Piano di Zona del Distretto di Casteggio

Ente Capofila Comune di Casteggio

costituito ex Legge 328/2000 fra i Comuni di:

Barbianello, Bastida Pancarana, Borgoratto Mormorolo, Borgo Priolo, Bressana Bottarone, Calvignano, Casanova Lonati, Casatisma, Castelletto di Branduzzo, Casteggio, Corvino San Quirico, Cervesina, Fortunago, Lungavilla, Mezzanino, Montalto Pavese, Montebello della Battaglia, Mornico Losana, Oliva Gessi, Pinarolo Po, Pancarana, Pizzale, Rea, Robecco Pavese, Santa Giuletta, Torricella Verzate, Verretto, Verrua Po.

PIANO DI ZONA

DISTRETTO DI CASTEGGIO

TRIENNIO 2015 -2017

N. 28 Comuni
Popolazione residente al 31.12.2014 n. 34.621

Barbianello, Bastida Pancarana, Borgoratto Mormorolo, Borgo Priolo, Bressana Bottarone, Calvignano, Casanova Lonati, Casatisma, Castelletto di Branduzzo, Casteggio, Corvino San Quirico, Cervesina, Fortunago, Lungavilla, Mezzanino, Montalto Pavese, Montebello della Battaglia, Mornico Losana, Oliva Gessi, Pinarolo Po, Pancarana, Pizzale, Rea, Robecco Pavese, Santa Giuletta, Torricella Verzate, Verretto, Verrua Po.

I N D I C E

1. Contesto istituzionale e organizzativo 3

1.1 Introduzione: I principi ispiratori della programmazione 2015-17 3

1.2 Il quadro normativo di riferimento 7

1.3 La governance del Piano di Zona:

Funzione e composizione degli organismi di programmazione 10

2. Contesto demografico-sanitario della provincia di Pavia 16

3. Contesto socio-demografico del Piano di Zona 69

4. Valutazione dei risultati della triennalità 2012-14 103

4.1 Obiettivi raggiunti e azioni svolte 103

Tabella riassuntiva degli esiti della precedente triennalità 104

5. Programmazione del nuovo triennio 2015-17 112

5.1 Integrazione sociale e socio-sanitaria 112

5.2 Il percorso di integrazione sovra-distrettuale:

Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali 116

Tabella riassuntiva degli obiettivi comuni sovra-zonali 123

5.3 Il Piano di Zona: criticità e obiettivi 128

Tabella riassuntiva degli obiettivi specifici del Piano di Zona 131

1. CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

1.1. I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015-17

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 sviluppatisi nel 2002-05, si sono succedute altre tre triennalità, 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, sovra 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.

1.2 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 del 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 cosi 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 quantotale 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 verifichino 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 sovra 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 sovra distrettuale, coincidente con il territorio dell'A.S.L. di riferimento;
- l'individuazione di obiettivi e azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria.

1.3 LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA

FUNZIONE E COMPOSIZIONE DEGLI ORGANISMI DI PROGRAMMAZIONE

Gli organi che permettono l'attuazione del Piano di Zona sono:

1. **l'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Casteggio**
2. **l'Ufficio di Piano**
3. **il Tavolo Politico – Tecnico**

1. L'**Assemblea dei Sindaci** del Distretto di Casteggio è l'organismo politico dei Piano di Zona.
   - Approva l'Accordo di Programma ed il "Piano Triennale", ivi comprese eventuali successive modifiche;
   - Verifica ogni anno lo stato di raggiungimento degli obiettivi del piano;
   - Aggiorna le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
   - Approva annualmente il piano economico-finanziario del preventivo ed il rendiconto di consuntivo;
   - Approva i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
   - Approva la compartecipazione dei singoli Comuni alle attività ed ai servizi del Piano di Zona;

   Le decisioni politiche dell'Assemblea dei Sindaci sono vincolanti per i Comuni che fan parte del Distretto di Casteggio e sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci (o loro delegati) presenti e votanti, in ragione dei voti espressi, dove il peso del voto di ciascun votante è proporzionale al numero di abitanti al 31.12.2014 del Comune rappresentato. Ogni Sindaco può delegare un amministratore del proprio Comune o, in caso di impedimento, delegare per iscritto un amministratore di ciascun altro Comune del Piano di Zona.

2. Il **Tavolo Politico-Tecnico** è un organo intermedio tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano. E' presieduto dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci o suo delegato ed è costituito da:
   - fino a sei amministratori/politici, scelti fra i Sindaci o loro rappresentanti dei comuni facenti parte del Distretto di Casteggio;
   - un rappresentante del Terzo Settore, scelto fra gli Enti firmatari dell'accordo di programma.

   Partecipano alle riunioni il responsabile dell'Ufficio di Piano, la referente amministrativa a supporto tecnico e, se richiesto, le assistenti sociali del Piano di zona.
   Il Tavolo ha il compito di:
   1. esprimere parere preventivo su ogni atto di competenza dell'Assemblea dei Sindaci;
   2. formulare all'Assemblea dei Sindaci pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;
   3. approvare le linee guida dei servizi erogati;
   4. definire le modalità di integrazione con il terzo settore.

3. L'**Ufficio di Piano** è l'organo di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative, della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi. E' ubicato presso la sede del Comune di Casteggio, quale Ente Capofila del Distretto, ed è coordinato dal funzionario responsabile dei Servizi Sociali del Comune di Casteggio, dall'impiegata amministrativa e dalle assistenti sociali.
   L'Ufficio di Piano ha il compito di:
   - programmare, pianificare e valutare gli interventi previsti dall'organo di indirizzo;

- gestire il budget e amministrare le risorse assegnate (fondo nazionale politiche sociali, fondo sociale regionale, fondo non autosufficienze, quote di compartecipazione del Comuni ed ogni altra entrata derivanti da altri soggetti) nel rispetto di quanto disposto dall'Assemblea dei Sindaci;

L'ufficio di piano risponde inoltre, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ASL e della Regione Lombardia, sulla correttezza, affidabilità e puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

Tutte le spese di gestione dell'Ufficio di Piano sono finanziate per una percentuale pari al 2,6% dal F.N.P.S mentre la restante spesa viene coperta dalla compartecipazione economica dei Comuni. Le spese di gestione comprendono il compenso dell'impiegata amministrativa, le spese di cancelleria, telefoniche, assistenza informatica, una quota parte di utilizzo dei locali e quant'altro necessario al mantenimento e al funzionamento dell'ufficio stesso.

IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEL PIANO DI ZONA

La programmazione del Piano di Zona per il nuovo triennio, l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste è sostenuta dai canali di finanziamento che concorrono alla copertura dei costi:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali
- Fondo Sociale Regionale
- Fondo per le non autosufficienze
- Compartecipazione economica Comuni del Distretto
- Altre risorse (Fondo di Riequilibrio Asl eventuali assegnazioni a seguito di Intese a livello nazionale, eventuali finanziamenti da altri enti, ecc.).

Per la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona 2015-2017 le risorse di cui sopra verranno introitate dal Comune di Casteggio in qualità di Ente Capofila del Distretto.
Il Piano economico finanziario di preventivo e consuntivo sono approvati annualmente dall'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Casteggio.
Per il triennio 2015-2017 la quota di compartecipazione annua dei 28 comuni facenti parte del Distretto di Casteggio, è fissata in € 4,00 ad abitante (al 31.12.2014).
La compartecipazione dei Comuni con risorse autonome rappresentano l'effettivo impegno alla programmazione associata; il Fondo Nazionale Politiche Sociale ed altri fondi regionali costituiscono in tal senso risorse aggiuntive e non sostitutive di quelle comunali.

Al momento della stesura del presente piano triennale, non si conosce l'ammontare del Fondo Sociale Regionale; qualora venga assegnato sarà compito dell'Assemblea dei Sindaci definire i criteri di ripartizione dello stesso e dell'Ufficio di Piano quello di attuare quanto deliberato.

Per l'annualità 2015 il totale dei fondi disponibili ammonta ad € 301.448,16, di cui:

- € 138.484,00 come compartecipazione economica dei 28 comuni del Distretto;
- € 130.184,00 a valere sul Fondo Nazionale Politiche Sociale 2014;
- € 32.780,16 come residuo della compartecipazione dei Comuni e del F.N.P.S. per le annualità precedenti.

		CANALI DI FINANZIAMENTO		
SPESE PREVISTE	IMPORTO COMPLESSIVO	COMP. COMUNI 2015	F.N.P.S. 2014	RESIDUO ANNUALITA' PREC.
VOUCHER SOCIALI (anziani/disabili)	€ 45.071,10	€ 1.230,03	€ 43.841,07	
RICOVERI TEMPORANEI	€ 4.928,90		€ 4.928,90	
VOUCHER SOCIALI EDUCATIVI	€ 58.000,00	€ 31.317,63	€ 11.000,00	€ 15.682,37
CENTRO ANTIVIOLENZA	€ 2.000,00	€ 2.000,00		
SPORTELLO IMMIGRATI-MEDIAZIONE CULTURALE	€ 12.200,00		€ 12.200,00	
PROGETTI HANDICAP GRAVE (ex Legge 162/'98)	€ 14.555,25		€ 978,46	€ 13.576,79
FONDO DI SOLIDARIETA'	€ 6.509,20		€ 6.509,20	
SEGRETARIATO SOCIALE	€ 43.342,37		€ 43.342,37	
TUTELA MINORILE	€ 59.403,69	€ 55.403,69	€ 4.000,00	
SPAZIO NEUTRO	€ 3.521,00			€ 3.521,00
GESTIONE UFFICIO DI PIANO (spese ufficio, amministrativa, ecc)	€ 51.916,65	€ 48.532,65	€ 3.384,00	
TOTALI	**€ 301.448,16**	**€ 138.484,00**	**€ 130.184,00**	**€ 32.780,16**

La tabella degli interventi verrà periodicamente aggiornata sulla scorta dei fondi che verranno assegnati all'Ambito Distrettuale di Casteggio (Fondo Sociale Regionale, Fondi Intese, ecc..)

Con il Fondo Non Autosufficienze 2014 pari ad € 113.809,00 e il residuo del F.N.A. 2013 pari ad € 7.135,45 si stanno realizzando gli interventi previsti nel "Piano Operativo" approvato dall'Assemblea dei Sindaci del 25/02/2015 mentre il residuo del "Fondo intese Famiglia" azione 1 (D.R. 1961/'13) pari ad € 15.380,00 si sta utilizzando per l'erogazione dei voucher sociali a favore delle famiglie con minori 0/3 anni, che frequentano Centri per la prima infanzia pubblici o privati accreditati, sino al completo esaurimento delle risorse disponibili

SOGGETTI FIRMATARI DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

Per la realizzazione del progetto Piano di Zona triennale gli Enti e le Associazioni coinvolte, come previsto dalla Legge Regionale dovranno sottoscrivere entro il 30.04.2015 l'Accordo di Programma determinando tempi, modalità e finanziamenti per l'attuazione dello stesso documento.
Tutti i soggetti sottoscrittori dell'Accordo di Programma sono coinvolti nel raggiungimento degli scopi previsti dal progetto e si impegnano alla reciproca collaborazione nei limiti delle risorse disponibili, in base alle priorità concordate provvedendo ad una periodica verifica delle attività e dei risultati ottenuti in applicazione della L. 328/2000.
I Comuni che sottoscrivono l'accordo sono:
Barbianello, Bastida Pancarana, Borgoratto Mormorolo, Borgo Priolo, Bressana Bottarone, Calvignano, Casanova Lonati, Casatisma, Castelletto di Branduzzo, Casteggio, Corvino San Quirico, Cervesina, Fortunago, Lungavilla, Mezzanino, Montalto Pavese, Montebello della Battaglia, Mornico Losana, Oliva Gessi, Pinarolo Po, Pancarana, Pizzale, Rea, Robecco Pavese, Santa Giuletta, Torricella Verzate, Verretto, Verrua Po.

L'azienda Sanitaria Locale di Pavia;

Le organizzazioni del Terzo Settore/ Associazioni di volontariato:

- Associazione Volontari Anziani, Casteggio;
- Associazione Anffas Broni- Stradella;
- Associazione C.H.I.A.R.A. Onlus Voghera;
- Cooperativa Sociale Onlus Codams Due di Voghera;
- Auser Tursela;
- Auser Montalto Pavese;
- Auser Bressana Bottarone;
- Auser Calcababio di Lungavilla;
- Auser Soccorso d'argento di Pizzale;
- Auser Corvino San Quirico
- Auser Ca' de Tisma.

Le organizzazioni sindacali:

- CGIL, CISL,UIL, SPI, FNP, UILP

LE ASSOCIAZIONI DEL TERZO SETTORE

La nuova triennalità del Piano di Zona dovrà ulteriormente evolversi verso una programmazione che consenta e interessi maggiormente il terzo settore nelle azioni previste per il conseguimento del benessere e della salute del cittadino.
I soggetti del terzo settore ai sensi della legge 3/2008, "concorrono infatti alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie", secondo gli indirizzi definiti dalla Regione.
In questa nuova triennalità c'è la necessità di mettere in rete le risorse che il volontariato offre e integrarle maggiormente nel sistema dei servizi offerti dal Piano di Zona.
L'azione di rete che si intende incentivare si pone come obiettivo comune quello di intervenire sui bisogni delle persone in difficoltà, offrendo le possibili risposte coordinate alle richieste dei cittadini al fine di evitare sovrapposizioni di interventi e aiuti e di valorizzare contestualmente quelle azioni attuate per assicurare, all'area del bisogno, risposte quanto meno omogenee e tempestive.
E' necessario arrivare a costruire una strategia per far fronte ai problemi sociali e socio-sanitari presenti sul territorio e questo prescrive di agire utilizzando al meglio ciò che già c'è sul territorio, aiutando tali risorse a collocarsi e operare al meglio in un contesto ampio, legittimandosi maggiormente a proseguire ipotesi di lavoro comuni.
Il segretariato sociale e il terzo settore se integrati sinergicamente riusciranno al meglio nell'intento di creare un supporto e un'azione specifica a sostegno della persona portatrice della difficoltà.
Sia a livello provinciale, tramite l'ASL di Pavia (Cabina di Regia ASL) che a livello territoriale sono stai svolti incontri coinvolgendo il terzo settore proprio nell'ambito della programmazione del welfare in un'ottica di senso di comunità previsto dalla legge 328/2000 anello essenziale tra le istituzioni e il volontariato.
Il Distretto di Casteggio, già nel precedente triennio, ha aderito al "TAVOLO UNICO DI CONSULTAZIONE" del terzo settore istituito presso l'Asl di Pavia.
Purtroppo ad oggi si riscontra la scarsa presenza del numero di volontari operanti e attivi sul territorio; occorrerà pertanto incentivare il reclutamento di volontari sensibilizzando in particolare gli ultra sessantacinquenni ad offrire la propria disponibilità al supporto delle fragilità presenti in

un'ottica di mutuo-aiuto; l'anziano volontario diventerà quindi promotore di un cambiamento sociale di cui beneficerà in prima persona oltre ad essere un supporto alla società.
A livello locale si è provveduto a coinvolgere il terzo settore operante nel Distretto di Casteggio nella redazione del nuovo progetto 2015-2017.
Alcune associazioni hanno richiesto di partecipare attivamente al progetto, condividendo gli obiettivi della nuova programmazione. Undici associazioni del territorio hanno sottoscritto l'accordo di programma, indicando i servizi offerti ai cittadini del Distretto, limitatamente alle proprie risorse umane ed economiche disponibili.
La strumento individuato per l'integrazione del Terzo Settore è la nomina di un rappresentante delle undici Associazioni firmatarie dell'accordo di programma che parteciperà attivamente al tavolo politico - tecnico previsto nella governance.

A seguito vengono riportate le Associazioni di volontariato firmatarie dell'Accordo di Programma 2015- 2017 e i servizi offerti dalle stesse, limitatamente alle risorse umane e finanziarie disponibili.

ASSOCIAZIONI TERZO SETTORE	SERVIZI OFFERTI
Associazione ANFFAS Onlus Broni-Stradella	-trasporto di persone con disabilità
Associazione C.H.I.A.R.A. Onlus	-percorso "Ti ascolto, Ti accolgo, Ti accompagno"; -sostegno psicologico, consulenza legale, consulenza per ricerca attività lavorativa, ospitalità in struttura e qualunque intervento volto ad interrompere le situazioni di maltrattamento, violenza e disagio delle donne maltrattate; - promozione iniziative ed eventi culturali volti all'informazione e alla prevenzione contro la violenza di genere.
Associazione Volontari Anziani- Casteggio	- trasporto per visite mediche; -attività di pre-scuola presso la scuola primaria dell'Infanzia di Casteggio; -servizio assistenza sullo scuolabus; -attività ludiche e di aggregazione presso la sede dell'Associazione;
Cooperativa Sociale Onlus C.O.D.A.M.S. Due Voghera	- progettare e/o co-progettare insieme al Terzo settore; - messa a disposizione ai soggetti fragili di supporti tecnologici(fax, fotocopiatrici, pc, ecc.) per il disbrigo di pratiche burocratiche;
AUSER di Ca' de Tisma	- trasporto e accompagnamento di soggetti fragili - ritiro e consegna a domicilio dei farmaci;
AUSER Corvino San Quirico	- trasporto sociale di soggetti fragili
AUSER Montalto Pavese	-trasporto soggetti fragili
AUSER Tursela	-servizi di accompagnamento presso strutture sanitarie, ambulatori; - disbrigo pratiche; attività di aggregazione presso la sede dell'Associazione;
AUSER Soccorso d'Argento di Pizzale	-trasporto di persone presso le strutture sanitarie -disbrigo di pratiche o altre esigenze personali legate alla vita quotidiana;

AUSER Bressana Bottarone	- Trasporto per accompagnamento protetto presso strutture varie; - attività di segretariato sociale; prenotazione visite specialistiche e disbrigo pratiche varie; - attività di socializzazione; -aiuto apprendimento della lingua italiana agli stranieri;
AUSER Calcababio di Lungavilla	- accompagnamento e trasporto soggetti fragili, - consegna farmaci e spesa al domicilio; - compagnia anche telefonica.

LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Le Organizzazioni Sindacali costituiscono una risorsa a supporto dell'ufficio di piano nell'attuazione del triennio, avendo una "vision" sia territoriale che sovra - zonale.
Le Organizzazioni Sindacali collaborano con l'ufficio di piano specificatamente alle seguenti attività:

- nella ricognizione congiunta dei bisogni dei residenti nei Comuni dell'Ambito e nella verifica della corrispondenza tra bisogni, domanda espressa dalle famiglie e servizi attivati sul territorio;
- nell'acquisizione e diffusione di conoscenze ed informazioni tra i soggetti della rete territoriale in sinergia con il Piano di zona;
- nella ricerca e proposta di comportamenti omogenei da adottarsi tra le amministrazioni locali e tra queste ed il piano di zona nei confronti delle persone e delle famiglie che usufruiscono di servizi sociali;
- nella redazione e condivisione degli obiettivi distrettuali del triennio;
- nel coinvolgimento nelle fasi di programmazione ed attuazione del piano di zona.

Nell'incontro tenutosi in data 17 aprile 2015 presso la sede del Comune Capofila Casteggio, le organizzazioni sindacali firmatarie dell'accordo di programma (CGIL, CISL, UIL, SPI, FNP, UILP) hanno condiviso gli obiettivi distrettuali definiti e illustrati nella tabella parte interante del progetto realizzata seguendo il format regionale per il futuro triennio 2015/2017.
Sempre al tavolo, le organizzazioni hanno proposto, compatibilmente alle risorse disponibili, alcune azioni per il nuovo triennio, ed in particolare:

- Al fine di avere un quadro della situazione, all'interno dell'Ambito territoriale, relativo alla problematica del pagamento delle rette di ricovero degli anziani in struttura (RSA), 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 e, in una seconda fase, di valutare l'opportunità di costituire un FONDO DI SOLIDARIETA' finalizzato a sostenere i Comuni dell'Ambito che hanno in carico l'integrazione delle rette di ricovero degli anziani in struttura, poiché spesso i cittadini sono costretti a rivolgersi ai Comuni stessi per avere un supporto economico.
- Relativamente al Servizio di Inserimento Lavorativo prevedere l'eventuale erogazione di borse lavoro. Le organizzazioni hanno proposto al Piano di Zona di tenere monitorato il bisogno rilevando eventuali utenti interessati ad usufruire di tale tipologia di servizio ed eventualmente valutare l'opportunità, compatibilmente alle risorse disponibili, di erogare nel triennio detto servizio, poiché nella precedente triennalità non erano state ricevute domande per tale tipologia di prestazione.

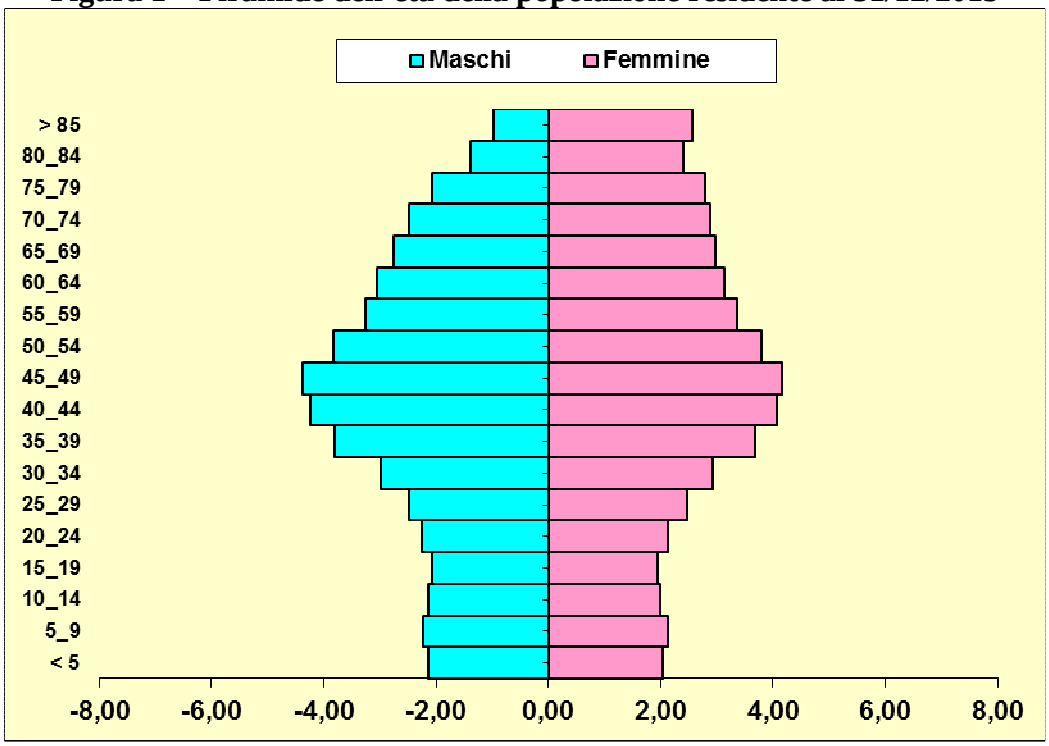
Le proposte delle organizzazioni sindacali, pur essendo recepite all'interno del Piano e condivise dalla governance, non sono state inserite nella tabella degli obiettivi del nuovo triennio in quanto l'accantonamento delle risorse per attuarle dipenderà esclusivamente dall'entità dei fondi sia regionali che comunali a disposizione del Piano di Zona.

