrazione sociale con le persone immigrate garantendo un'adeguata comprensione della lingua italiana attraverso corsi specifici.

g) Lotta alla ludopatia che a causa della crisi economica, si diffonde sia dal punto di vista patologico che sociale.

h) Si evidenzia l'aspetto relativo alla violenza di genere, auspicando il diffondersi sul territorio di specifiche iniziative in merito.

i) Si ritiene necessario garantire un servizio di assistenza domiciliare più adeguata anche nella parte di sostegno dei piani di zona.

l) Si chiede un intervento concordato con la sanità territoriale per garantire la piena applicazione delle dimissioni protette atte a favorire un idoneo rientro al domicilio o l'inserimento in struttura dell'anziano conseguente ad una degenza ospedaliera.

Firmato

CGIL CISL UIL SPI FNP UILP