2. CONTESTO DEMOGRAFICO-SANITARIO DELLA PROVINCIA DI PAVIA

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	
ANNO	**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+: **(Pop. ≥75aa/Pop.Tot)*100**
Indice Invecchiamento 65+: **(Pop. ≥65aa/Pop.Tot)*100**
Indice vecchiaia: **(Pop. ≥65aa/Pop.0-14aa)*100**
Indice dipendenza senile: **(Pop. ≥65aa/Pop.15-64aa)*100**
Indice di carico sociale: **(Pop. 0-14aa + Pop. ≥65aa) /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 ≥75aa	% popolazione con età ≥75aa sulla popolazione provinciale ≥75aa
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 ⅔ 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 ultrasessantaquatrenni (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 selezionare 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, Ipertiroidismo, Ipotiroidismo, Morbo di Addison, ipoparatiroidismo, Pnenumopatia 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 Comini 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

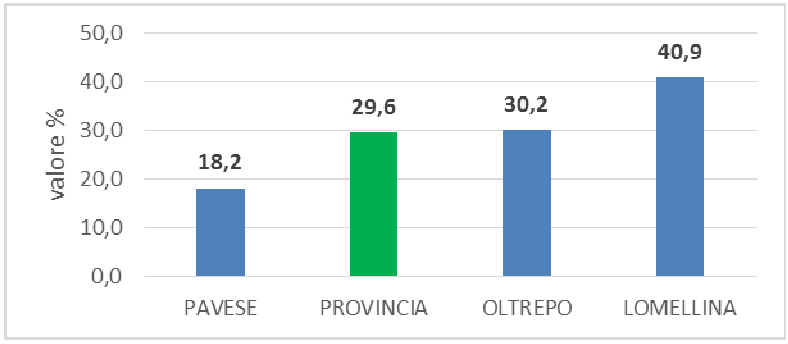
Presso il territorio della ASL di Pavia insistono 83 RSA e complessivamente 5.798 posti letto autorizzati, di cui 5.670 accreditati. Il 91,6% delle RSA (76) ha un contratto stipulato con la ASL e i posti letto a contratto al 31/12/2013 erano 5.278. Nel 2014, in attuazione della DGR 1185/2013, i poti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

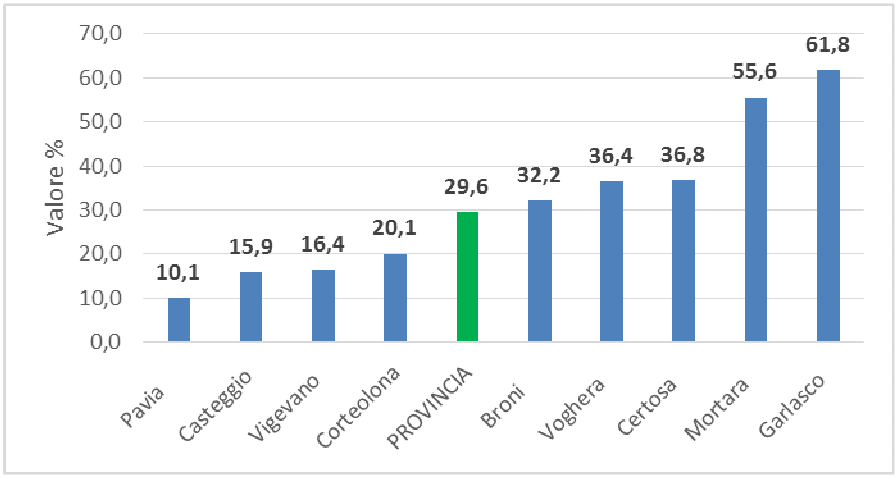
Figura 2- Offerta territoriale stratificata per Distretto; confronto col dato provinciale



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

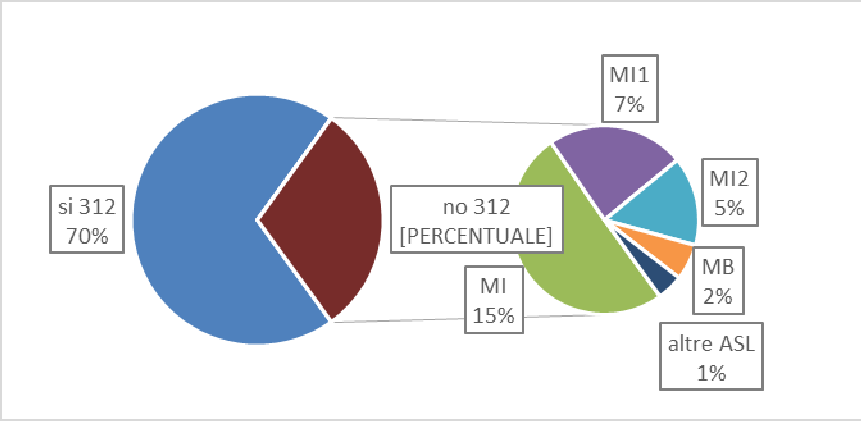


Gli Ambiti territoriali di Broni (32.2 PL ogni 100 residenti target), Voghera (36,4 PL ogni 100 residenti target) e Certosa (36.8 PL ogni 100 residenti 75+ target), presentano un'offerta territoriale simile al dato provinciale, a differenza degli Ambiti territoriali di Pavia, Casteggio, Vigevano e Corteolona 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

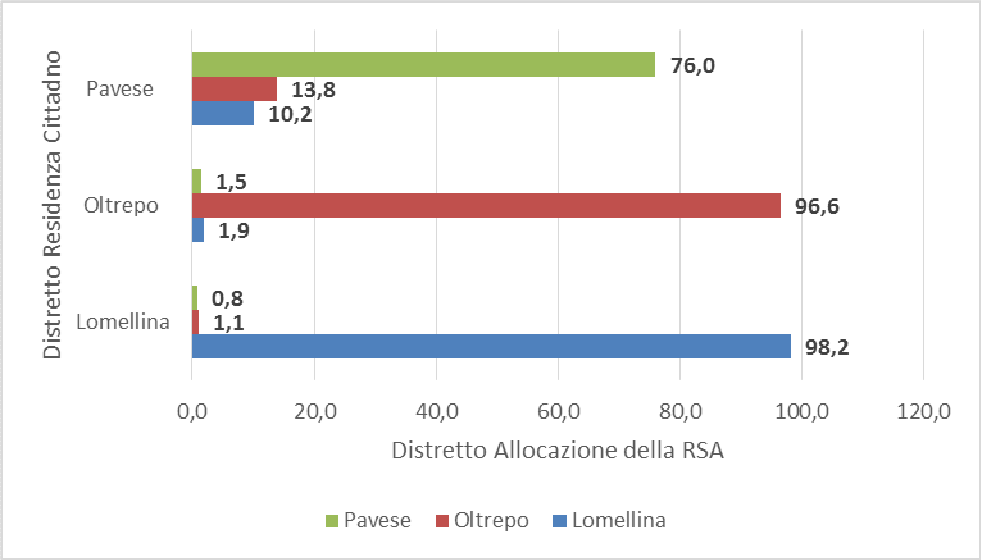


La mobilità in entrata riguarda prevalentemente i cittadini che risiedono nelle ASL limitrofe alla ASL di Pavia: ASL Mi (15% degli ospiti su PL a contratto), ASL MI1 (7% degli ospiti su PL a contratto) e ASL MI 2 (5 % degli ospiti su PL a contratto). Soltanto il 2% degli ospiti proviene dalla ASL MB, 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

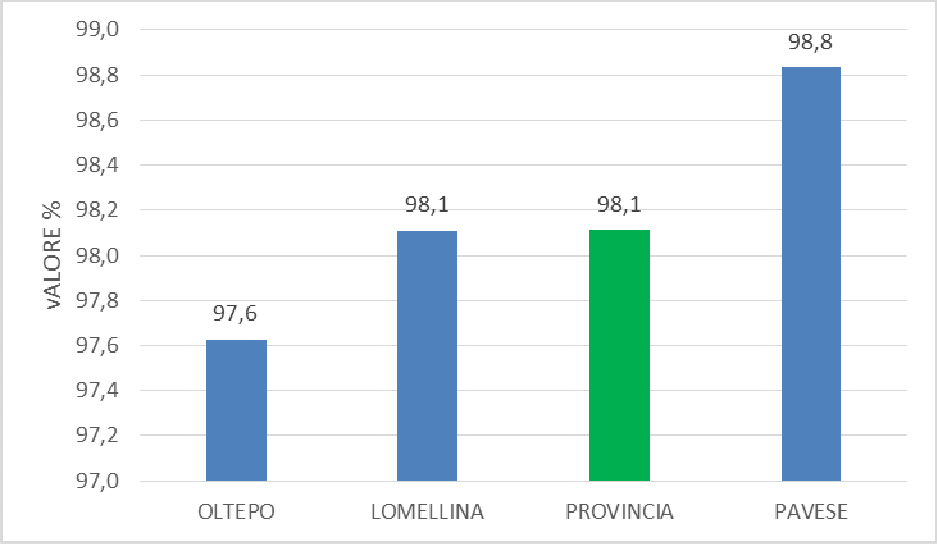
A livello provinciale il tasso di saturazione è pari al 98.1%, e non si evidenziano differenze sostanziali tra i tre Distretti e tra questi e il dato provinciale (Tab. 13 -).

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**

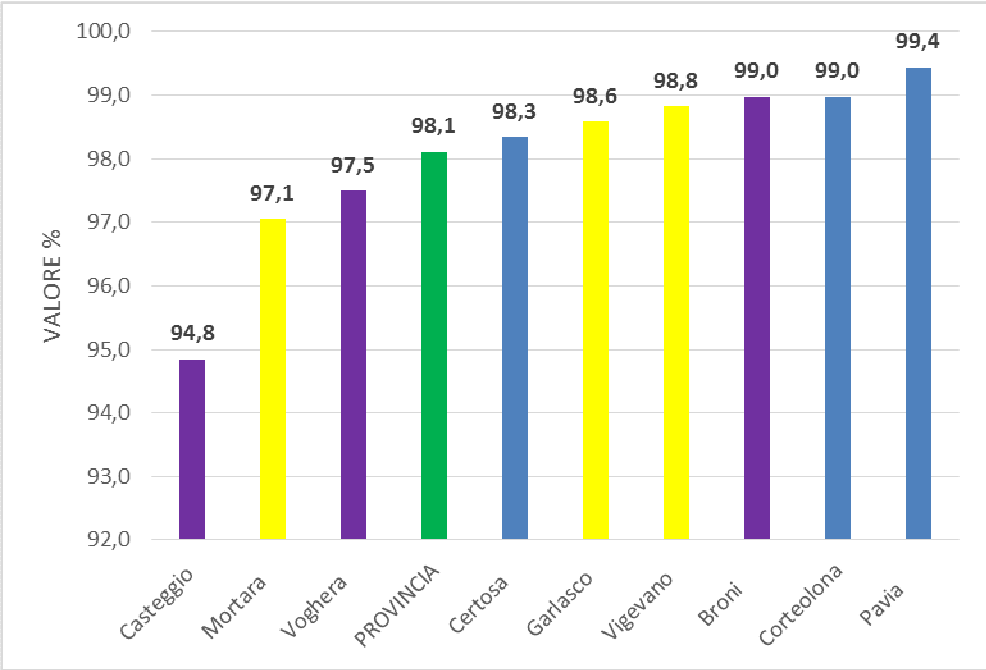
Nello specifico le U.d.O. che insistono sul Distretto Pavese e su quello della Lomellina hanno complessivamente un tasso di saturazione dei posti letto a contratto rispettivamente del 98,1% e del 98,8 %, molto vicini al dato provinciale del 98,1%.
Lievemente inferiore è il tasso di saturazione delle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

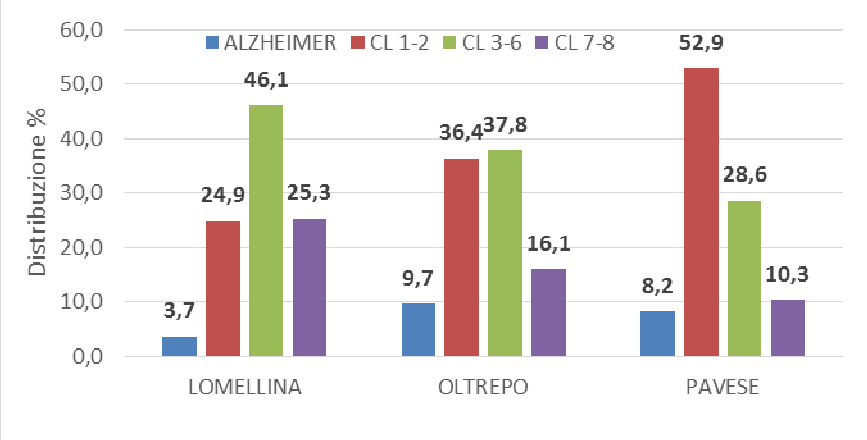
Tabella 14- distribuzione % degli ospiti per Classe SOSIA di appartenenza

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 inserti 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 del 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 contro 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 ultera75enni), superiore sia al dato della Lomellina che al dato provinciale.

I CENTRI DIURNI INTEGRATI
OFFERTA TERRITORIALE CDI

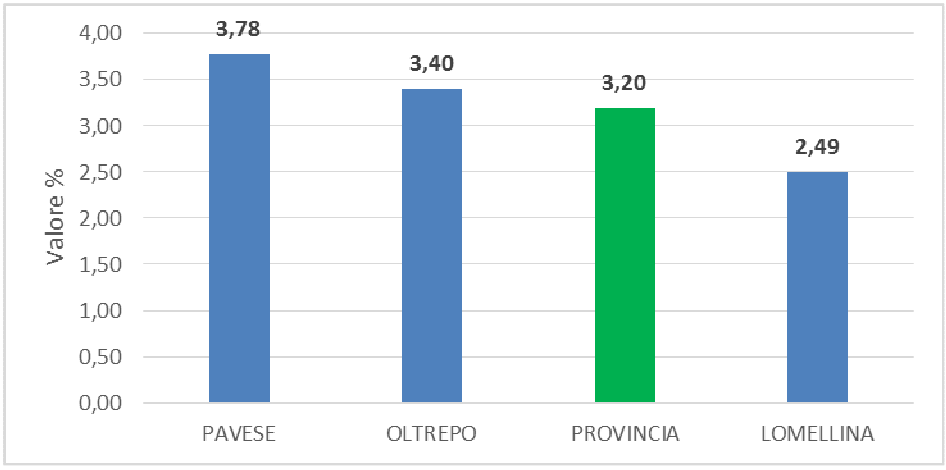
Presso il territorio della ASL di Pavia sono allocati complessivamente 27 CDI, di cui 26 CDI con Posti a contratto (Tab. 18-) e 1 con Posti solo autorizzati nel 2014 : pur non essendoci una differenza importate del numero di UdO per Distretto (Pavese 38.5%, Oltrepò e Lomellina entrambi 30,8%) il numero 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

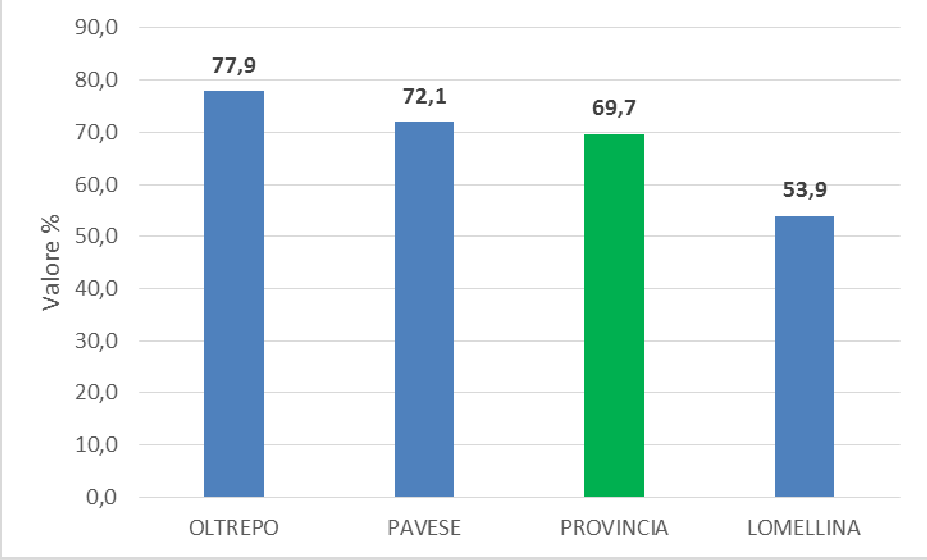
Il tasso di saturazione presenta una grande variabilità all'interno di ogni singola UdO: valutando tale indicatore a livello di Distretto (Tab. 20 e Fig. -10) si evidenzia che nei Distretti dell'Oltrepò e del Pavese la saturazione dei posti a contratto è superiore al 70% (77.9% in Oltrepò e 72,1% nel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

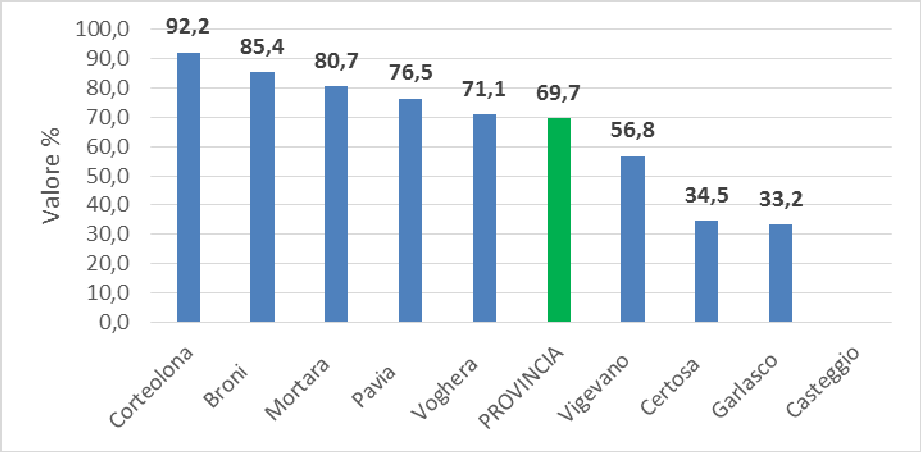
Si evidenzia invece che nel Distretto della Lomellina, dove sono allocati il maggior numero di RSA, sono utilizzati solo poco più della metà delle giornate disponibili su posti a contratto presenti nei CDI (53.9%).

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 ASSISTENZAILI 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**

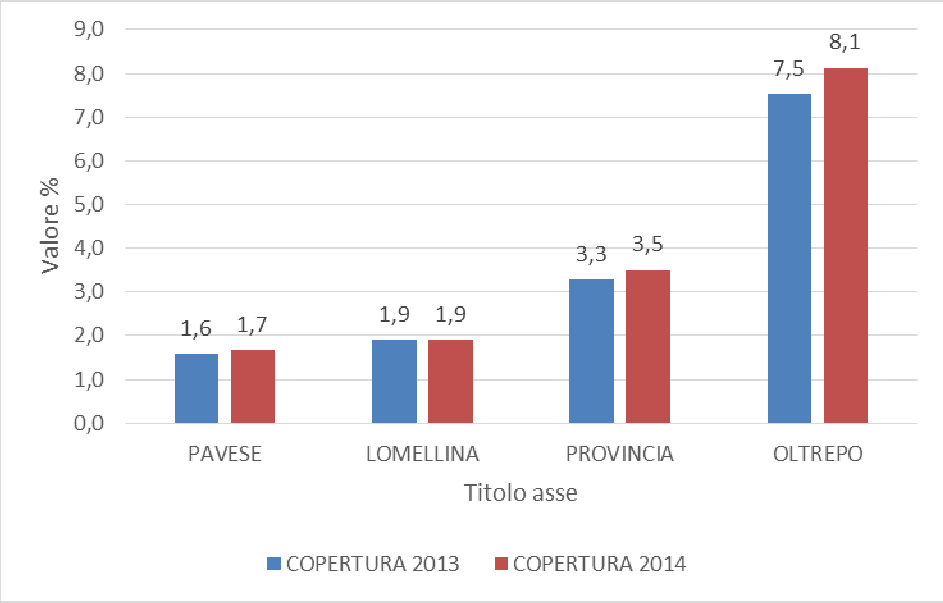
Il numero maggiore di RSD è allocato nel Distretto dell'Oltrepò (5 RSD e 160 PL a contratto), mentre sul Distretto Pavese si contano 2 RSD e 48 PL a contratto (18,8% sul totale del PL) e sul Distretto della Lomellina sono disponibili 47 PL a contratto (18,4%) e 3 RSD.

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**

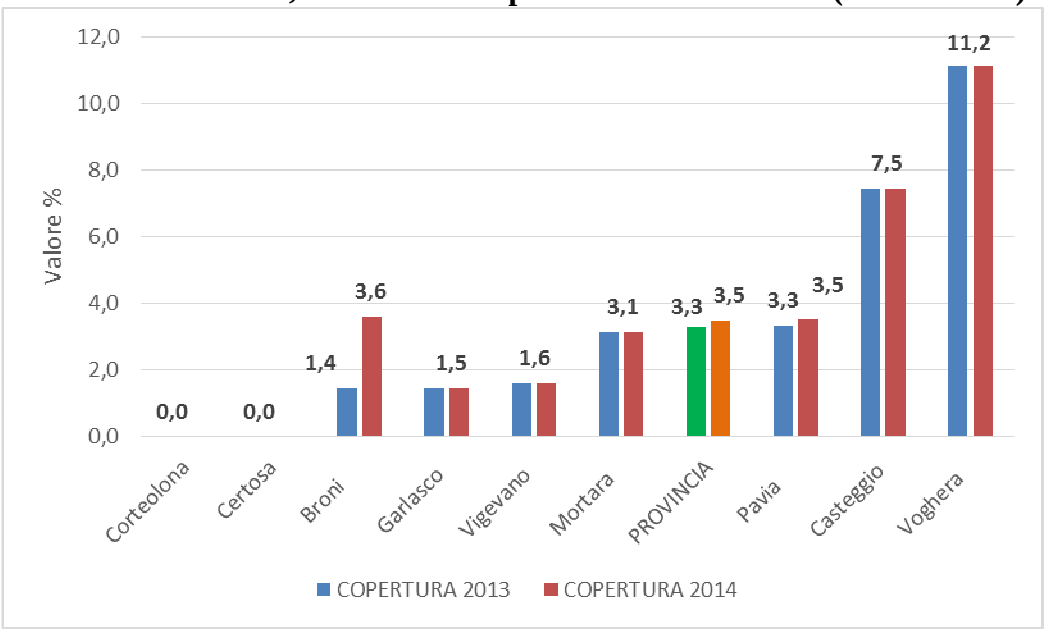
A livello provinciale (Tab. 23) sono disponibili 3,5 posti letto a contratto ogni 100 cittadini con disabilità, con una situazione molto differente tra i tre Distretti, come conseguenza della differente distribuzione del numero di PL a contratto. Nello specifico nel Distretto dell'Oltrepò nel 2013 sono 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

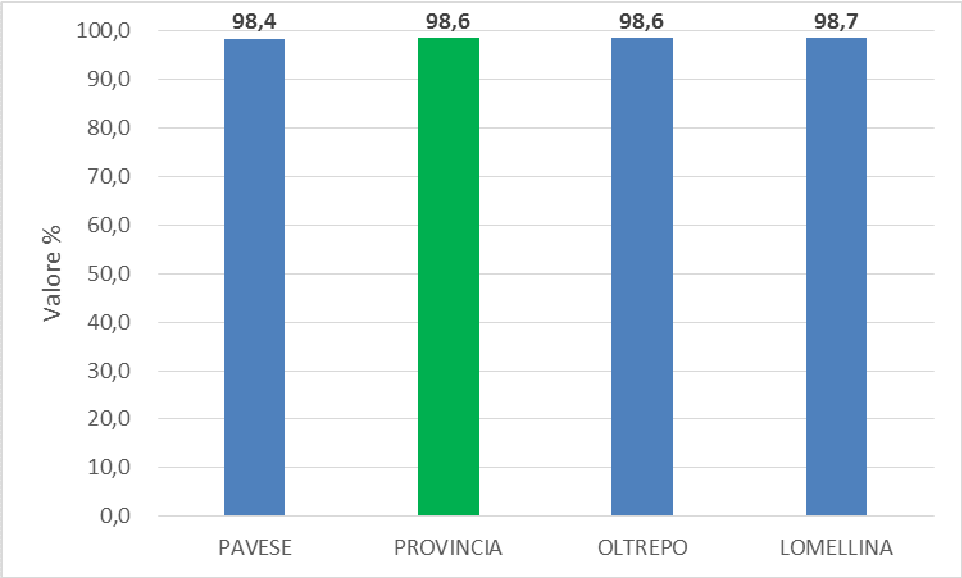
Tabella 24- tasso di saturazione RSD per Distretto e Ambito territoriale

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' SOCIOSANITARIE 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**

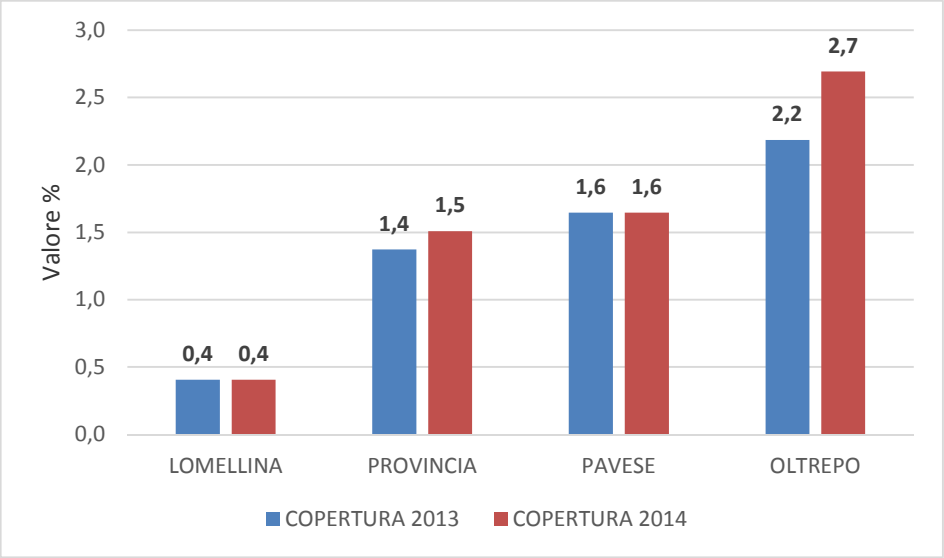
Nel 2014 rispetto al 2013, pertanto, vi è stato un incremento di 10 PL a contratto, che sono complessivamente 110 e presentano una distribuzione differente nei tre Distretti (Tab. 25). Il Distretto Oltrepò e il Distretto Lomellina presentano il maggior numero di U.d.O., rispettivamente 6 e 5, e di conseguenza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

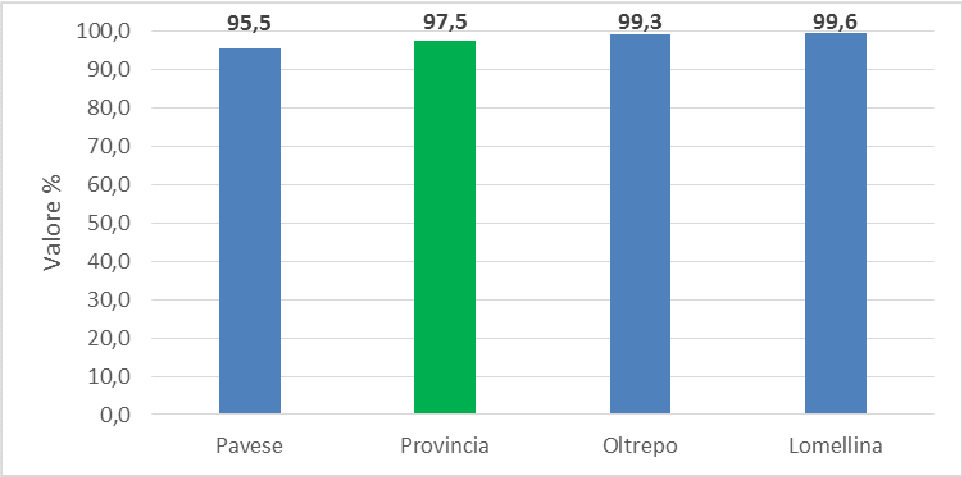
UTILIZZO DELLE CSS: il TASSO DI SATURAZIONE

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		Voghera	1.825	1.802	98,7
5			3.650	3.606	98,8
6			2.920	2.880	98,6
7	Pavese	Corteolona	3.650	3.610	98,9
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.

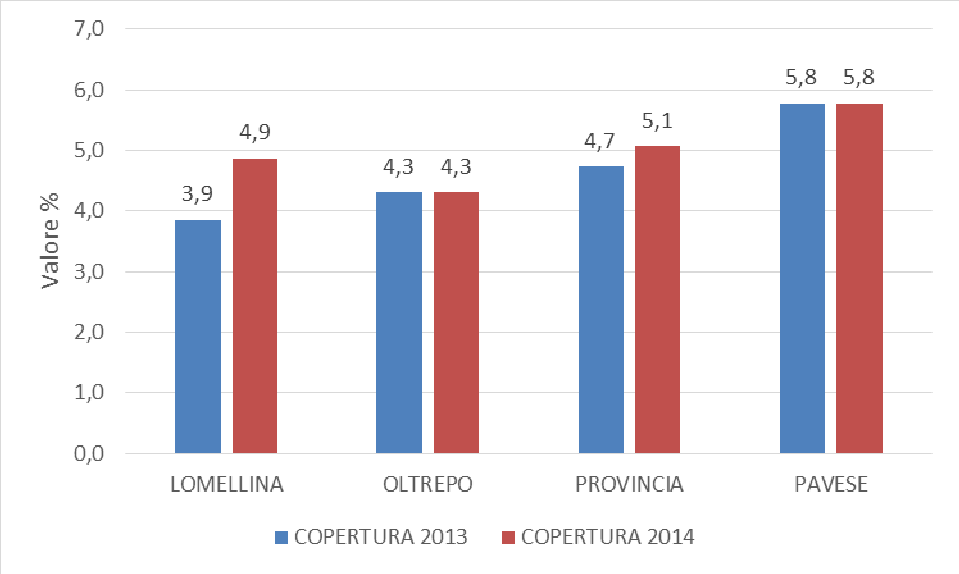
Nel Distretto della Lomellina si contano 5 U.d.O. e si osserva un incremento dei posti a contratto che passano da 95 nel 2013 a 120 nel 2014 (32,4%) in seguito alla messa a contratto di una nuova UdO.

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**

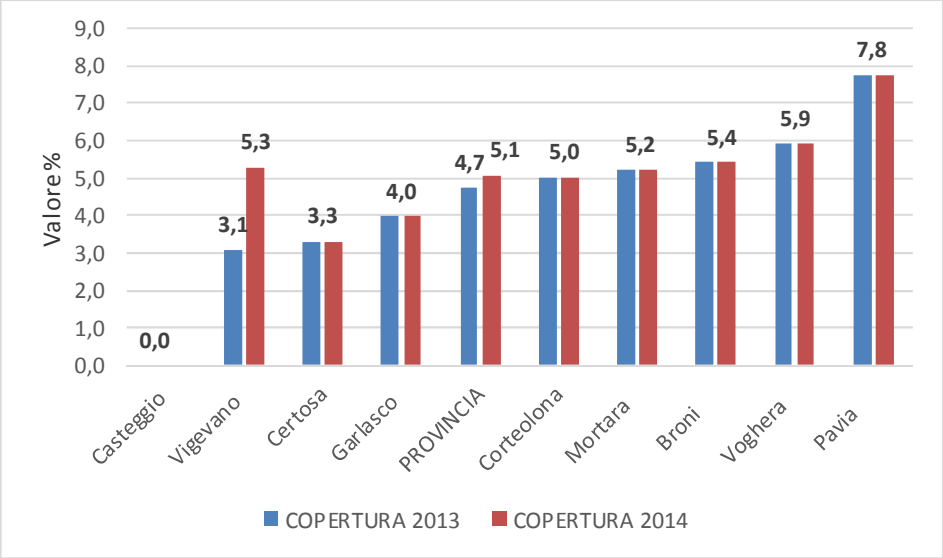
L'indice di copertura (Tab. 29- e Fig. 17-) evidenzia alcune differenze tra i tre Distretti con un valore superiore al dato provinciale nel Pavese (5.8 ogni 100 target vs 4.7 in provincia), mentre i Distretti Lomellina e Oltrepò presentano valori simili tra di loro (rispettivamente 3.9 e 4.3 ogni 100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

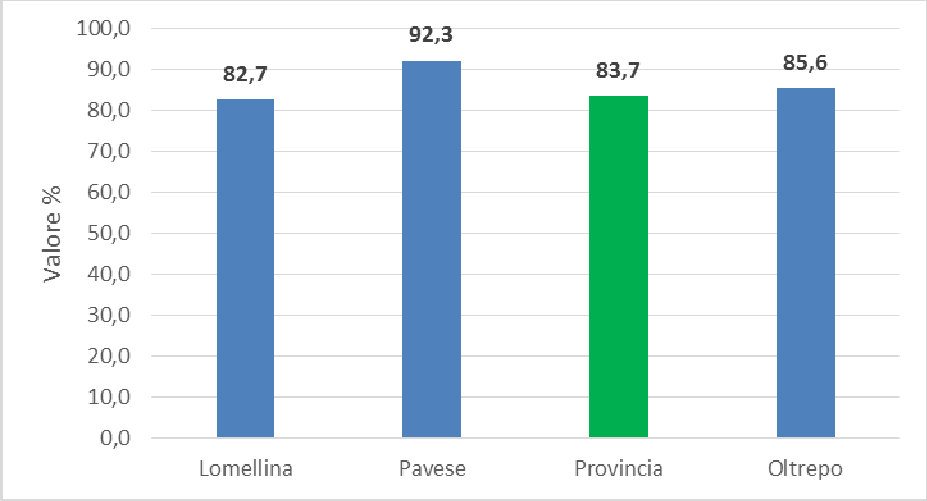
La saturazione dei posti nel 2013 è differente nelle 13 U.d.O. del territorio (Tab. 30). Il dato provinciale è pari all'83,7% e solo il Distretto del Pavese presenta un indice di saturazione complessivo che è superiore a tale valore, infatti viene utilizzato il 92,3% delle giornate su posti a contratto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

ISTITUITI 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%), mente 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

	n° pazienti per IDR		
Fascia di età	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

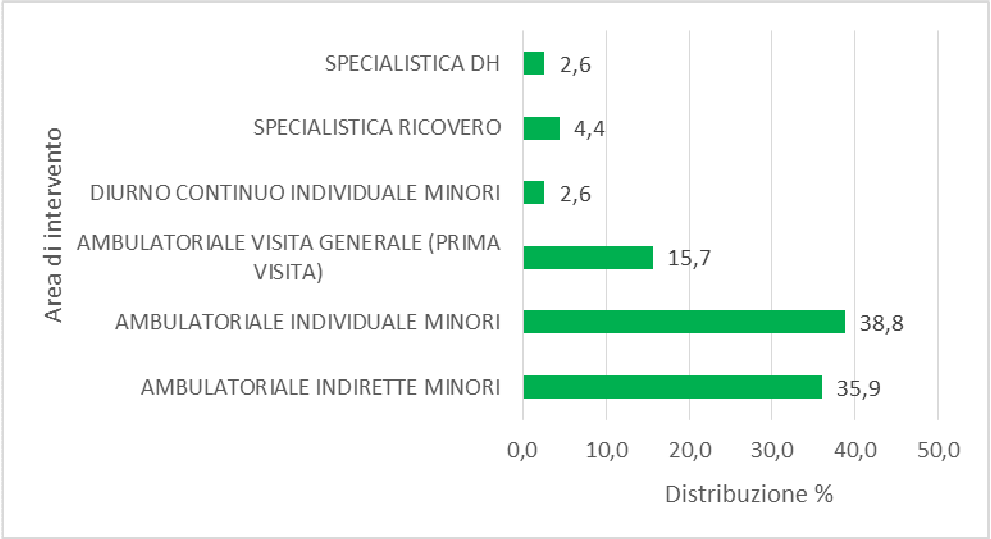
I pazienti ricoverati in regime specialistico sono stati 31 (Tab, 33-), di questi 12 in regione di DH e 20 in Specialistica (un paziente infatti ha usufruito di entrambi i moduli), per la maggior parte preadolescenti (26 con età <14 anni), mentre in 6 casi si trattava di adolescenti. Nel ciclo Diurno 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	AMBULATORIALE INDIRETTE MINORI	AMBULATORIALE INDIVIDUALE MINORI	AMBULATORIALE VISITA GENERALE (PRIMA VISITA)	DIURNO CONTINUO INDIVIDUALE MINORI	SPECIALISTICA RICOVERO	SPECIALISTICA 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 i 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	SPECIALISTICA RICOVERO DH	totale
<14	129	156	60	18	26	16	405
14-17	65	73	15	2	5	4	164
18-24	14	20	1	0	0		35
Totale	**208**	**249**	**76**	**20**	**31**	**20**	**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**

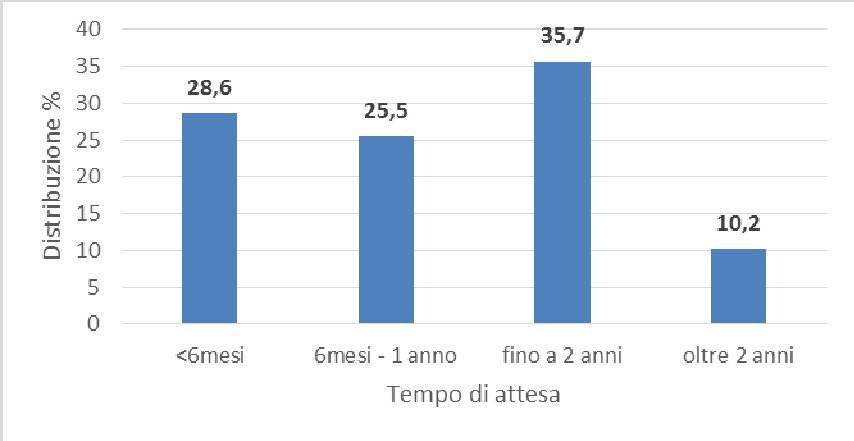
La richiesta di inserimento riguarda prevalentemente cittadini residenti nella ASL di Pavia (89; 91%), 3 provengono dalla ASL 310, 2 dalla 309, 1 dalla ASL 306 e 1 dalla ASL 305. Per due persone in lista di attesa non è stata indicata la ASL di provenienza.
Considerando che una persona può far richiesta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

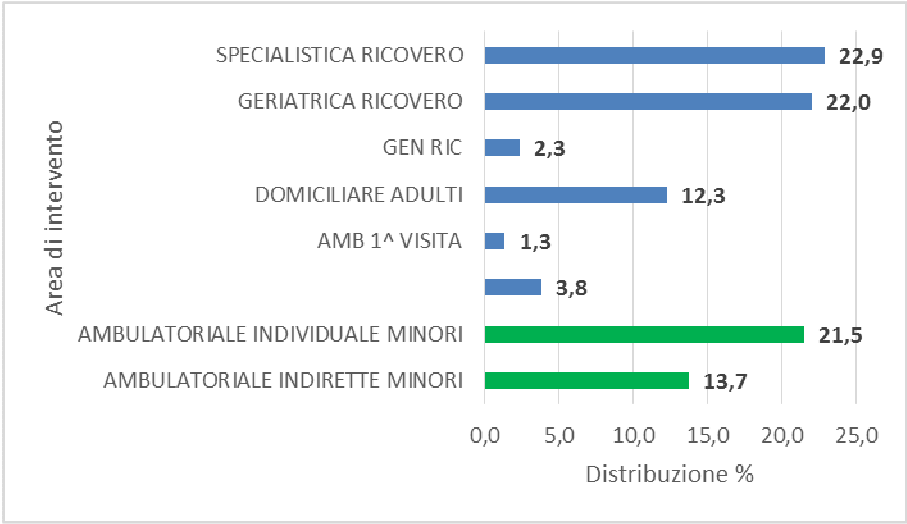
I pazienti ricoverati in regime specialistico (Tab. 37-) sono stati 273, per la maggior parte anziani (200; 73,2%); i ricoveri in Generale Geriatrica hanno riguardato 291 persone, 28 in area Generale e 263 in area Geriatrica, con una netta prevalenza in quest'ultima di ultra75enni. La Domiciliarità ha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

FASCIA ETA	AMBU IND. MINORI	AMB IND F 1 2 3	AMBU INDIE MINORI	amb 1^ visita	DOMIC ADULTI	GENERALE 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 accesi 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

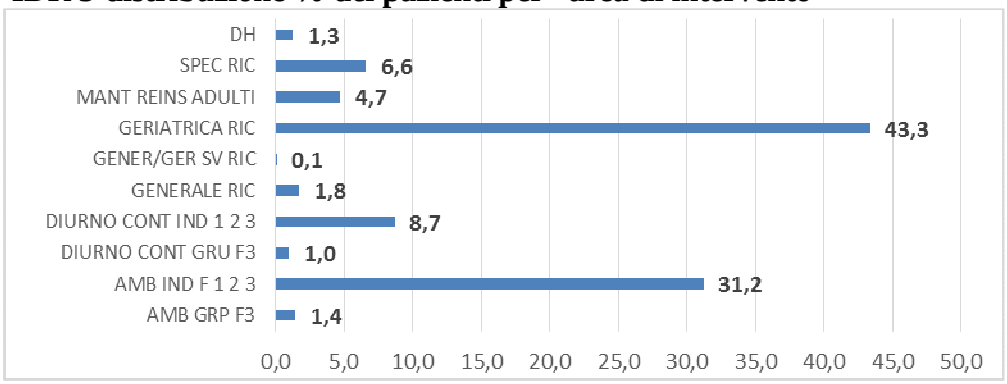
I pazienti ricoverati in regime specialistico (Tab. 41-) sono stati 192 (31 in regine di DH, trasformato in prestazioni ambulatoriali nel 2014), per la maggior parte anziani (138; 72%); i ricoveri in General Geriatrica hanno riguardato 1103 persone, 43 sono stati accolti in area Generale e 1.063 in area 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 tette 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 fasci 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 facce 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 attea 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 massino	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 COMPORTAMENTI 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 (±10,8), dato sovrapponibile a quello del sesso femminile (39,0 ±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)**

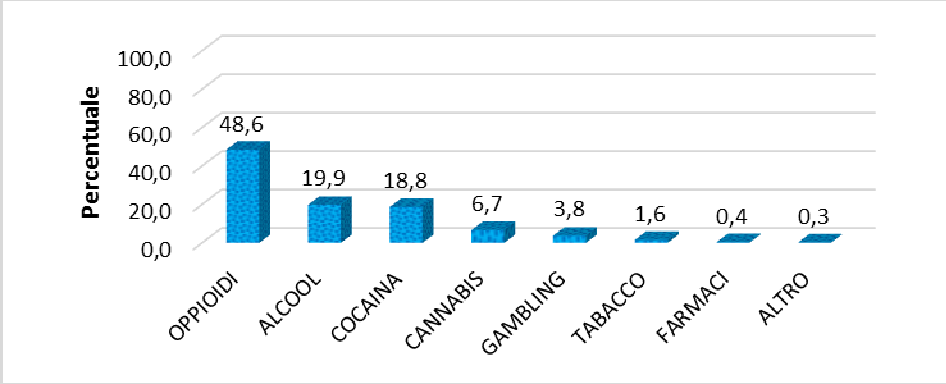
Tabella 45c - Frequenze assolute e % degli utenti del U.O.S. Lomellina – sede di Vigevano- per genere e classi di età

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 e 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 TERRITOERIALE: 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 Comorbilità 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 inferire al dato provinciale (rispettivamente 0.63 e 0.46 ogni 1000 target)

Tabella 49- offerta territoriale residenziale e semiresidenziale per le Dipendenze

		N° PL contratto		Indice di copertura per 1000		
Residenti 15-64 aa		**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**	**0,63**		**0,63**
Broni	24.503	0		0,00		0,00
Casteggio	21.178	0		0,00		0,00
Voghera	40.721	30	10	0,74		0,98
OLTREPO	**86.402**	**30**	**10**	**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	23	0,95		1,31
PAVESE	**141.955**	**198**	**23**	**1,39**	**0,16**	**1,56**
PROVINCIA	**341.852**	**299**	**33**	**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 MINORI

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 inappropriatezze 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 ≥ 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**

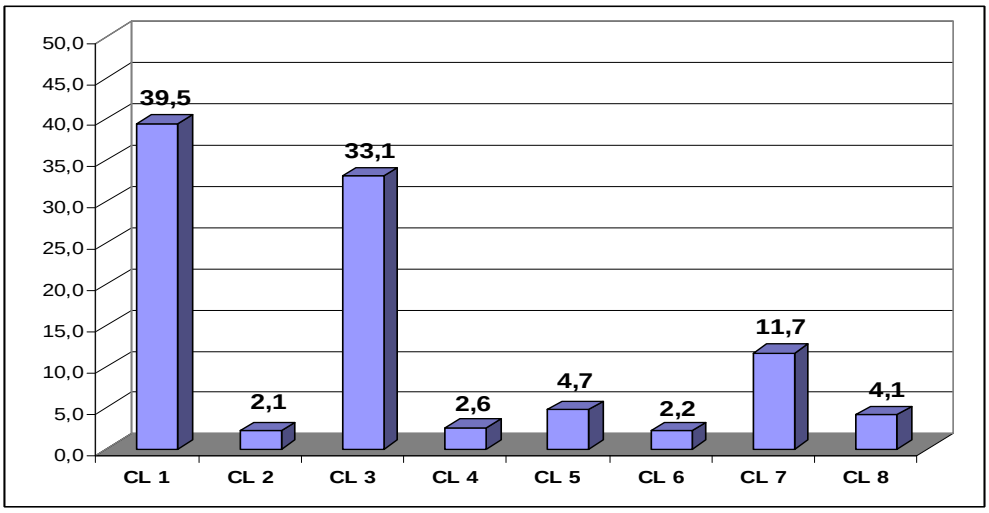
In merito al tasso di saturazione, si aggiunge che, a livello provinciale, questo è pari al 98.1%, mostrando un leggero incremento rispetto al dato relativo nel primo semestre 2013 (97,75%). Non si evidenziano sostanziali differenze tra i tre Distretti, che presentano un tasso di saturazione nello specifico 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%).

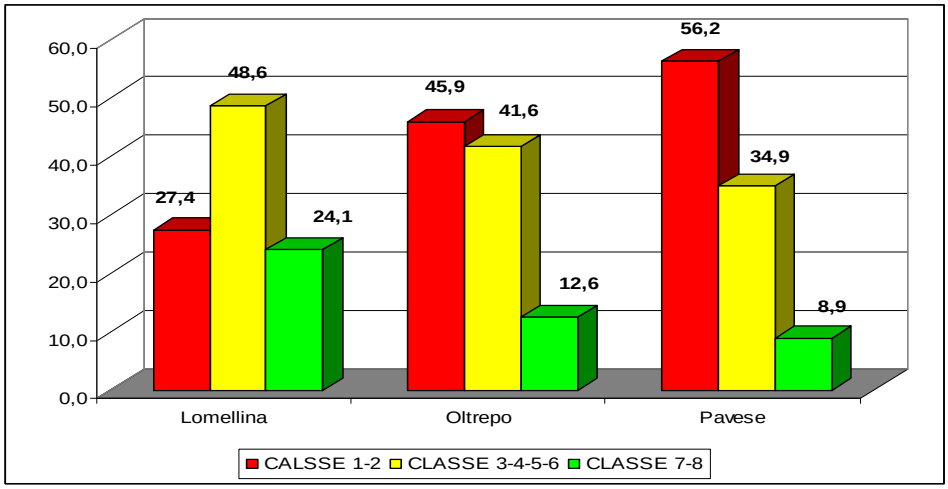
Spicca invece la percentuale di ospiti nelle classi 7 e 8 che risulta essere il 16% degli ospiti accolti.

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 struttura 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 evidenzia l'ottica tradizionale lomellina che ha visto sorgere strutture socio-sanitarie per anziani su antichi cronicari 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'Oltrepo 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, Oltrepo: € 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 sostanziava 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 comunita' alloggio per anziani e le comunita' 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)

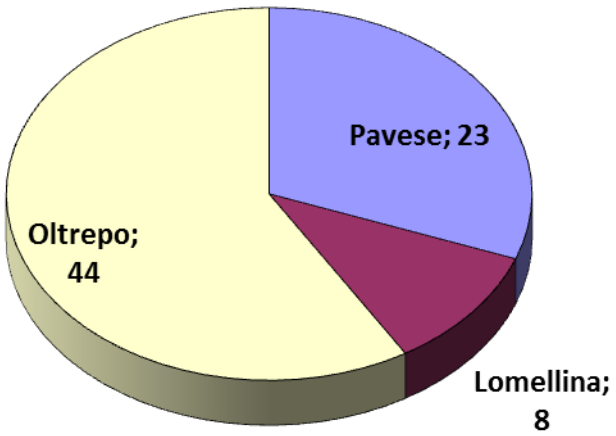


Tabella 55 – Posti letto relativo alle Case Famiglia per anziani e Comunità alloggio distinti per Distretto di ubicazione – anno 2014

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 Appropriatezza 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 Appropriatezza, 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 famigliare, 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 pavesi, 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, Consultori 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.

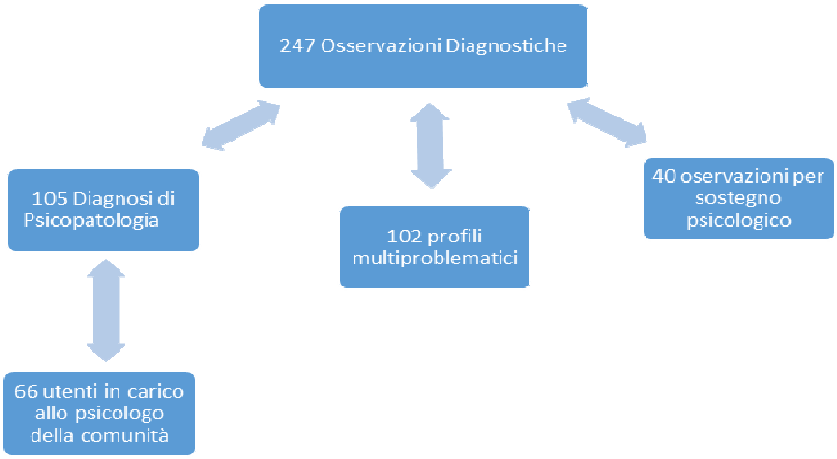
ALLOGGI PER L'AUTONOMIA	COMUNITA' EDUCATIVE	COMUNITA' FAMILIARI
75 di cui 15 mamme	**429 di cui 15 mamme**	**25**

L'elaborazione dei dati raccolti ha permesso di approfondire gli aspetti critici evidenziati in premessa. Di seguito si dettagliano 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



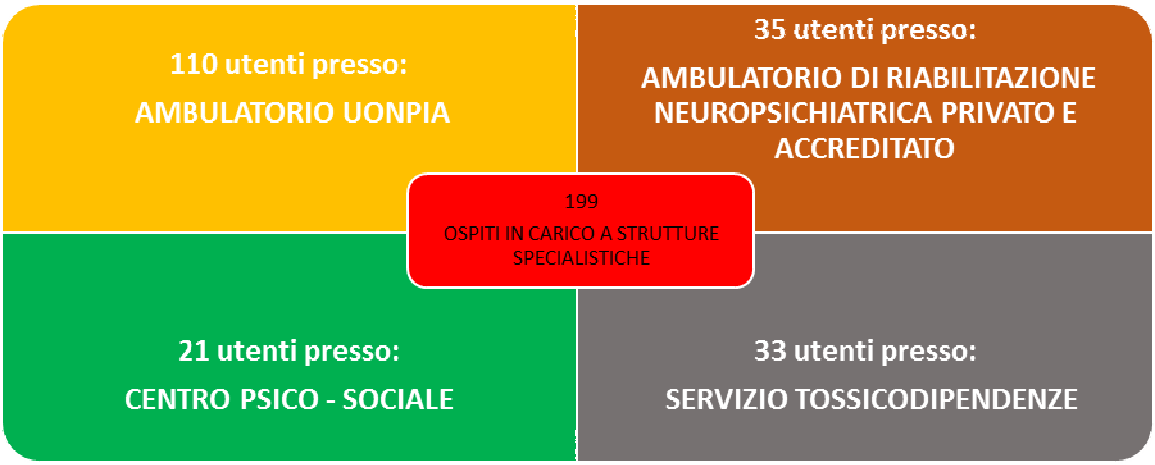
Tali diagnosi sono state individuate nella maggior parte dei casi dalla figura professionale dello psicologo, per un totale di 150 soggetti, dallo Neuropsichiatra/ Psicoterapeuta per 42 casi, dallo Psichiatra per 35 casi, dal logopedista per 18 utenti, ed infine 2 casi sono stati trattati dall'assistente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

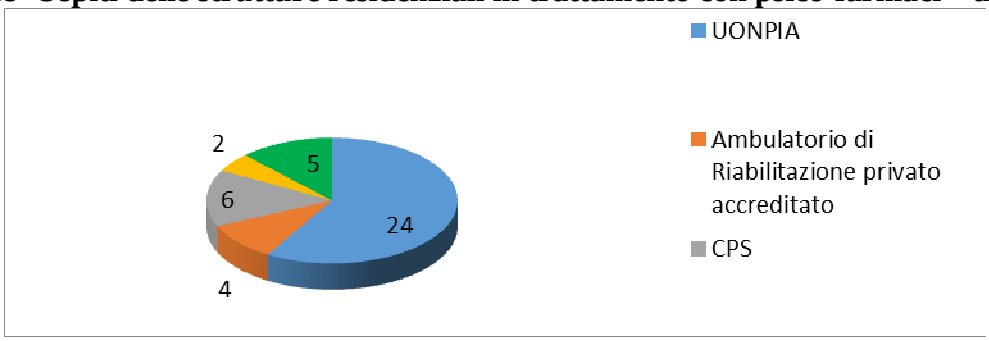
- n. 110 ospiti delle strutture, di età compresa fra i 2 ed i 19 anni, sono in carico all'Ambulatorio UONPIA dell'A.O di Pavia;
- n. 35 ospiti, di età compresa tra i 2 ed i 20 anni, afferiscono agli Ambulatori di riabilitazione neuropsichiatrica privati e accreditati;
- n. 21 utenti, in età compresa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

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

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

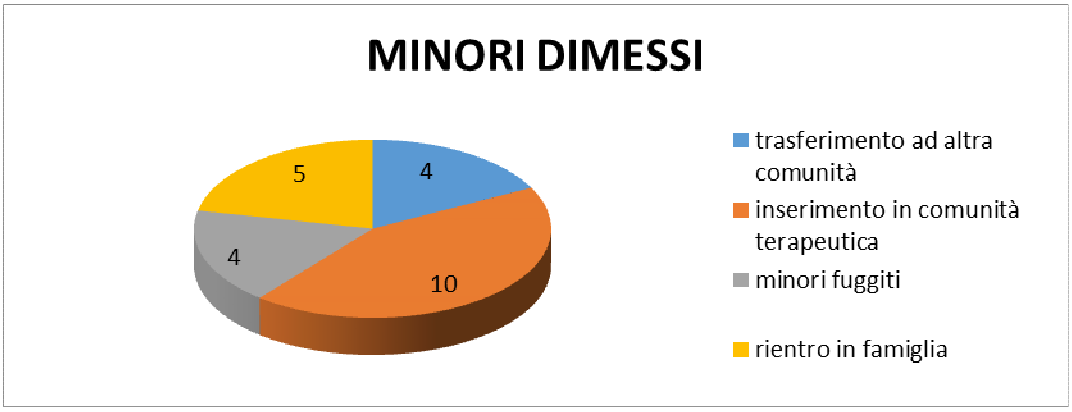


Infine alla data del 30.06.2014 risultano in trattamento con farmaci per la cura della dipendenza da sostanze n.**10** ospiti.

- 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

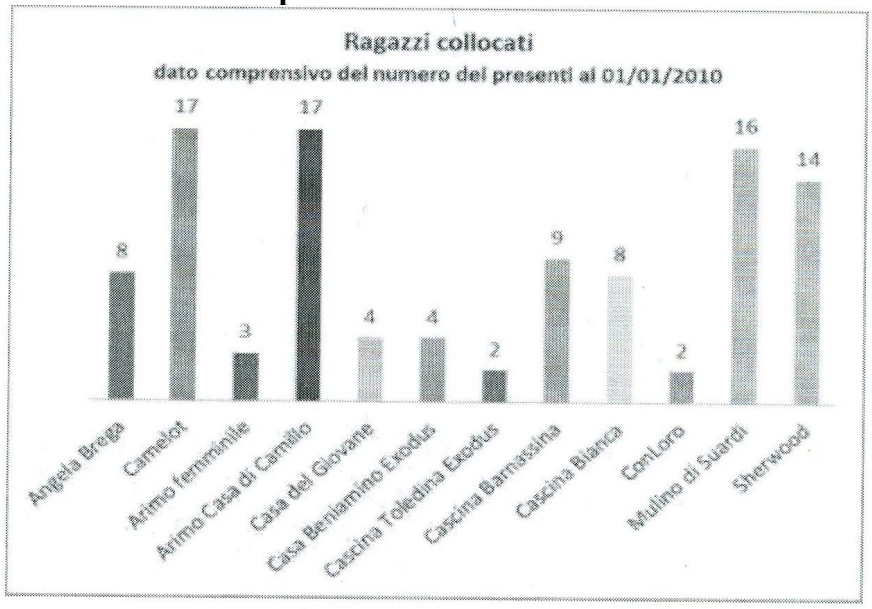


Tutti i dati raccolti saranno oggetto di scambio e confronto con Comuni e Ambiti territoriali ma soprattutto sarà necessario mettere in relazione le reciproche osservazioni e fondamentalmente i reciproci sistemi di osservazione (es. "i servizi sociali invianti", le comunità territoriali, i servizi specialistici, 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.

3. CONTESTO SOCIO DEMOGRAFICO DEL PIANO DI ZONA

IL TERRITORIO

Il territorio del Distretto si trova posizionato al centro dell'Oltrepo Pavese e si presenta molto vario ed articolato per geografia e morfologia.

Procedendo da nord a sud, si passa infatti da ampie zone pianeggianti, che si diramano dai confini del Po e che sono ricche di terreni irrigui, coltivati prevalentemente a foraggio e pioppeti, per giungere alla fascia precollinare e collinare che raggiunge i 5oo metri di altezza.

Quest'ultima zona è caratterizzata da un susseguirsi ordinato e ben coltivato di vigneti, da cui si ricavano vini bianchi e rossi di eccellente qualità, che sono conosciuti e commercializzati in tutta Italia e negli ultimi anni anche all'estero.

La coltivazione della vite è l'**attività agricola** prevalente nel territorio dei comuni precollinari e collinari, dove sorgono importanti Aziende Vitivinicole e Cantine Sociali.

Nella fascia che si protende verso la pianura, oltre a piccole e grandi Aziende Agricole è presente, seppure ridimensionata negli ultimi tempi, la piccola **industria**, soprattutto metalmeccanica, che produce in particolare componenti per il settore enologico, macchine utensili ed apparecchiature refrigeranti.

Non mancano **attività artigianali** in campo manifatturiero ed alimentare, mentre si sta sempre più sviluppando, e costituisce fonte di occupazione, il **settore terziario**, particolarmente nella direzione della grande e media distribuzione di prodotti alimentari e non, esercitata attraverso centri commerciali e supermercati.

Numerose sono le **Aziende agrituristiche**, che insieme ad alberghi, ristoranti, fiere, sagre, manifestazioni enogastronomiche, culturali ed artistiche contribuiscono ad attrarre turisti in questa zona dell'Oltrepo Pavese.

Da qualche anno a questa parte è sempre più crescente il **fenomeno** del movimento **migratorio**, proveniente particolarmente dai Paesi dell'Est europeo (soprattutto Albania, Romania, Moldavia, Polonia, Russia, Ucraina) e dal Nord Africa (Marocco, Algeria, Tunisia). Gli immigrati trovano occupazione prevalentemente nell'assistenza agli anziani, nelle attività di collaborazione domestica, nei lavori agricoli stagionali, nell'edilizia.

Il fenomeno dell'immigrazione è presente in quasi tutti i Comuni del Distretto e determina serie problematiche riguardanti il lavoro, la casa, la scuola, la sanità, l'integrazione sociale.

Il Distretto di Casteggio comprende 28 Comuni:

Barbianello, Bastida Pancarana, Borgoratto Mormorolo, Borgo Priolo, Bressana Bottarone, Calvignano, Casanova Lonati, Casatisma, Castelletto di Branduzzo, Casteggio, Corvino San Quirico, Cervesina, Fortunago, Lungavilla, Mezzanino, Montalto Pavese, Montebello della Battaglia, Mornico Losana, Oliva Gessi, Pinarolo Po, Pancarana, Pizzale, Rea, Robecco Pavese, Santa Giuletta, Torricella Verzate, Verretto, Verrua Po.

Comune Capofila del Distretto: CASTEGGIO

Fanno parte della Comunità Montana i comuni di:

- Borgoratto Mormorolo,
- Borgo Priolo,
- Fortunago,

- Montalto Pavese.

Nel Territorio sono presenti 3 Unioni dei Comuni:

- **Unione dei Comuni Cervesina, Pancarana, Pizzale** (Cervesina, Pancarana e Pizzale)
  Sede: P.zza Caduti per la Patria, 1 Cervesina.

- **Unione dei Comuni Lombarda dell'Oltrepo centrale** (Corvino San Quirico, Mornico Losana, Oliva Gessi e Torricella Verzate)
  Sede: Via Chiesa, 3 Oliva Gessi

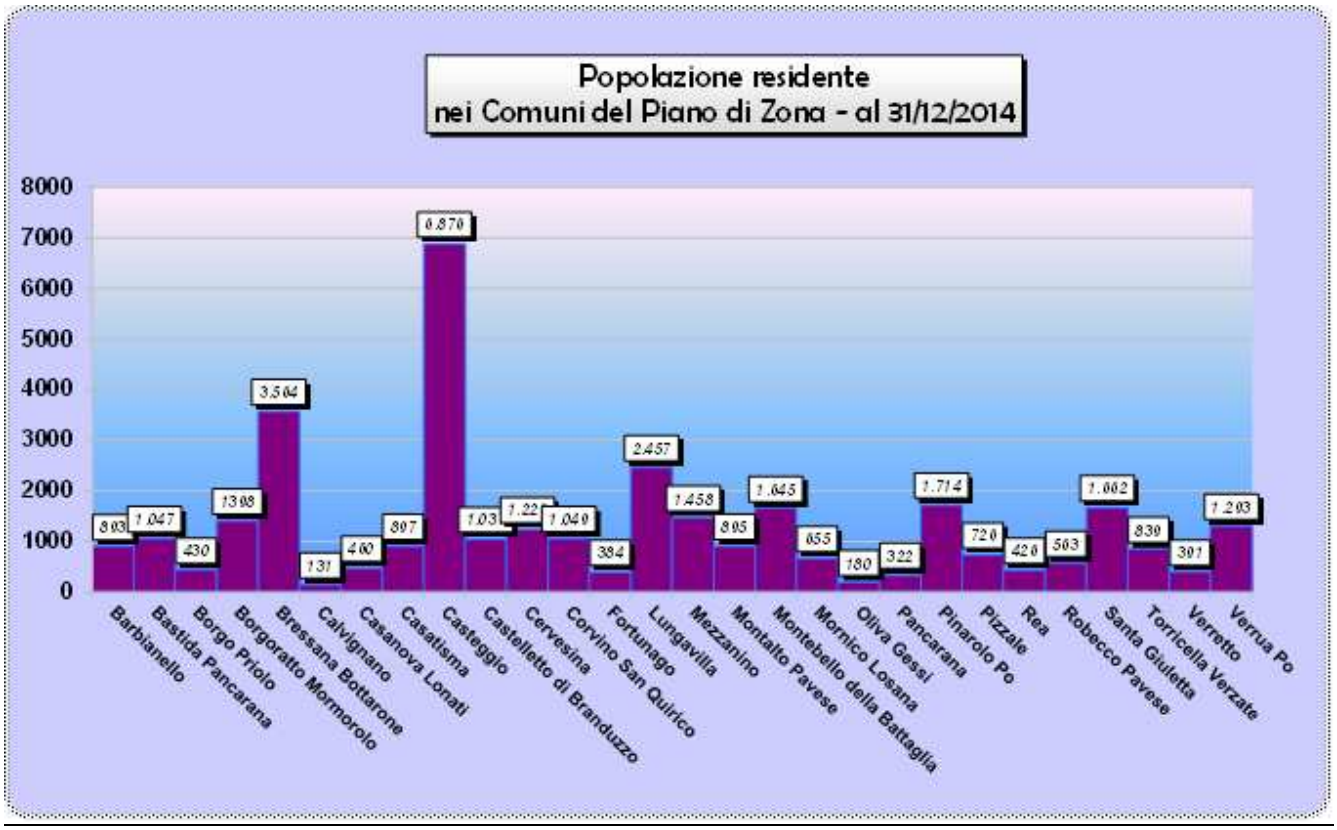
- **Unione dei Comuni Agora'** (Lungavilla, Verretto)
  Sede: P.zza Cap. Albini, 3 Lungavilla

ANALISI SOCIO-ECONOMICA DELLA POPOLAZIONE DEL DISTRETTO DI CASTEGGIO

DISTIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE DEL DISTRETTO DI CASTEGGIO AL 31.12.2014

COMUNI	POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31.12.2014
BARBIANELLO	**893**
BASTIDA PANCARANA	**1.047**
BORGORATTO MORMOROLO	**430**
BORGO PRIOLO	**1.398**
BRESSANA BOTTARONE	**3.564**
CALVIGNANO	**131**
CASANOVA LONATI	**460**
CASATISMA	**897**
CASTEGGIO	**6.876**
CASTELLETTO DI BRANDUZZO	**1.037**
CERVESINA	**1.229**
CORVINO SAN QUIRICO	**1.049**
FORTUNAGO	**384**
LUNGAVILLA	**2.457**
MEZZANINO	**1.458**
MONTALTO PAVESE	**895**
MONTEBELLO DELLA BATTAGLIA	**1.645**
MORNICO LOSANA	**655**
OLIVA GESSI	**180**
PANCARANA	**322**
PINAROLO PO	**1.714**
PIZZALE	**726**
REA	**426**
ROBECCO PAVESE	**563**
SANTA GIULETTA	**1.662**
TORRICELLA VERZATE	**839**
VERRETTO	**391**
VERRUA PO	**1.293**
TOTALE DISTRETTO CASTEGGIO	**34.621**

Dati comunali

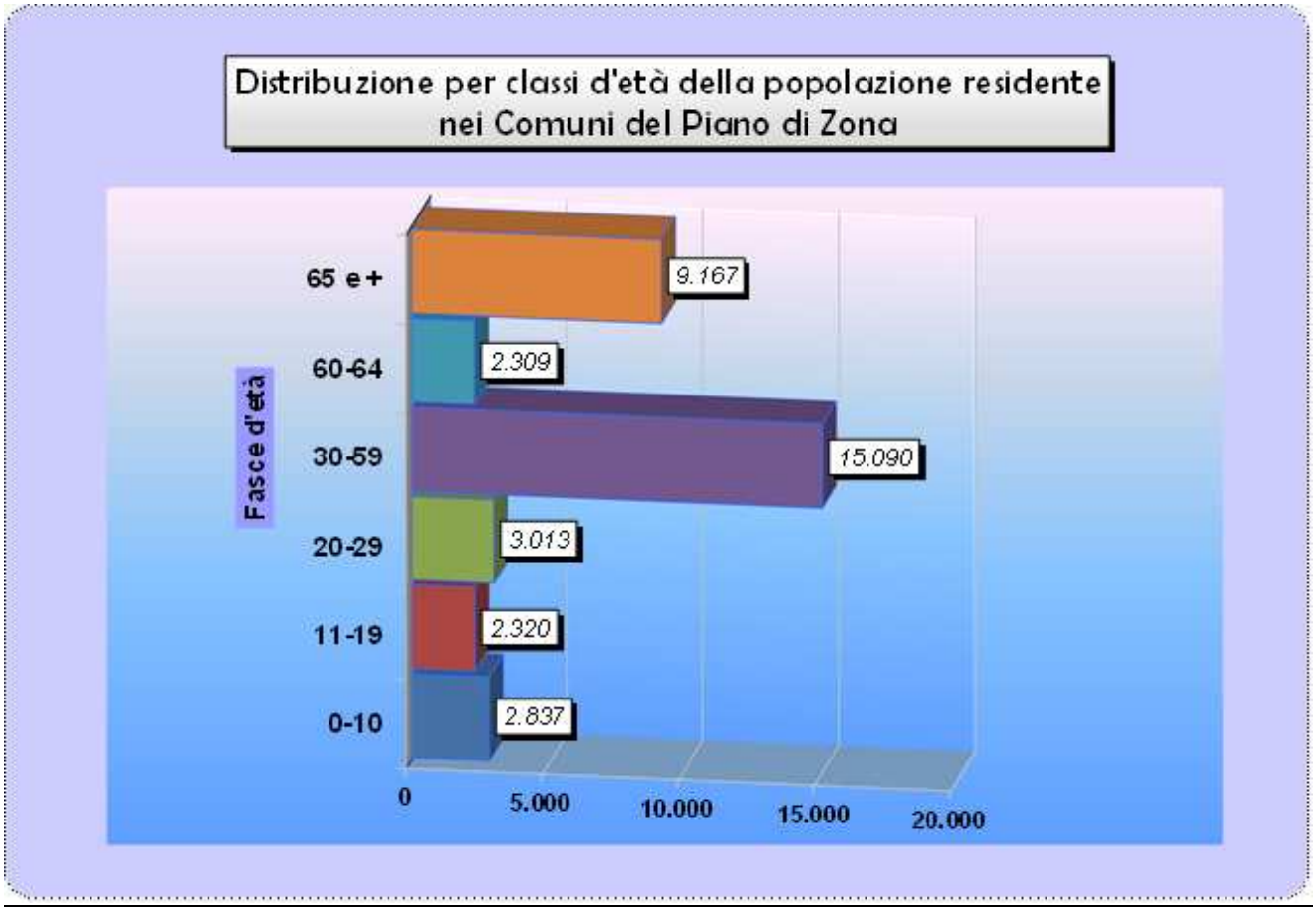

Popolazione residente
nei Comuni del Piano di Zona - al 31/12/2014
8000
7000
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
803
1.047
430
1308
3.504
131
460
807
6.870
1.031
1.221
1.049
384
2.457
1.458
805
1.045
655
180
322
1.714
720
420
563
1.662
839
301
1.203
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Casatisma
Casteggio
Castelletto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Montebello della Battaglia
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po

Popolazione residente ricostruita dal 2001 al 31/12/2013
nei Comuni del Piano di Zona
35.000
34.500
34.000
33.500
33.000
32.500
32.000
31.500
31.000
32.896
33.075
33.337
33.553
34.360
34.643
34.799
34.588
34.585
34.666
34736
ANNO 2001
ANNO 2002
ANNO 2003
ANNO 2004
ANNO 2005
ANNO 2006
ANNO 2007
ANNO 2008
ANNO 2009
ANNO 2010
ANNO 2011
ANNO 2012
ANNO 2013

POPOLAZIONE RESIDENTE AL 31.12.2014 DEL DISTRETTO DI CASTEGGIO-SUDDIVISA PER FASCE D'ETA'

Nella tabella seguente vengono indicate le classi d'età del Distretto di Casteggio. E' possibile individuare l'indice d'invecchiamento (rapporto percentuale tra la popolazione dai 65 anni e il totale della popolazione) e l'indice di vecchiaia (rapporto percentuale tra la popolazione di età uguale e superiore ai 65 anni e la popolazione 0-17 anni).

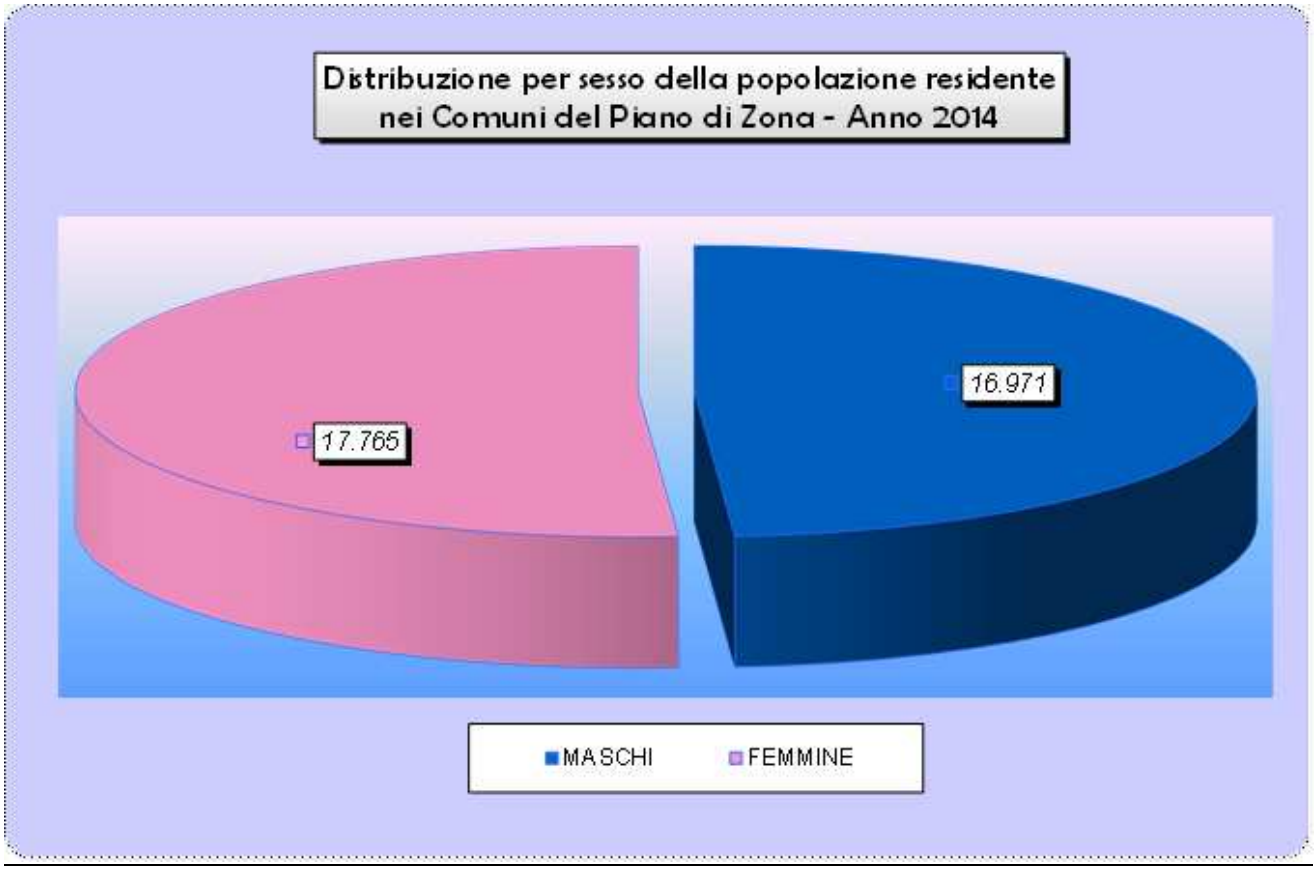
CLASSIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE NEL DISTRETTO DI CASTEGGIO PER CLASSI DI ETA' AL 31/12/2014												
COMUNI	0/2	di cui stranieri	6/18	di cui stranieri	19/64	di cui stranieri	65+	DI CUI OVER 90	N. FAMIGLIE	di cui straniere	FAMIGLIE CON 3 O PIU' FIGLI	di cui straniere
BARBIANELLO	18	5	100	16	560	57	215	16	368	22	12	4
BASTIDA PANCARANA	25	7	114	12	625	75	283	10	446	42	12	4
BORGORATTO MORMOROLO	12	6	23	5	268	79	127	9	223	52	2	1
BORGO PRIOLO	11	1	124	21	389	136	874	24	644	58	6	2
BRESSANA BOTTARONE	93	20	395	79	2158	247	918	27	1541	146	35	15
CALVIGNANO	2	1	8	2	79	16	42	2	59	7	4	2
CASANAOVA LONATI	10	3	61	7	279	42	110	7	202	24	6	1
CASATISMA	28	4	85	13	566	67	218	7	385	28	3	2
CASTEGGIO	77	17	653	95	4060	610	2086	139	3143	296	60	14
CASTELLETTO DI BRANDUZZO	23	2	93	13	664	53	257	15	443	28	3	1
CERVESINA	27	2	136	8	1044	33	22	22	529	20	12	2
CORVINO SAN QUIRICO	20	4	82	6	571	37	376	23	481	21	7	0
FORTUNAGO	7	3	29	3	189	38	159	20	226	22	0	
LUNGAVILLA	35	8	136	25	725	126	1561	18	1075	66	12	1
MEZZANINO	31	7	126	19	868	88	433	14	666	35	8	4
MONTALTO PAVESE	17	5	81	16	472	105	325	15	442	58	7	5
MONTEBELLO DELLA BATTAGLIA	12	2	182	18	1128	103	323	21	715	52	35	8
MORNICO LOSANA	12	4	51	5	396	60	196	10	326	31	4	1
OLIVA GESSI	1	0	16	1	108	106	55	6	80	17	2	0
PANCARANA	7	0	27	5	201	15	87	5	140	8	1	0
PINAROLO PO	17	2	194	22	997	83	506	30	741	40	18	5
PIZZALE	18	0	57	1	415	15	236	12	332	14	2	0
REA	8	1	35	7	251	18	132	7	204	9	3	1
ROBECCO PAVESE	11	0	57	2	332	28	163	8	239	14	3	0
SANTA GIULETTA	29	9	166	31	998	143	469	24	761	86	2	2
TORRICELLA VERZATE	12	4	87	10	492	45	248	7	359	24	6	1
VERRETTO	7	0	44	1	235	4	105	5	164	2	4	0
VERRUA PO	10	2	173	5	832	24	278	14	600	16	6	0
TOTALI	580	119	3335	448	19902	2453	10804	517	1238	1238	275	76

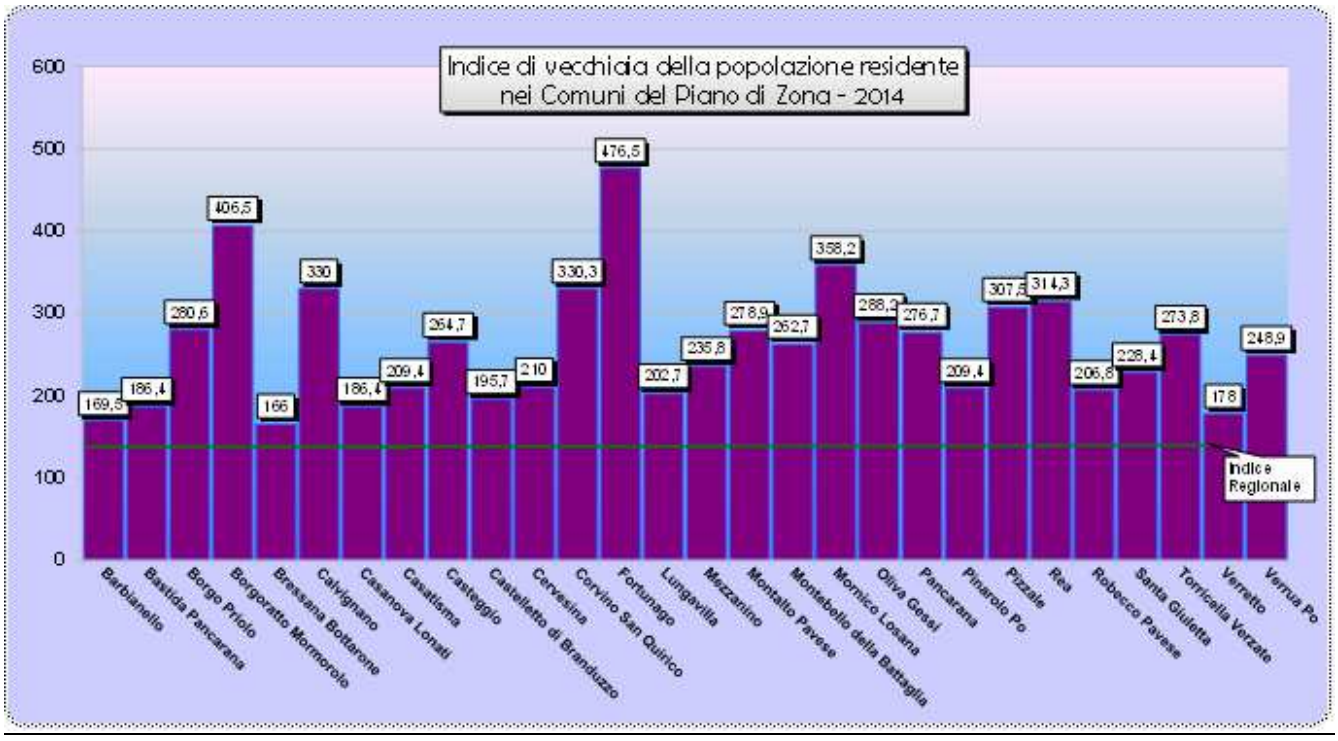


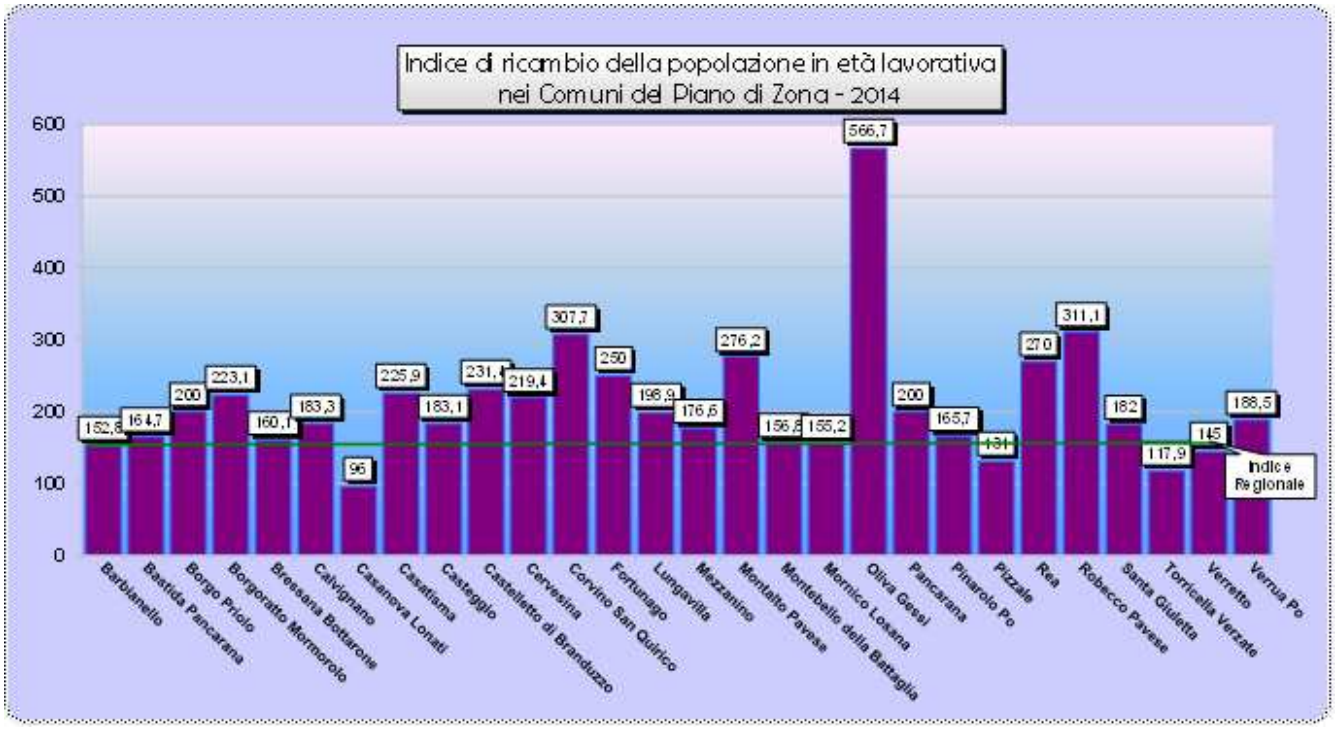
Anziani residenti nel Distretto di Casteggio, suddivisi per classi d'età

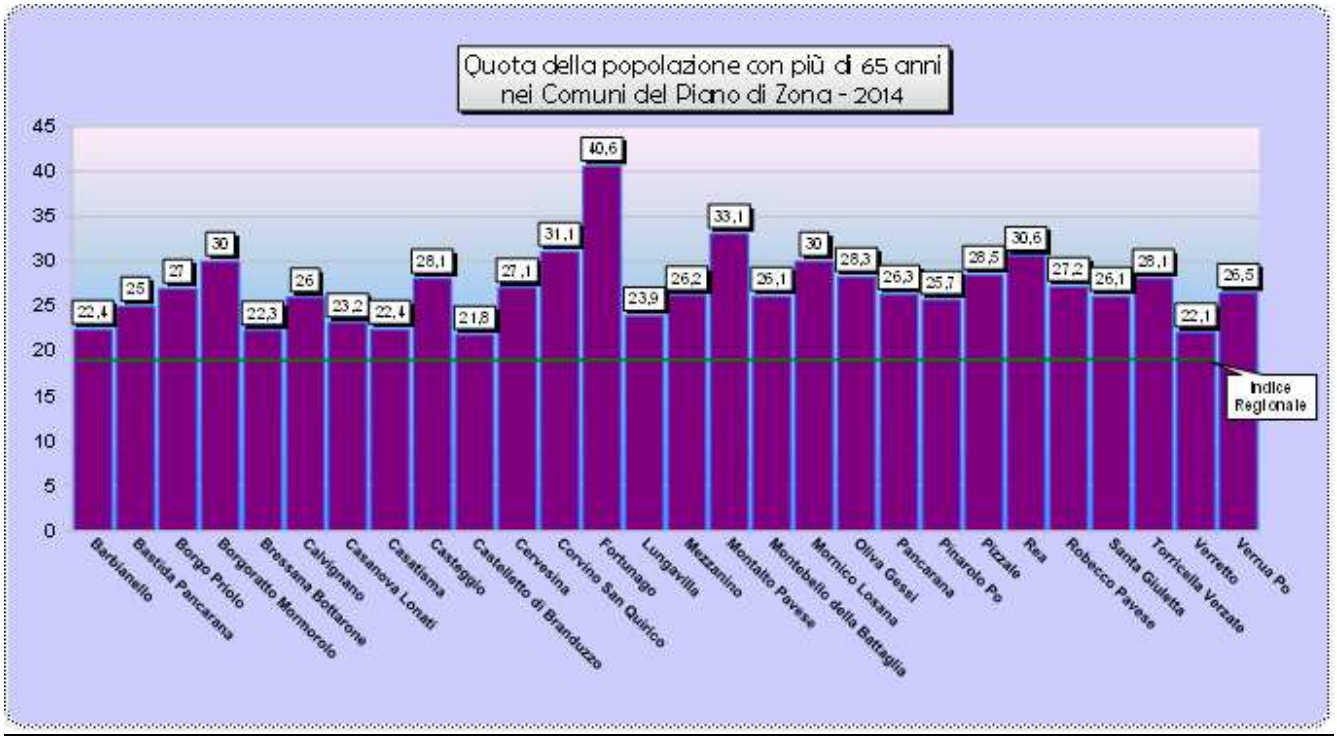
	Distretto di Casteggio		Provincia di Pavia	
CLASSI DI ETA'	Numero	%	Numero	%
65-89 anni	10287	29,71	117.586	21,45
90 anni +	517	1,49	5.092	0.93
TOTALE	10.804	31,2	122.678	22,38

Totale popolazione Provincia di Pavia n. 548307


Distribuzione per sesso della popolazione residente nei Comuni del Piano di Zona - Anno 2014
17.765
16.971
MASCHI
FEMMINE


Indice di vecchiaia della popolazione residente nei Comuni del Piano di Zona - 2014
600
500
400
300
200
100
0
169,5
186,4
280,6
406,5
166
330
186,4
209,4
264,7
195,7
210
330,3
476,5
202,7
235,8
278,9
262,7
358,2
288,2
276,7
209,4
307,5
314,3
206,8
228,4
273,8
178
248,9
Indice Regionale
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Casatisma
Casteggio
Castelletto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Montebello della Battaglia
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po


Indice di ricambio della popolazione in età lavorativa
nei Comuni del Piano di Zona - 2014
600
500
400
300
200
100
0
152,8
164,7
200
223,1
160,1
183,3
96
225,9
183,1
231,4
219,4
307,7
250
198,9
176,6
276,2
156,8
155,2
566,7
200
165,7
134
270
311,1
182
117,9
145
188,5
Indice Regionale
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Castelletto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po

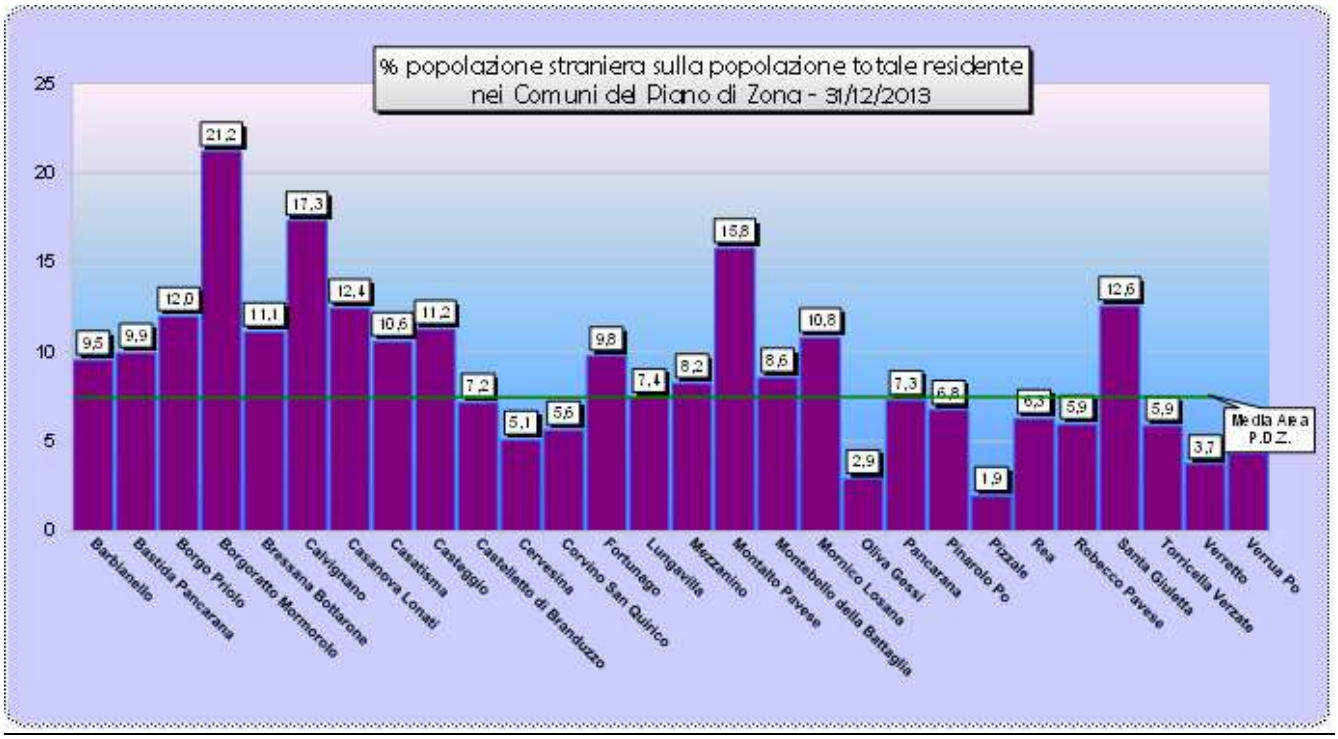

Quota della popolazione con più di 65 anni
nei Comuni del Piano di Zona - 2014
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
22,4
25
27
30
22,3
26
23,2
22,4
28,1
21,8
27,1
31,1
40,6
23,9
26,2
33,1
26,1
30
28,3
26,3
25,7
28,5
30,6
27,2
26,1
28,1
22,1
26,5
Indice Regionale
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Castelletto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po

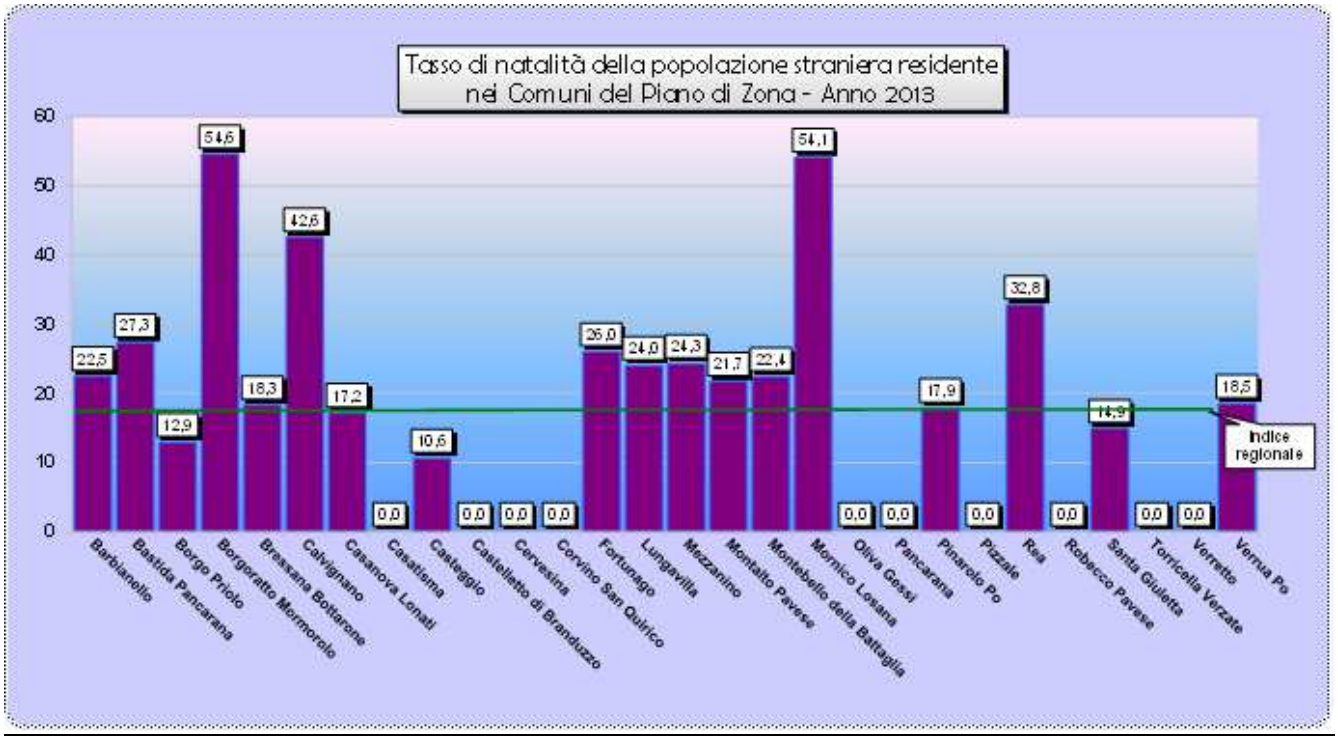
POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE NEL DISTRETTO DI CASTEGGIO

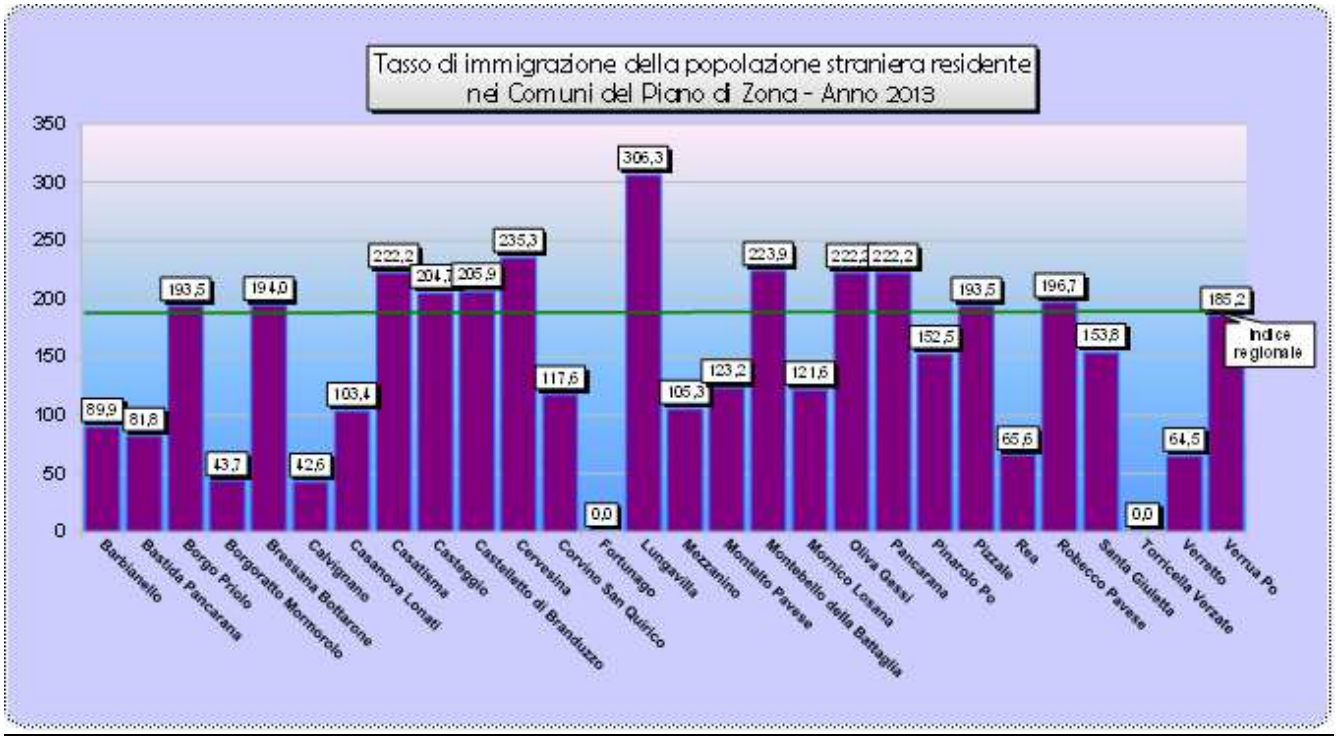
Elaborando i dati pervenuti dai vari Comuni del Distretto e con l'ausilio dei dati ISTAT è stato possibile verificare l'incremento della popolazione straniera residente sul territorio del Distretto nel corso del triennio 2012-2014.
La prima tabella indica l'evoluzione della popolazione straniera nel corso del 2013; i grafici seguenti mostrano l'incidenza, il tasso di natalità della popolazione straniera, il tasso di immigrazione ed emigrazione e la distribuzione per classi d'età.

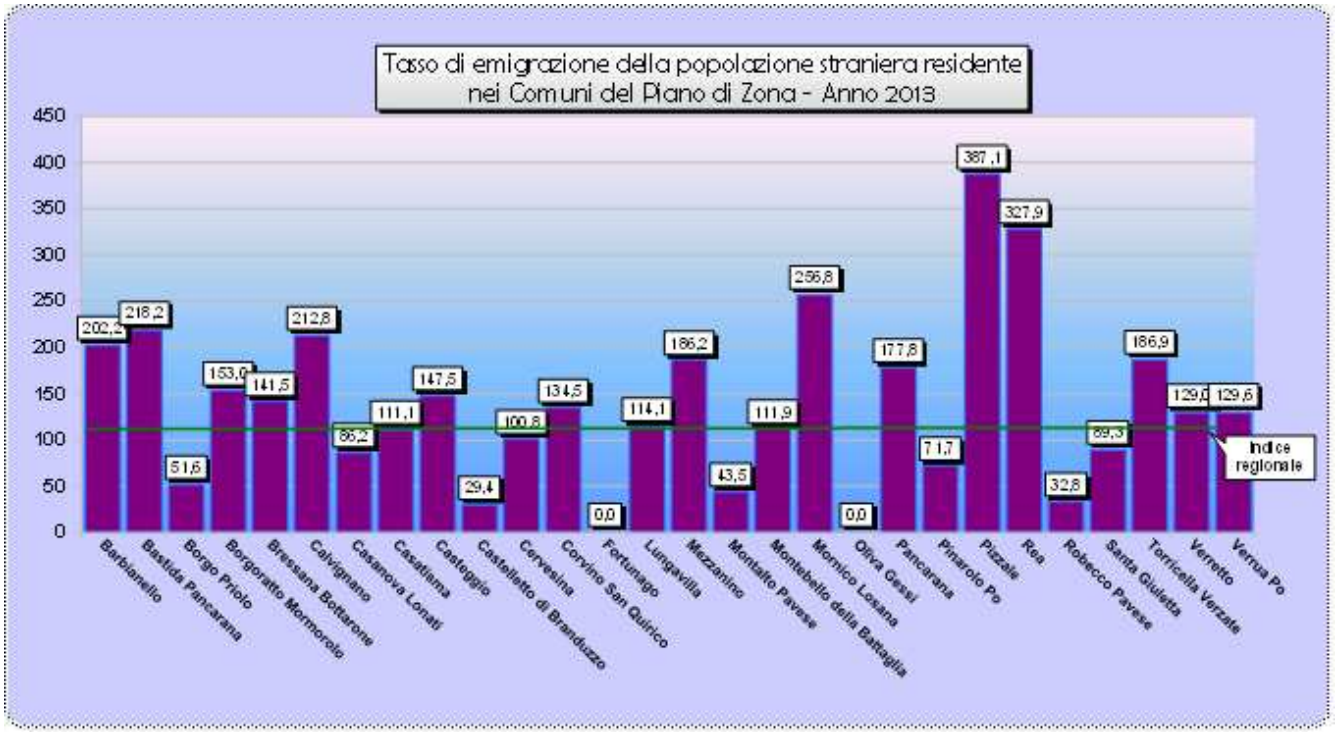
Cittadini stranieri. Bilancio demografico.
Comunale. Anno 2013

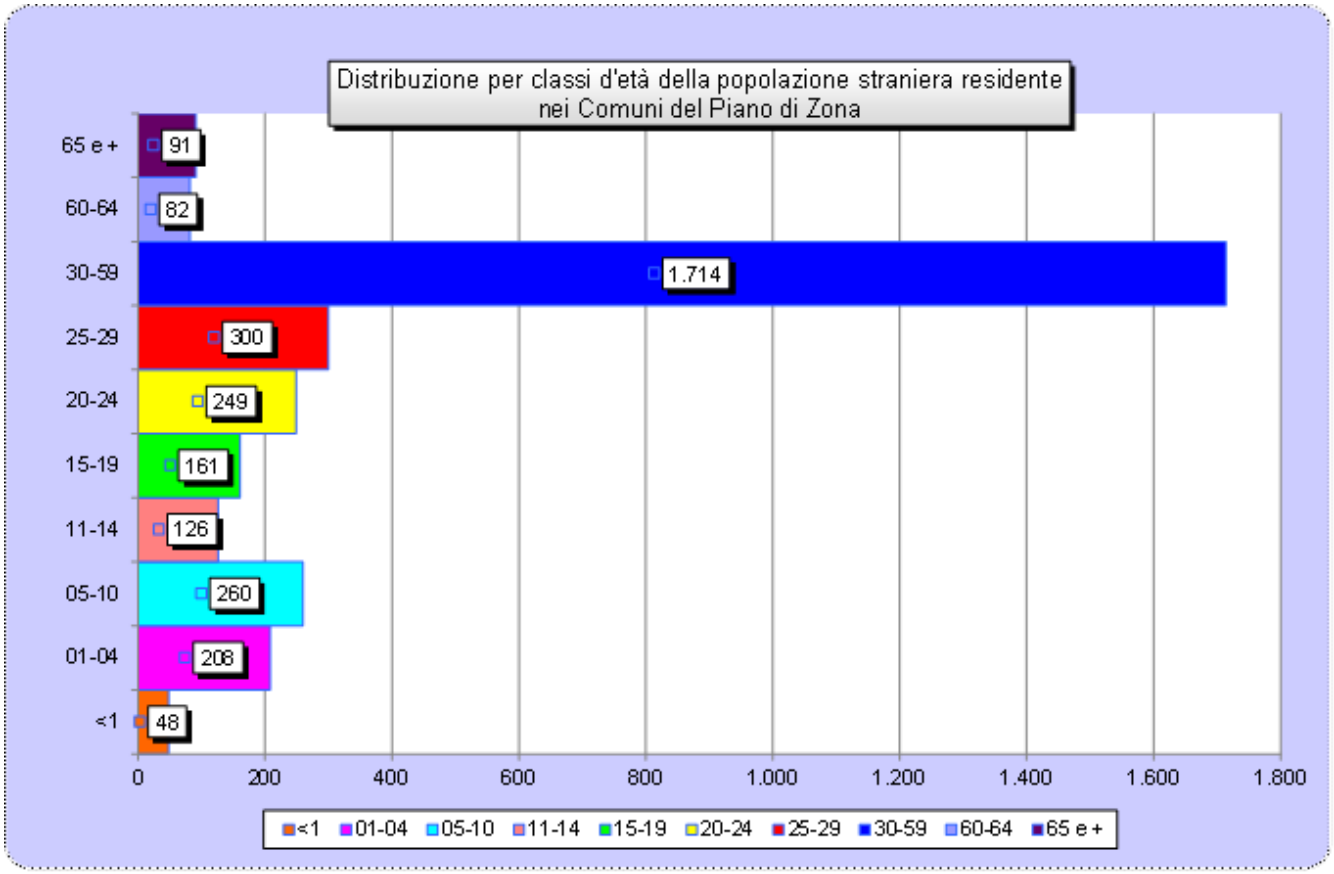
Codice Istat		Residenti al 1° gennaio	Movimenti naturali		Movimenti migratori		Residenti al 31-dic
			Nati vivi	Morti	Iscritti	Cancellati	
18008	Barbianello	93	2	0	8	18	85
18011	Bastida Pancarana	116	3	0	9	24	104
18016	Borgo Priolo	143	2	0	30	8	167
18017	Borgoratto Mormorolo	94	5	0	4	14	89
18023	Bressana Bottarone	368	7	0	74	54	395
18025	Calvignano	25	1	0	1	5	22
18031	Casanova Lonati	57	1	0	6	5	59
18032	Casatisma	85	0	0	20	10	95
18037	Casteggio	727	8	0	154	111	778
18038	Castelletto di Branduzzo	62	0	0	14	2	74
18047	Cervesina	56	0	1	14	6	63
18057	Corvino San Quirico	60	0	0	7	8	59
18064	Fortunago	38	1	0	0	0	39
18084	Lungavilla	149	4	1	51	19	184
18092	Mezzanino	127	3	0	13	23	120
18094	Montalto Pavese	131	3	0	17	6	145
18095	Montebello della Battaglia	125	3	0	30	15	143
18101	Mornico Losana	77	4	0	9	19	71
18105	Oliva Gessi	4	0	0	1	0	5
18108	Pancarana	22	0	0	5	4	23
18115	Pinarolo Po	106	2	0	17	8	117
18116	Pizzale	17	0	0	3	6	14
18119	Rea	34	1	0	2	10	27
18124	Robecco Pavese	28	0	0	6	1	33
18140	Santa Giuletta	194	3	1	31	18	209
18161	Torricella Verzate	59	0	1	0	10	48
18174	Verretto	16	0	0	1	2	15
18175	Verrua Po	52	1	0	10	7	56
	Totale comuni PDZ	**3.065**	**54**	**4**	**537**	**413**	**3.239**


% popolazione straniera sulla popolazione totale residente nei Comuni del Piano di Zona - 31/12/2013
25
20
15
10
5
0
9,5
9,9
12,0
21,2
11,1
17,3
12,4
10,6
11,2
7,2
5,1
5,6
9,8
7,4
8,2
15,8
8,6
10,8
2,9
7,3
6,8
1,9
6,5
5,9
12,6
5,9
3,7
Media Area P.D.Z.
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Casatisma
Casteggio
Castellatto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Montebello della Battaglia
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robbecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po


Tasso di natalità della popolazione straniera residente nei Comuni del Piano di Zona - Anno 2013
60
50
40
30
20
10
0
22,5
27,3
12,9
54,6
18,3
42,6
17,2
0,0
10,6
0,0
0,0
0,0
26,0
24,0
24,3
21,7
22,4
54,1
0,0
0,0
17,9
0,0
32,8
0,0
14,9
0,0
0,0
18,5
Indice regionale
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Casatisma
Casteggio
Castellatto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Montebello della Battaglia
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robbecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po


Tasso di immigrazione della popolazione straniera residente nei Comuni del Piano di Zona - Anno 2013
350
300
250
200
150
100
50
0
89,9
81,8
193,5
43,7
194,0
42,6
103,4
222,2
204,7
205,9
235,3
117,6
0,0
306,3
105,3
123,2
223,9
121,6
222,2
222,2
152,5
193,5
65,6
196,7
153,8
0,0
64,5
185,2
Indice regionale
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Casatisma
Casteggio
Castelletto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Montebello della Battaglia
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po


Tasso di emigrazione della popolazione straniera residente nei Comuni del Piano di Zona - Anno 2013
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
202,2
218,2
51,6
153,0
141,5
212,8
89,2
111,1
147,8
29,4
100,8
134,5
0,0
114,1
186,2
43,5
111,9
256,8
0,0
177,8
71,7
387,1
327,9
32,8
89,5
186,9
129,0
129,6
Indice regionale
Barbianello
Bastida Pancarana
Borgo Priolo
Borgoratto Mormorolo
Bressana Bottarone
Calvignano
Casanova Lonati
Casatisma
Casteggio
Castelletto di Branduzzo
Cervesina
Corvino San Quirico
Fortunago
Lungavilla
Mezzanino
Montalto Pavese
Montebello della Battaglia
Mornico Losana
Oliva Gessi
Pancarana
Pinarolo Po
Pizzale
Rea
Robecco Pavese
Santa Giuletta
Torricella Verzate
Verretto
Verrua Po

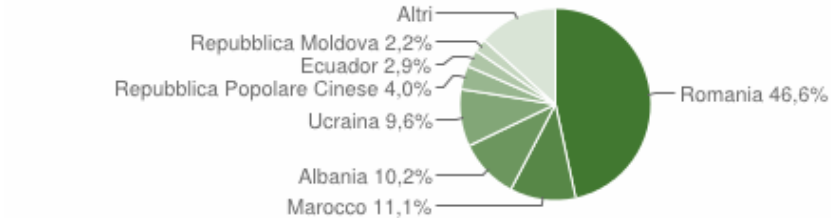


Nelle rilevazioni seguenti vengono riportati, per ciascun comune del Distretto di Casteggio, i dati specifici sugli stranieri residenti con indicazione puntuale del numero, dell'area di provenienza, della nazionalità di provenienza e della loro incidenza sulla popolazione. I dati sono aggiornati al 31/12/2013

Comune di CASTEGGIO

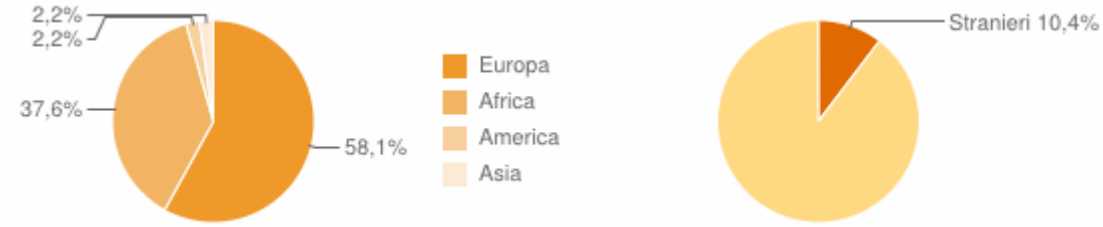
Gli stranieri residenti a Casteggio al 1° gennaio 2 013 sono **727** e rappresentano il 10,6% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 46,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (11,1%) e dall'**Albania** (10,2%).

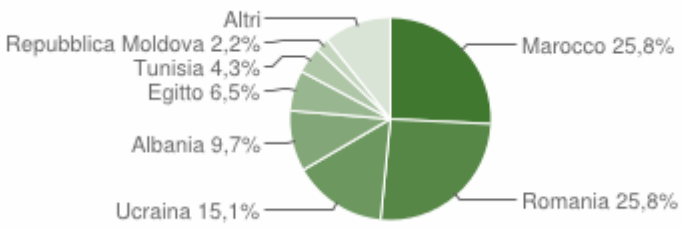


Comune di BARBIANELLO

Gli stranieri residenti a Barbianello al 1° gennaio 2013 sono **93** e rappresentano il 10,4% della popolazione residente.

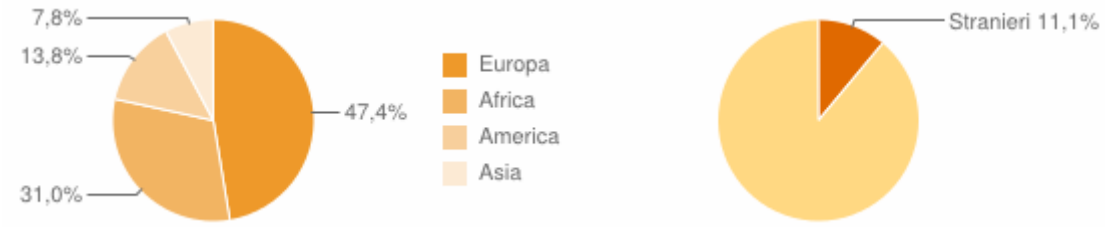


La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal **Marocco** con il 25,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (25,8%) e dall'**Ucraina** (15,1%).

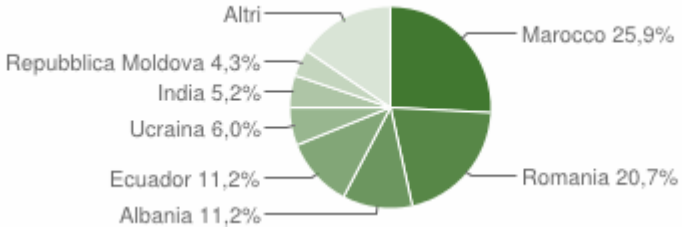


Comune di BASTIDA PANCARANA

Gli stranieri residenti a Bastida Pancarana al 1° gennaio 2013 sono **116** e rappresentano l'11,1% della popolazione residente.



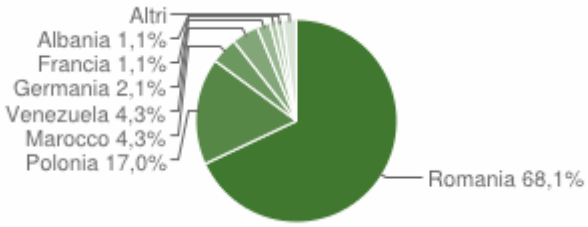
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal **Marocco** con il 25,9% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Romania** (20,7%) e dall'**Albania** (11,2%).



Comune di BORGORATTO MORMOROLO

Gli stranieri residenti a Borgoratto Mormorolo al 1° gennaio 2013 sono **94** e rappresentano il 22,1% della popolazione residente.

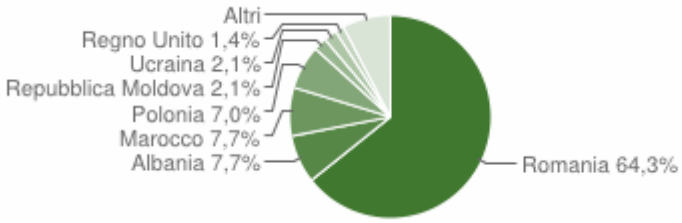
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 68,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla **Polonia** (17,0%).



Comune di BORGO PRIOLO

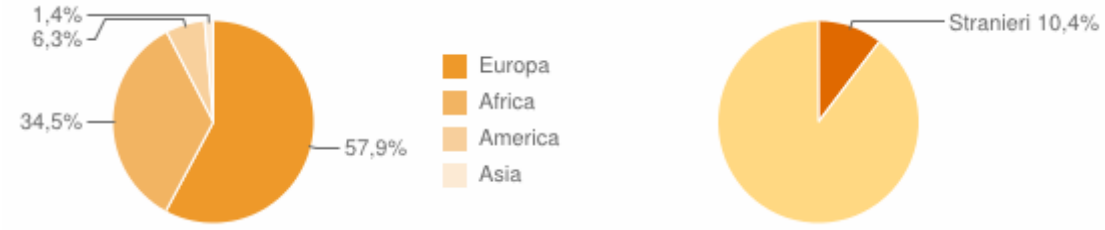
Gli stranieri residenti a Borgo Priolo al 1° gennaio 2013 sono **143** e rappresentano il 10,3% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 64,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (7,7%) e dal **Marocco** (7,7%).

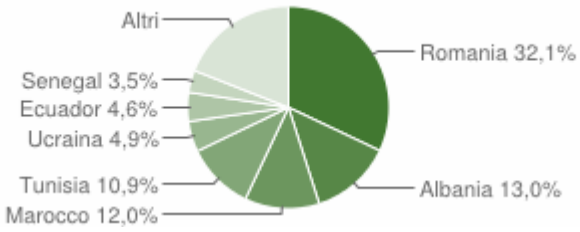


Comune di BRESSANA BOTTARONE

Gli stranieri residenti a Bressana Bottarone al 1° gennaio 2013 sono **368** e rappresentano il 10,4% della popolazione residente.



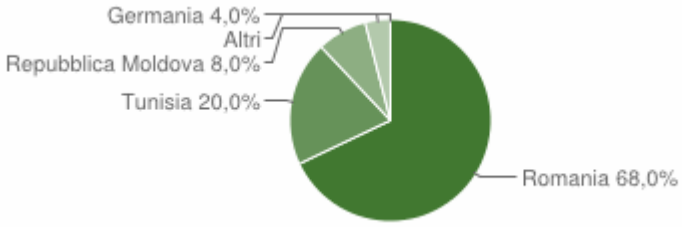
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 32,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (13,0%) e dal **Marocco** (12,0%).



Comune di CALVIGNANO

Gli stranieri residenti a Calvignano al 1° gennaio 2013 sono **25** e rappresentano il 19,2% della popolazione residente.

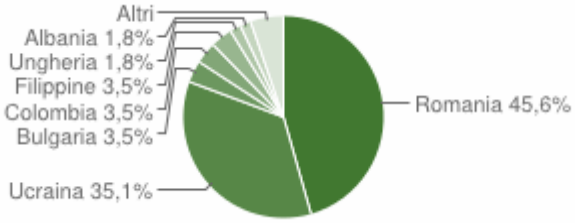
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 68,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Comune di CASANOVA LONATI

Gli stranieri residenti a Casanova Lonati al 1° gen naio 2013 sono **57** e rappresentano l'11,7% della popolazione residente.

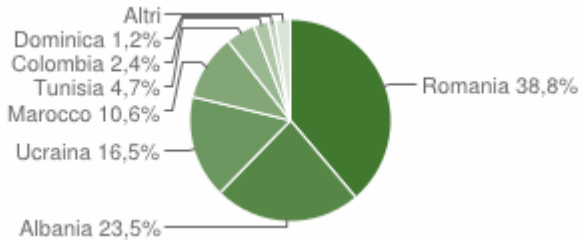
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 45,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Ucraina** (35,1%).



Comune di CASATISMA

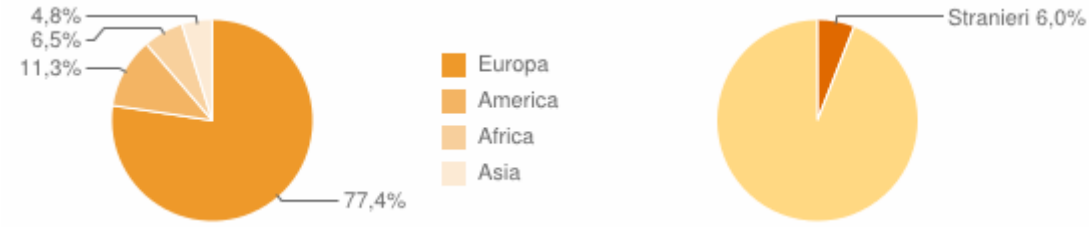
Gli stranieri residenti a Casatisma al 1° gennaio 2 013 sono **85** e rappresentano il 9,4% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 38,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (23,5%) e dall'**Ucraina** (16,5%).

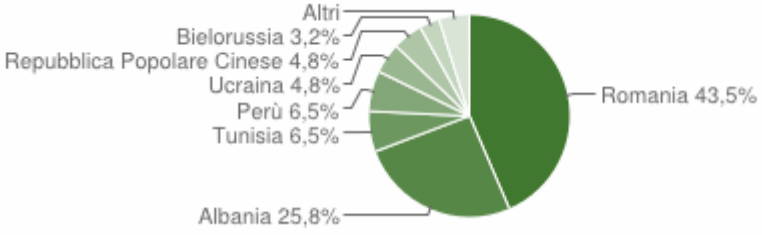


Comune di CASTELLETTO DI BRANDUZZO

Gli stranieri residenti a Castelletto di Branduzzo al 1° gennaio 2013 sono **62** e rappresentano il 6,0% della popolazione residente.



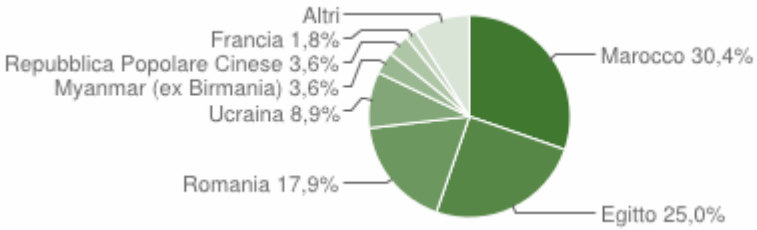
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 43,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (25,8%).



Comune di CERVESINA

Gli stranieri residenti a Cervesina al 1° gennaio 2 013 sono **56** e rappresentano il 4,6% della popolazione residente.

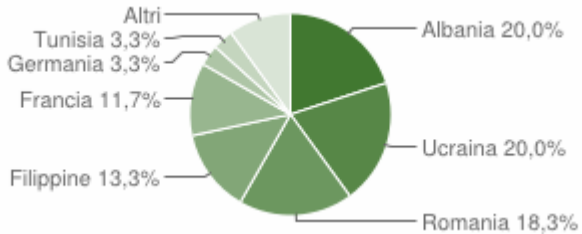
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal **Marocco** con il 30,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Egitto** (25,0%).



Comune di CORVINO SAN QUIRICO

Gli stranieri residenti a Corvino San Quirico al 1° gennaio 2013 sono **60** e rappresentano il 5,7% della popolazione residente.

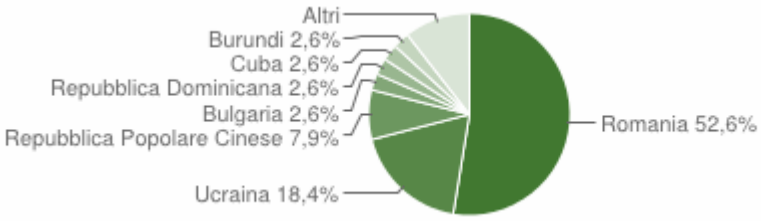
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'**Albania** con il 20,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Ucraina** (20,0%) e dalla **Romania** (18,3%).



Comune di FORTUNAGO

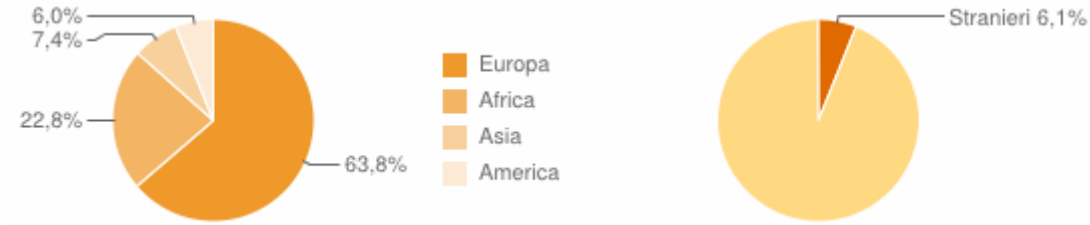
Gli stranieri residenti a Fortunago al 1° gennaio 2 013 sono **38** e rappresentano il 9,7% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 52,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.

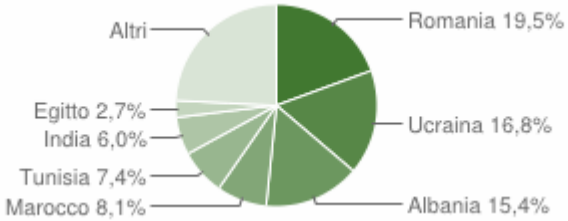


Comune di LUNGAVILLA

Gli stranieri residenti a Lungavilla al 1° gennaio 2013 sono **149** e rappresentano il 6,1% della popolazione residente.

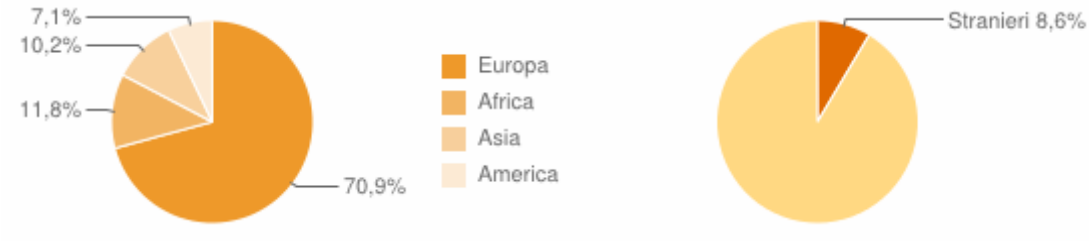


La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 19,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Ucraina** (16,8%) e dall'**Albania** (15,4%).

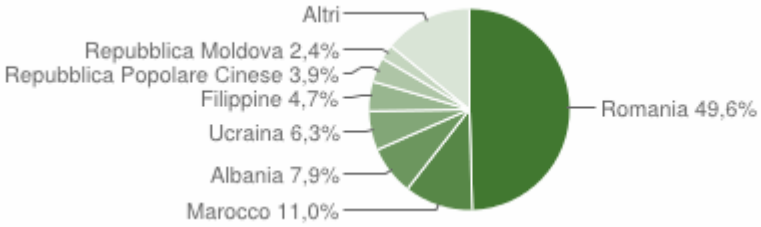


Comune di MEZZANINO

Gli stranieri residenti a Mezzanino al 1° gennaio 2 013 sono **127** e rappresentano l'8,6% della popolazione residente.



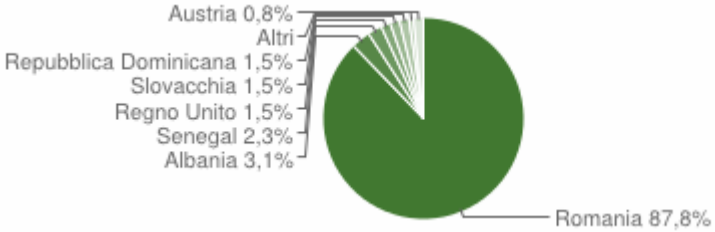
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 49,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (11,0%).



Comune di MONTALTO PAVESE

Gli stranieri residenti a Montalto Pavese al 1° gen naio 2013 sono **131** e rappresentano il 14,3% della popolazione residente.

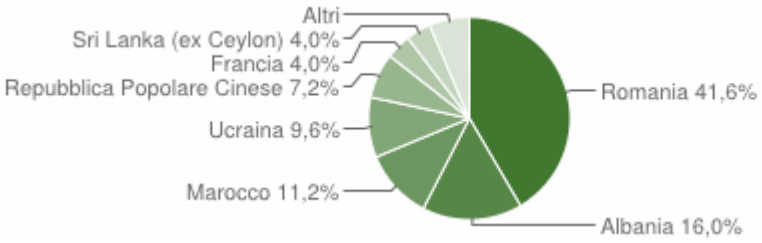
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 87,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Comune di MONTEBELLO DELLA BATTAGLIA

Gli stranieri residenti a Montebello della Battaglia al 1° gennaio 2013 sono **125** e rappresentano il 7,5% della popolazione residente.

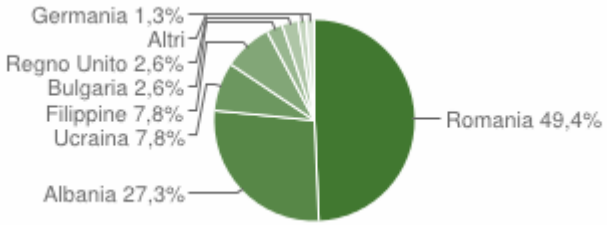
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 41,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (16,0%) e dal **Marocco** (11,2%).



Comune di MORNICO LOSANA

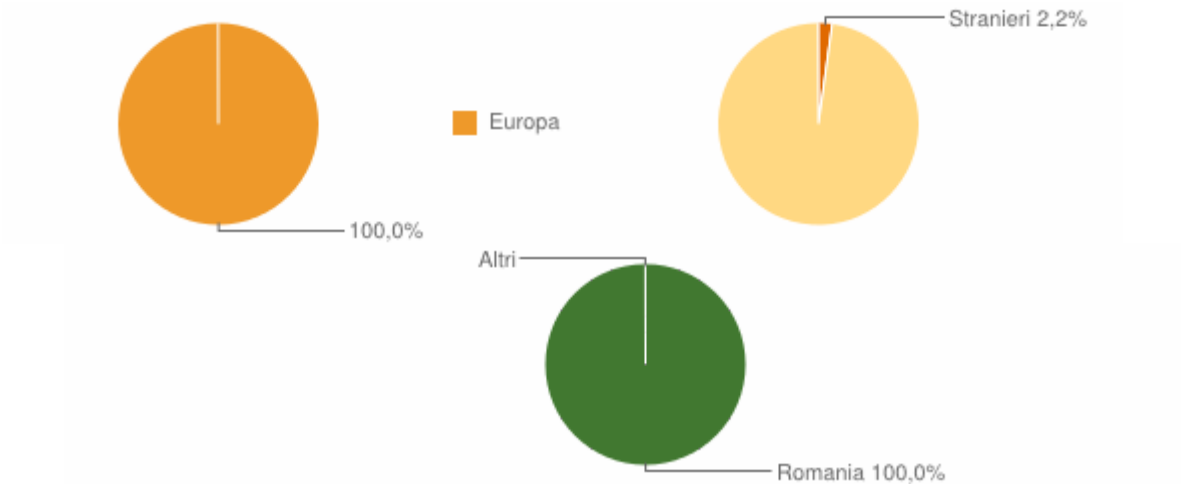
Gli stranieri residenti a Mornico Losana al 1° genn aio 2013 sono **77** e rappresentano l'11,3% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 49,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (27,3%).



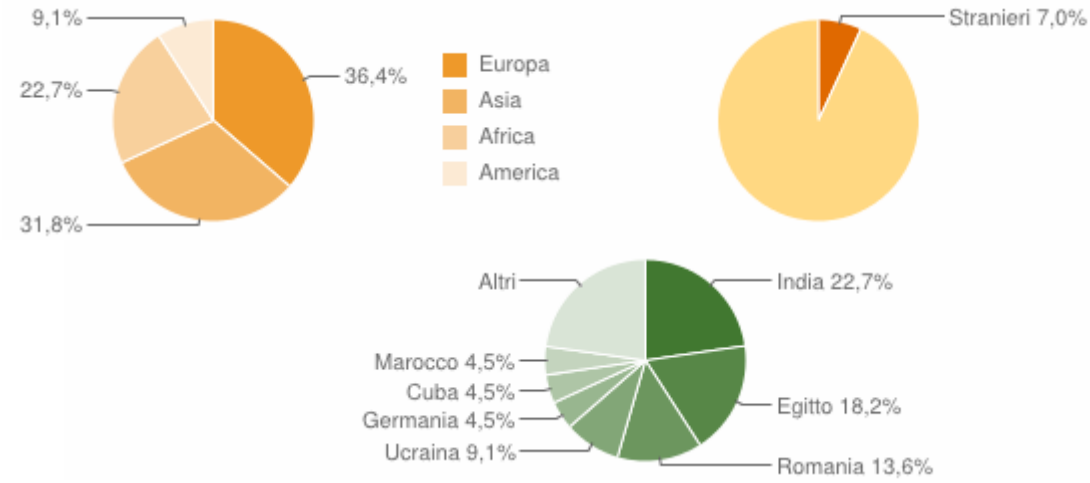
Comune di OLIVA GESSI

Gli stranieri residenti a Oliva Gessi al 1° gennaio 2013 sono **4** e sono tutti provenienti dalla **Romania**, rappresentando il 2,2% della popolazione residente.



Comune di PANCARANA

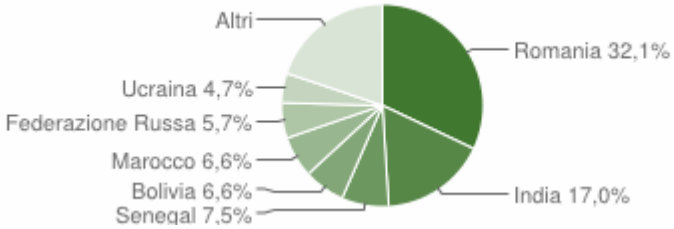
Gli stranieri residenti a Pancarana al 1° gennaio 2013 sono **22** e rappresentano il 7,0% della popolazione residente.



Comune di PINAROLO PO

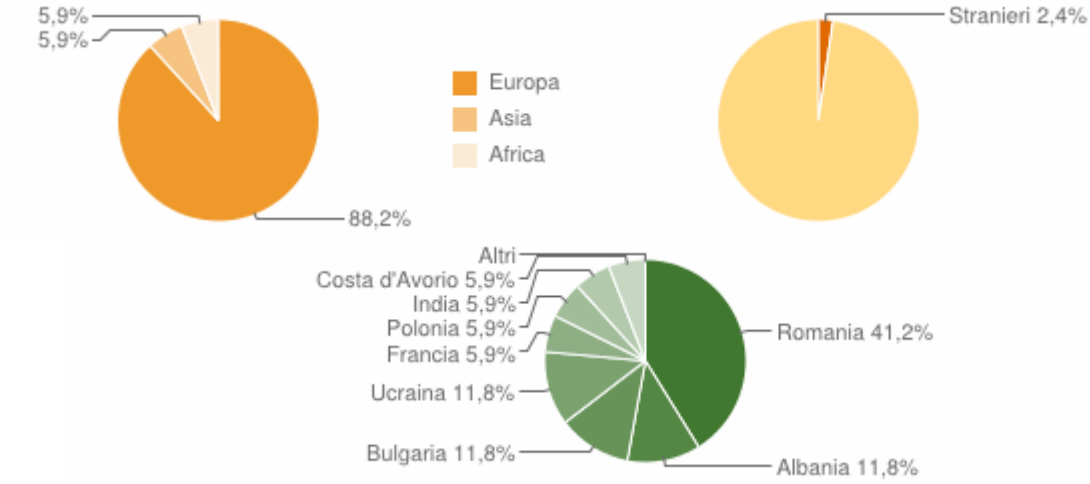
Gli stranieri residenti a Pinarolo Po al 1° gennaio 2013 sono **106** e rappresentano il 6,2% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 32,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**India** (17,0%).



Comune di PIZZALE

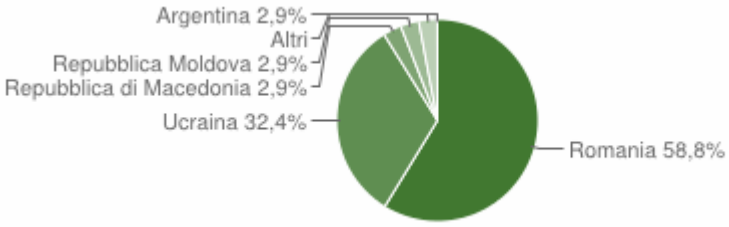
Gli stranieri residenti a Pizzale al 1° gennaio 2013 sono **17** e rappresentano il 2,4% della popolazione residente.



Comune di REA

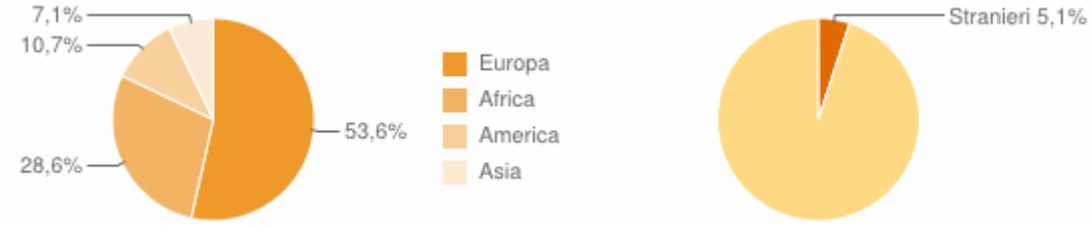
Gli stranieri residenti a Rea al 1° gennaio 2013 sono **34** e rappresentano il 7,6% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 58,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Ucraina** (32,4%).

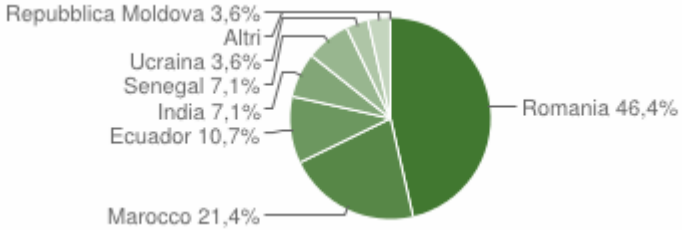


Comune di ROBECCO PAVESE

Gli stranieri residenti a Robecco Pavese al 1° gennaio 2013 sono **28** e rappresentano il 5,1% della popolazione residente.



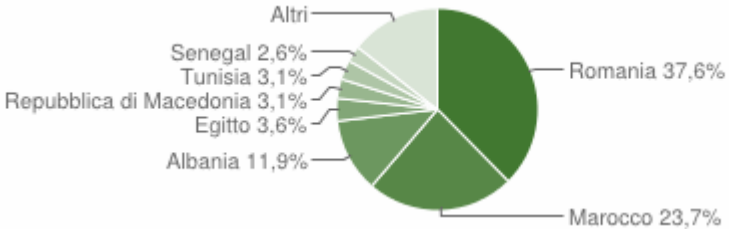
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 46,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Comune di SANTA GIULETTA

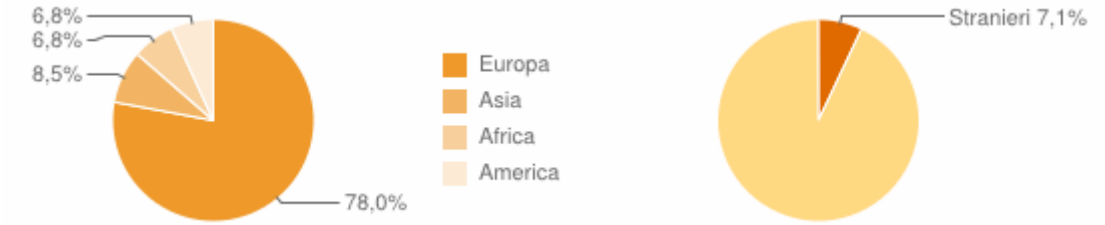
Gli stranieri residenti a Santa Giuletta al 1° genn aio 2013 sono **194** e rappresentano l'11,7% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 37,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (23,7%) e dall'**Albania** (11,9%).

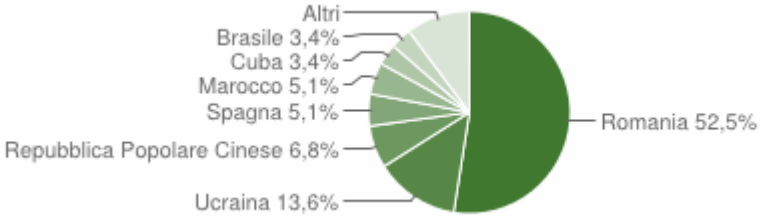


Comune di TORRICELLA VERZATE

Gli stranieri residenti a Torricella Verzate al 1° gennaio 2013 sono **59** e rappresentano il 7,1% della popolazione residente.



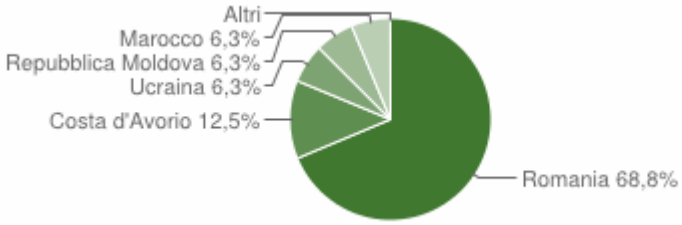
La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 52,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Comune di VERRETTO

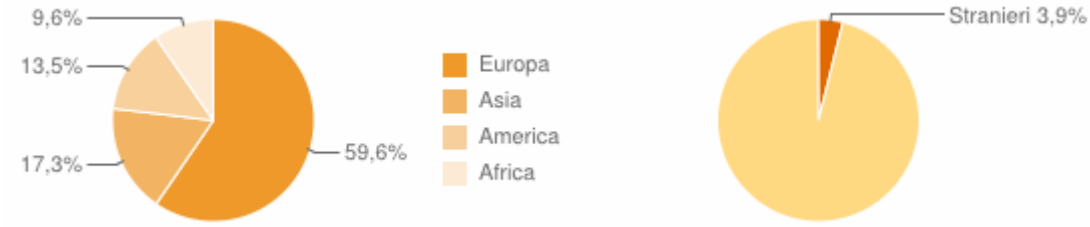
Gli stranieri residenti a Verretto al 1° gennaio 20 13 sono **16** e rappresentano il 4,0% della popolazione residente.

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 68,8% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.

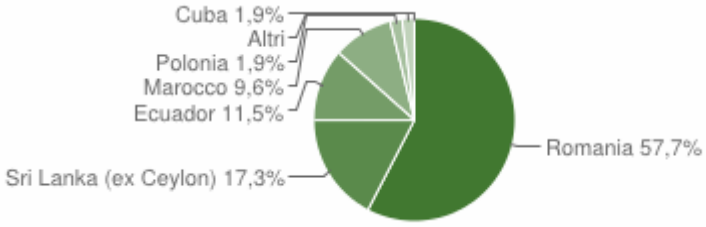


Comune di VERRUA PO

Gli stranieri residenti a Verrua Po al 1° gennaio 2 013 sono **52** e rappresentano il 3,9% della popolazione residente.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 57,7% di tutti gli stranieri presenti sul territorio.



Analisi della struttura della popolazione nel Distretto di Casteggio

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo progressiva, stazionaria o regressiva a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.

Vengono presi in considerazione, per ciascun Comune del Distretto, i principali indicatori della struttura della popolazione:

- **Indice di vecchiaia:** Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni 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.
- **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.

Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.

Comune DATI AL 01.01.2014	*0-14 anni*	*15-64 anni*	*65+ anni*	*Totale residenti*	*Età media*
Barbianello	118	573	200	891	**45,5**
Bastida Pancarana	140	645	261	1.046	**45,5**
Borgo Priolo	134	884	376	1.394	**48,2**
Borgoratto Mormorolo	31	263	126	420	**50,4**
Bressana Bottarone	477	2.281	792	3.550	**44,5**
Calvignano	10	84	33	127	**47,4**
Casanova Lonati	71	310	106	487	**44,5**
Casatisma	96	602	201	899	**45,8**
Casteggio	734	4.241	1.943	6.918	**48,0**
Castelletto di Branduzzo	115	693	225	1.033	**46,0**
Cervesina	160	746	336	1.242	**47,0**
Corvino San Quirico	99	624	327	1.050	**50,1**
Fortunago	34	203	162	399	**54,3**
Lungavilla	292	1.593	592	2.477	**46,1**
Mezzanino	162	912	382	1.456	**47,4**
Montalto Pavese	109	505	304	918	**49,7**
Montebello della Battaglia	166	1.067	436	1.669	**48,0**
Mornico Losana	55	405	197	657	**50,0**
Oliva Gessi	17	107	49	173	**50,7**
Pancarana	30	202	83	315	**48,6**
Pinarolo Po	212	1.074	444	1.730	**46,9**
Pizzale	67	449	206	722	**48,1**
Rea	42	257	132	431	**50,2**
Robecco Pavese	73	331	151	555	**47,5**
Santa Giuletta	190	1.040	434	1.664	**47,4**
Torricella Verzate	84	505	230	819	**48,3**
Verretto	50	263	89	402	**44,9**
Verrua	139	820	346	1.305	**48,0**

Comune	*Indice di* ***vecchiaia***	*Indice di* ***dipendenza*** *strutturale*	*Indice di* ***ricambio*** *popolazione attiva*	*Indice di* ***struttura*** *popolazione attiva*	*Indice di* ***carico*** *di figli per donna feconda*
Barbianello	169,5	55,5	152,8	147,0	18,6
Bastida Pancarana	186,4	62,2	164,7	139,8	15,7
Borgo Priolo	280,6	57,7	200,0	159,2	19,0
Borgoratto Mormorolo	406,5	59,7	223,1	136,9	15,7
Bressana Bottarone	166,0	55,6	160,1	134,9	18,9
Calvignano	330,0	51,2	183,3	147,1	23,1
Casanova Lonati	186,4	55,4	96,0	165,2	26,6
Casatisma	209,4	49,3	225,9	149,8	14,8
Casteggio	264,7	63,1	183,1	141,4	17,2
Cervesina	210,0	66,5	219,4	152,0	14,6
Corvino San Quirico	330,3	68,3	307,7	142,8	15,2
Fortunago	476,5	96,6	250,0	185,9	15,1
Lungavilla	202,7	55,5	198,9	144,0	18,0
Mezzanino	235,8	59,6	176,6	172,2	15,9
Montalto Pavese	278,9	81,8	276,2	160,3	13,6
Montebello della Battaglia	262,7	56,4	156,8	162,2	24,3
Mornico Losana	358,2	62,2	155,2	179,3	24,2
Oliva Gessi	288,2	61,7	566,7	234,4	9,1
Pancarana	276,7	55,9	200,0	165,8	20,0
Pinarolo Po	209,4	61,1	165,7	163,2	19,6
Pizzale	307,5	60,8	131,0	129,1	17,8
Rea	314,3	67,7	270,0	159,6	8,8
Robecco Pavese	206,8	67,7	311,1	192,9	8,8
Santa Giuletta	228,4	60,0	182,0	153,7	18,7
Torricella Verzate	273,8	62,2	117,9	177,5	24,7
Verretto	178,0	52,9	145,0	139,1	24,1
Verrua	248,9	59,1	188,5	165,4	20,3

La rilevazione dei dati demografici della popolazione, evidenziata con i grafici e le tabelle sovrastanti, mette in risalto:

- Lo squilibrio quantitativo tra componente giovane e componente anziana, da cui si deducono aspettative ed esigenze di credito assistenziale da parte di quest'ultima;
- L'aumento della popolazione straniera del Distretto, da cui si deducono aspettative ed esigenze di supporto ai fini dell'integrazione;
- In base alle diverse proporzioni fra le principali fasce di età, la struttura della popolazione del Distretto si definisce regressiva in maniera evidente in quanto la popolazione giovane risulta minore di quella anziana in tutti i Comuni analizzati;
- Elevato indice di vecchiaia in tutti i Comuni del Distretto che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. Ad esempio, nel 2014 l'indice di vecchiaia per il comune di Casteggio dice che ci sono 264,7 anziani ogni 100 giovani;
- Elevato indice di dipendenza strutturale ovvero il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). Ad esempio, teoricamente, a Casteggio nel 2014 ci sono 63,1 individui a carico, ogni 100 che lavorano;
- Elevato indice di ricambio della popolazione attiva che appresenta 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. Ad esempio, a Casteggio nel 2014 l'indice di ricambio è 183,1 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana;
- Elevato indice di struttura della popolazione attiva che configura un elevato 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).

MAPPATURA DEI SERVIZI OFFERTI SUL TERRITORIO- STRUTTURE PRESENTI

Da una mappatura realizzata sui Comuni facenti parte il Distretto di Casteggio, è emerso che vi è una carenza di servizi, in particolare di strutture per i disabili.
A seguito vengono distinti per aree, le strutture e i servizi ad oggi esistenti.

AREA ANZIANI

Residenze sanitarie anziani

- IL POGGIO, Via Porro, 1 Casteggio;
- SACRO CUORE, Via Circonvallazione Cantù, 16 Casteggio;
- CASA DI RIPOSO DI CERVESINA, Via Don Orione, 1 Cervesina;
- RESIDENZA SANITARIA DON ORIONE, Via Canonico Perduca, 3 Corvino San Quirico

Centro Diurno Anziani:

CENTRO DIURNI PER ANZIANI, P.zza Sacro Cuore 1 Lungavilla

AREA MINORI

Asili nido/ Nido famiglia:

- ASILO NIDO "GIOCHIAMO INSIEME" , Via Fermi, 2 Casteggio;
- MICRONIDO "MONSIGNOR CARLO ANGELERI", Via Umberto I, 223 Lungavilla;
- ASILO NIDO "CESARE ED ELVEDA INDEMINI", Via Depretis, 266 Bressana Bottarone
- ASILO NIDO "LA COCCINELLA" Piazzale Oltrepo Torricella Verzate.

Scuole dell'infanzia:

- SCUOLA MATERNA SAN GIORGIO, Via Montebello, Barbianello;
- SCUOLA MATERNA, Via Maestra, 3 Borgo Priolo;
- SCUOLA DELL'INFANZIA CESARE ED ELVEDA INDEMINI, Via De Pretis, Bressana Bottarone;
- SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA, P.zza del Mercato, 1 Bastida Pancarana;
- SCUOLA DELL'INFANZIA, Via dispersi in Russia, 1 Casatisma;
- SCUOLA MATERNA STATALE F.LLI CAIROLI, Via Circonvallazione Cantù, Casteggio;
- ASILO INFANTILE "CAROLINA CROCE", Via Longhi, 5 Castelletto di Branduzzo;
- ASILO COMUNALE DI CERVESINA, Via Garibaldi, 2 Cervesina;
- SCUOLA MATERNA PARITARIA "MONSIGNOR CARLO ANGELERI", Via Umberto I, Lungavilla;
- SCUOLA DELL'INFANZIA, Via Roma, 1 Montalto Pavese;
- ASILO DELL'INFANZIA PARROCCHIALE, Via Vittorio Emanuele II°, Montebello della Battaglia;
- SCUOLA MATERNA STATALE, P.zza Libertà, 1 Mornico Losana;
- SCUOLA MATERNA "LA COCCINELLA", P.zza Grignani, 1, Mezzanino;
- SCUOLA STATALE DELL'INFANZIA, Via Gramsci, 3 Pinarolo Po;
- SCUOLA MATERNA STATALE G. FERRARIS, Via Roma, 37 Pizzale;
- SCUOLA DELL'INFANZIA, P.zza Busoni, 4 Rea;
- SCUOLA DELL'INFANZIA STATALE, Via San Nazzaro, 16 Robecco Pavese;
- SCUOLA DELL'INFANZIA L.GRIZIOTTI, Via Martiri Libertà, 126 Santa Giuletta

Centri Estivi Diurni minori:

- CRED POOL CASTEGGIO SPORT, Via Duca D'Aosta, Casteggio;
- PARROCCHIA SANTA MARIA ASSUNTA IN LUNGAVILLA, P.zza Sacro Cuore, 1 Lungavilla;
- COMUNE DI MORNICO LOSANA, P.zza Libertà, 1 Mornico Losana;
- CENTRO ESTIVO "GIOCA ESTATE", sede Palazzetto dello Sport, Via Badesse, 14 Pizzale.

AREA DISABILI

L'unica struttura presente sul nostro territorio è l'OFTAL- Casa Accoglienza Mons. A. Rastelli, Via Costaiola, 9 Montebello della Battaglia, che nel corso dell'anno 2007 è diventata sanitaria.

AREA DIPENDENZE

Nel Distretto di Casteggio non sono presenti centri per la cura di persone con dipendenze.
Il servizio più vicino è il SER.D situato nel comune di Voghera, in Via Carlo Emanuele, e si occupa della riabilitazione e la prevenzione di persone che hanno problemi conseguenti all'uso di sostanze psicoattive che generano dipendenza dalle stesse.

AREA SALUTE MENTALE

- AMBULATORIO PSICHIATRICO (con medico psichiatra ed infermiere) di Casteggio;
- Struttura C.R.A (Centro Residenziale ad Alta intensità) Via Monsignor Torta, 1 Casteggio;
- Struttura di Mornico C.P.A. (Comunità protetta ad alta intensità);

Per quanto concerne il CENTRO PSICOSOCIALE (C.P.S.), l'utenza residente nel Distretto di Casteggio fa riferimento al Centro di Stradella e Voghera poiché nei comuni del nostro ambito non sono presenti.

SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE NEI COMUNI DEL DISTRETTO :

COMUNI	PRESENZA SAD AL 31/12/14	NOTE
BARBIANELLO	SI	
BASTIDA PANCARANA	SI	
BORGORATTO MORMOROLO	NO	
BORGO PRIOLO	SI	
BRESSANA BOTTARONE	SI	
CALVIGNANO	NO	
CASANOVA LONATI	NO	
CASATISMA	SI	
CASTEGGIO	SI	
CASTELLETTO DI BRANDUZZO	SI	
CERVESINA	SI	*GESTITO DALL'UNIONE CERVESINA, PANCARANA, PIZZALE*
CORVINO SAN QUIRICO	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DIE COMUNI OLTREPO CENTRALE*
FORTUNAGO	SI	
LUNGAVILLA	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DI COMUNI AGORA'*
MEZZANINO	SI	
MONTALTO PAVESE	NO	
MONTEBELLO DELLA BATTAGLIA	SI	
MORNICO LOSANA	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DEI COMUNI LOMBARDA DELL'OLTREPO CENTRALE*
OLIVA GESSI	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DEI COMUNI LOMBARDA DELL' OLTREPO CENTRALE*
PANCARANA	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DEI COMUNI CERVESINA, PANCARANA E PIZZALE*
PINAROLO PO	SI	
PIZZALE	SI	*GESTITO DALL'UNIONE CERVESINA, PANCARANA, PIZZALE*
REA	NO	
ROBECCO PAVESE	SI	
SANTA GIULETTA	SI	
TORRICELLA VERZATE	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DEI COMUNI LOMBARDA DELL'OLTREPO CENTRALE*
VERRETTO	SI	*GESTITO DALL'UNIONE DEI COMUNI AGORA'*
VERRUA PO	NO	

CENSIMENTO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PRESENTI SUL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI CASTEGGIO

COMUNI	ASSOCIAZIONI VOLONTARI
BARBIANELLO	AUSER SAN GIORGIO- VIA PAPA GIOVANNI XXIII 8 BARBIANELLO (TEL 0385/57405)
BASTIDA PANCARANA	AUSER BASTIDA PRESIDENTE GATTI GIUSEPPE VIA PREVOSTINA 18 BASTIDA PANCARANA (TEL. 0383/85260)
BORGORATTO MORMOROLO	
BORGO PRIOLO	
BRESSANA BOTTARONE	AUSER PRESIDENTE MAGROTTI ENZO PIAZZA MARCONI N. 18 BRESSANA BOTTARONE (TEL. 0383/886497)
CALVIGNANO	
CASANOVA LONATI	AUSER CASANOVA LONATI- PRESIDENTE CORTI MARIO VIA IV NOVEMBRE 13 27041 CASANOVA LONATI (TEL 0385/57285)
CASATISMA	AUSER CA DE' TISMA PRESIDENTE MARIO GOBBI VIA DISPERSI IN RUSSIA 1 CASATISMA (TEL. 333/1988504)
CASTEGGIO	CRI CASTEGGIO VIA PISANI 1 CASTEGGIO- PRESIDENTE STEFANO MARONI (TEL. 0383/83444) ASSOCIAZIONE VOLONTARI VIA VIGORELLI 10 PRESIDENTE RICOTTI MARIA LUISA (TEL 0383/804988 - 349/362381)
CASTELLETTO DI BRANDUZZO	AUSER PRESIDENTE CHIAPPONI GIUSEPPE VIA GENERAL CANTORE 15 CASTELLETTO DI BRANDUZZO (TEL 0383/855061)
CERVESINA	
CORVINO SAN QUIRICO	AUSER CORVINO SAN QUIRICO PRESIDENTE GASSANI ADRIANO VIA CASA CASTELLINI CORVINO SAN QUIRICO - 329/2505743
FORTUNAGO	
LUNGAVILLA	AUSER CALCABABIO P.ZZA CAPITAN ALBINI, 3 - (TEL 0383/371165)- PRESIDENTE MARIGIOLI MARIA LUISA ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO MONSIGNOR CARLO ANGELERI ONLUS VIA UMBERTO PRIMO, 225 LUNGAVILLA (TEL 0383/76651)
MEZZANINO	AUSER PRESIDENTE CASALE TONINA VIA MARCONI, 6 27040 MEZZANINO (TEL 0385/716016)
MONTALTO PAVESE	AUSER PRESIDENTE DARIO PASTORELLI VIA DEL FRASCAROLO, 2 MONTALTO PAVESE (TEL 0383/870418)
MONTEBELLO DELLA BATTAGLIA	AUSER BELL'ITALIA PRESIDENTE FRANCO VALDONIO VIA ROMA, 49 MONTEBELLO DELLA BATTAGLIA (0383/805767)
MORNICO LOSANA	
OLIVA GESSI	
PANCARANA	
PINAROLO PO	AUSER IL QUADRIFOGLIO PRESIDENTE SIG.RA ARPIGIANI ANNA LORENZA VIA SALVO D'ACQUISTO, 12 PINAROLO PO - TEL. 0383 878127
PIZZALE	AUSER SOCCORSO D'ARGENTO PRESIDENTE SIG. IVO GATTI VIA CASCINALI, 9 27050 PIZZALE (TEL 0383/379558)
REA	AUSER REFERENTE SIG. BRUCCI STELIO VIA MARCONI, 80 27040 REA
ROBECCO PAVESE	GRUPPO VOLONTARI DI ROBECCO PAVESE PRESIDENTE SIG.RA LAURA CARPANI VIA ROMA ROBECCO PAVESE (TEL 0383/84225)
SANTA GIULETTA	AUSER REDAVALLE /SANTA GIULETTA - PRESIDENTE ADELE CUNIETTI VIA ROMA 69 REDAVALLE (349/4155717)
TORRICELLA VERZATE	AUSER TURSELA PIAZZA ITALIA 1/A TORRICELLA VERZATE- PRESIDENTE DE PAOLI FRANCO TEL 0383/896030
VERRETTO	
VERRUA PO	AUSER VERRUA PO PRESIDENTE BAGGI CARLETTO VIA VITTORIO VENETO 64 VERRUA PO

4. VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITÀ 2012-14

4.1 OBIETTIVI RAGGIUNTI E AZIONI SVOLTE

Nel corso del triennio del Piano di Zona 2012-2014, sono stati raggiunti quelli che erano gli obiettivi indicati nello stesso Piano Triennale (compatibilmente alle risorse ricevute) e sulle indicazione della Regione stessa. In via principale sono stati erogati servizi, in particolare a livello domiciliare, attraverso l'erogazione di Titoli Sociali (voucher sociali) e ricoveri di sollievo finalizzati al mantenimento delle persone fragili al proprio domicilio.
Con l'assegnazione del Fondo Non Autosufficienze è stato possibile erogare servizi/contributi a sostegno della disabilità grave, rispondendo in modo completo al bisogno rilevato nell'Ambito Distrettuale: tutte le richieste sono state accolte. L'integrazione socio-sanitaria realizzata con lo strumento della valutazione multidimensionale ha permesso la presa in carico completa e congiunta (ASL e PDZ) dei pazienti con bisogno sociale e sanitario.

Il Piano di Zona ha garantito ai 28 comuni facenti parte del Distretto i fondamentali servizi di "Tutela Minorile" e di "Segretariato Sociale Professionale". Tutte le Amministrazioni locali hanno delegato tali due importanti funzioni al Piano di Zona poiché nessun comune ad oggi possiede nel proprio organico personale qualificato (assistenti sociali) in grado di garantire tali funzioni. Gran parte della compartecipazione economica, pari ad € 4,00 ad abitante versata dai Comuni sottoscrittori dell'accordo di programma, è stata utilizzata per garantire tali fondamentali servizi.

Come previsto dal piano triennale sono stati erogati servizi educativi domiciliari per sostenere il minore all'interno del nucleo familiare e fornire un supporto alla genitorialità; nel caso di conflittualità madre/padre il Piano di Zona è intervenuto garantendo incontri protetti genitori/figli erogando il servizio di Spazio Neutro con personale qualificato. Tali attività hanno costituito un'importante risorsa finalizzata anche a prevenire eventuali inserimenti in Comunità disposti dal Tribunale.

Grazie al Fondo Intese Famiglia è stato possibile supportare i nuclei erogando titoli sociali finalizzati all'attività di socializzazione dei minori 0-13 anni e sostenere gli oneri derivanti dalla frequenza dei minori 0-3 anni ai centri della prima infanzia accreditati.
E' stato possibile, inoltre, supportare l'attività del Centro Antiviolenza che opera sul territorio attraverso l'erogazione di un contributo per il triennio.
Si sono realizzati progetti di continuità relativi alle ex leggi di settore in materia di Handicap grave e attività di sostegno all'integrazione degli stranieri mediante lo "Sportello Immigrati" e la mediazione culturale/linguistica presso le scuole.

Grazie ai fondi regionali ricevuti (Fondo Sociale Regionale, Fondo intese famiglia, DGR 856/'13 relativa ai minori in comunità, ecc) è stato possibile sostenere gli Enti Gestori di servizi del territorio attraverso l'erogazione di contributi sulla scorta delle rendicontazioni di quanto erogato.
Relativamente al Servizio di Inserimento Lavorativo previsto dal Piano, nel corso del triennio non sono pervenute richieste pertanto non è stato erogato alcun servizio.
L'entità degli interventi garantiti nel triennio sono stati proporzionali all'importo dei fondi assegnati.

Vengono di seguito illustrati brevemente obiettivi e azioni realizzate suddivise per aree ed annualità

	Obiettivo di programmazione	Interventi/ progetti/ servizi previsti- Azioni di sistema	Risorse impiegate			Azioni realizzate			Risultati
			Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	SI (S) - NO (N) - PARZIALMENTE (P)
Anziani	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione servizi di assistenza domiciliare tramite la concessione di voucher sociali	€ 891,67	€ 2.473,00	€ 5.974,00	n. 4 utenti n. 4 voucher	n. 3 utenti n. 10 voucher	n. 4 utenti n. 31 voucher	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Sostegno alle famiglie nell'accudimento dell'anziano al fine di evitare ricoveri definitivi; garantire un certo grado di protezione a persone fragili in caso di dimissioni ospedaliere	Erogazione ricoveri temporanei di sollievo o di emergenza	€ 1.411,80	€ 1.451,81	€ -	n. 1 utente	n. 1 utente	0	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione voucher sociali Fondo non Autosufficienze	€27.619,88	€ -	€29.981,10	n. 23 utenti n. 115 voucher	0	n. 27 utenti n. 143 voucher	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione buoni a sostegno della disabilità grave. Strumento 1 DGR 740/13	€ -	€ -	€13.400,00	0	0	n. 8 utenti n. 44 buoni	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione contributi per ricoveri di sollievo F.N.A. DGR 740/'13	€ -	€ -	€ 1.500,00	0	0	n. 2 utenti n. 3 contributi	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate

Disabili	Mantenimento dell'utenza al proprio domicilio; accompagnamento del disabile presso strutture specialistiche	Erogazione voucher sociali per servizi domiciliari e voucher sociali per il trasporto presso strutture specialistiche	€11.944,00	€ 6.704,15	€ 5.775,00	n. 13 utenti n. 66 voucher	n. 5 utenti n. 33 voucher	n. 4 utenti n. 6 voucher	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Sostegno alle famiglie nell'accudimento del disabile al fine di evitare ricoveri definitivi; garantire un certo grado di protezione a persone fragili in caso di dimissioni ospedaliere	Erogazione ricoveri temporanei di sollievo o di emergenza	€ -	€ -	€ -	0	0	0	Non sono pervenute richieste
	S.I.L. (Servizio di Inserimento Lavorativo) e borse lavoro, per favorire l'inserimento lavorativo di persone disabili o svantaggiate	Inserimento di persone che a causa di disabilità o condizioni particolari di fragilità, non riescono ad avere un'integrazione lavorativa; l'utenza beneficiaria viene selezionata dopo colloqui di valutazione dalla Cooperativa incaricata, convenzionata con il Piano di Zona, che a seguito di esito positivo provvederà ad erogare la borsa lavoro in parte finanziata dal Comune di residenza e in parte dal Piano di Zona.	€ -	€ -	€ -	0	0	0	Non sono pervenute richieste
	Legge di settore 162/98: "Interventi di sostegno a favore dell'handicap grave"	Proseguimento finanziamento progetti a supporto delle persone che versano in condizioni di grave disabilità, riconosciuta dalla Legge 104 art. 3 comma 3.	€10.000,00	€ -	€14.225,25	n. 3 utenti	0	n. 3 utenti	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate

	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione voucher sociali Fondo non Autosufficienze	€44.474,45	€ -	€48.184,31	n. 21 utenti n. 115 voucher	0	n. 25 utenti n. 179 voucher	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione buoni a sostegno della disabilità grave. Strumento 1 DGR 740/13	€ -	€ -	€ 9.600,00	0	0	n. 5 utenti n. 32 buoni	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Mantenimento dell'utenza a domicilio	Erogazione buoni a sostegno della disabilità grave. Progetto di vita indipendente - Strumento 5 DGR 740/13	€ -	€ -	€ 6.329,14	0	0	n. 1 utente n. 9 buoni	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Sostegno agli Enti che hanno sostenuto spese per il servizio di assistenza domiciliare disabili	DGR 3850/'12 - Fase sperimentale	€ 2.850,00	€ 1.200,00	€ -	n. 3 destinatari	0	0	S raggiunto il 100% degli Enti aventi diritto
Minori e famiglia	Servizio di Tutela minorile	Erogazione del servizio di tutela comprensivo del penale minorile e adozione	€57.794,87	€57.668,86	€55.903,69	n. 150 utenza media	n. 150 utenza media	n. 150 utenza media	S presa in carico del 100% dei soggetti minori segnalati
	Sostegno dei minori all'interno del nucleo familiare	Erogazione voucher educativi	€24.581,00	€15.996,00	€53.959,50	n. 19 utenti n. 159 voucher	n. 11 utenti n. 99 voucher	n. 23 utenti n. 198 voucher	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate

	Spazio Neutro per realizzazione incontri protetti genitori/ figli	Nei casi in cui sono disposti incontri protetti, tra i genitori e i figli minori, su richiesta del Tribunale dei Minori o del Tribunale Ordinario o dei servizi specialistici, attivazione del servizio educativo, seguito da un'equipe con personale qualificato.	€ 3.312,00	€ 2.232,00	€ 2.406,00	n. 10 utenti n. 40 voucher	n. 8 utenti n. 31 voucher	n. 7 utenti n. 29 voucher	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto alle richieste di attivazione presentate
	Contrastare la violenza alle donne e i minori in ambito familiare	Proseguimento supporto con il Centro Antiviolenza di Pavia per garanzie ascolto e anonimato alle donne, colloqui individuali di sostegno, volti ad elaborare interventi e percorsi specifici nella totale libertà di scelta della donna; tale centro offre consulenza ed assistenza legale da parte di avvocati specializzati.	€ 2.000,00	€ -	€ -	15	0	0	S presa in carico del 100% dei soggetti che si sono rivolti al Centro Antiviolenza
	Sostegno agli Enti che hanno sostenuto spese per l'inserimento di minori in comunità con Decreto del Tribunale (Fondo di Solidarietà/riequilibrio/riserva)	Erogazione del contributo agli enti sulla scora delle rendicontazione economiche presentate	€ 3.572,40	€ 3.907,22	€13.385,56	2	2	3	S raggiunto il 100% degli interventi
	Realizzazione intervento previsto dalle Intese Famiglia - minori 0-13 anni.	Erogazione titoli sociali previsti dalle intese famiglia a favore di bambini 0/13 anni- Decreto 1961/13	€ -	€18.187,00	€ -	0	n. 28 utenti	0	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate

	Realizzazione intervento previsto dalle Intese Famiglia - famiglie numerose.	Erogazione contributi intese Decreto 1961/'13 - famiglie numerose	€ -	€ 6.570,83	€ -	0	n. 12 famiglie	0	S raggiunto il 100% di attivazione di servizi rispetto le domande presentate
	Realizzazione intervento previsto dalle Intese Famiglia - minori 0 - 3 anni.	Erogazione voucher a famiglia con minori 0/3 anni iscritti a Centri per la prima infanzia pubblici o privati accreditati.	€ -	€ -	€ 2.205,00	0	0	n. 6 utenti	S raggiunto il 100% di erogazione del voucher rispetto le richieste pervenute
	Supporto agli Enti che hanno sostenuto spese per l'inserimento in comunità di minori vittime di abuso	Erogazione contributi ai Comuni che sostengono oneri per minori vittime di maltrattamento collocati in comunità (DGR 3850/'12 - DGR 856/'13)	€ 9.450,00	€20.693,00	€18.900,00	n. 4 Comuni	n. 5 Comuni	n. 3 Comuni	S raggiunto il 100% degli Enti aventi diritto
Salute mentale	Mantenimento al domicilio della persona fragile	Erogazione voucher sociali per servizi domiciliari e voucher sociali per il trasporto presso strutture specialistiche	€ 4.757,10	€ 1.589,15	€ -	n. 3 utenti n. 11 voucher	n. 1 utente n. 6 voucher	0	S raggiunto il 100% di erogazione del voucher rispetto le richieste pervenute
	Sostegno alle famiglie nell'accudimento della persona fragile, al fine di evitare ricoveri definitivi in struttura; garantire un certo grado di protezione alla persona in caso di dimissioni ospedaliere	Proseguimento erogazione ricoveri temporanei di sollievo o di emergenza	€ -	€ -	€ -	0	0	0	Non sono pervenute richieste

Immigrazione	Integrazione dei soggetti stranieri (Ex Legge di settore 40/98)	Proseguimento con lo sportello stranieri, gestito da personale qualificato fornito dalla cooperativa convenzionata con il Piano di Zona, finalizzato a fornire informazione e consulenze sia agli immigrati che ai cittadini italiani datori di lavoro e proseguimento sportello stranieri; attività di mediazione culturale linguistica, presso le sedi scolastiche del distretto.	€ 5.700,00	€12.200,00	€12.200,00	n. 313 utenti	n. 315 utenti	n. 300 utenti	S raggiunto il 100% degli interventi
Tutte le aree	Segretariato sociale professionale	Continuità al servizio per orientare e sostenere il cittadino all'interno della rete dei servizi, fornendo adeguate informazioni sulle modalità di accesso, assicurando competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, assicurare l'eventuale presa in carico della persona secondo i criteri di integrazione e continuità assistenziale e coordinamento dei soggetti del Terzo Settore firmatari dell'Accordo di Programma per l'erogazione di servizi ai soggetti fragili.	€38.688,14	€41.030,80	€40.342,37	150	180	190	S presa in carico del 100% dei soggetti che si sono rivolti al servizio
	Sostenere gli enti gestori di servizi per garantire la continuità dei servizi erogati	Ripartizione del Fondo Sociale Regionale agli Enti gestori di servizi, secondo i criteri approvati dall'Assemblea dei Sindaci.	€ 111.635,00	€ 191.453,78	€ 165.892,44	0	0	0	S raggiunto il 100% degli Enti Gestori che hanno inoltrato richiesta

	Sostenere gli enti gestori di servizi socioeducativi per la prima infanzia e assistenza domiciliare ai soggetti anziani e disabili	Ripartizione del Fondo Intese Famiglia anno 2012 agli Enti gestori di servizi	€ -	€ -	€35.157,00	0	0	0	S raggiunto il 100% degli Enti Gestori che hanno inoltrato richiesta
	Proseguimento dell'attività dell'Ufficio di Piano per la realizzazione del progetto triennale	Erogazione di servizi previsti dal piano triennale, assolvimento debiti informativi nei confronti di Regione Lombardia e ASL	€46.375,17	€44.105,29	€48.416,65	0	0	0	S
	Sostenere i soggetti disoccupati ed in mobilità	Erogazione di un contributo, ad integrazione del reddito, a valere sul Fondo Solidarietà Provinciale, ai soggetti definiti nella graduatoria provinciale in stato di mobilità/cassa integrazione ordinaria	€ 2.000,00	€ -	€ -	n. 2 utenti	0	0	S raggiunto il 100% degli aventi diritto individuati dalla Provincia di Pavia
	Sostenere i Comuni sottoscrittori dell'Accordo di Programma per l'erogazione dei servizi educativi scolastici a favore di soggetti disabili	Erogazione di un contributo, proporzionalmente alla spesa sostenuta, a favore dei Comuni sottoscrittori, a valere sulla premialità triennio 2009/2011 (Decreto 3391/2014)	€ -	€ -	€28.838,79	0	0	0	S raggiunto il 100% degli Enti aventi diritto
	Sostenere economicamente i Comuni sottoscrittori dell'Accordo di Programma per le funzioni trasferite in materia di vigilanza	Ripartizione a favore dei Comuni sottoscrittori che hanno realizzato la verifica dei requisiti d'esercizio e di accreditamento delle strutture socioassistenziali (Decreto 12621 del 20/12/13)	€ -	€ -	€ 6.885,00	0	0	n. 5 Comuni beneficiari	S raggiunto il 100% degli Enti aventi diritto
			Totale € 409.057,48	**Totale € 427.462,89**	**Totale € 619.460,80**				

Legenda:

Intervento non previsto nel Progetto 2012/2014

FONDI ASSEGNATI NEL TRIENNIO 2012/2014

Nella tabella seguente sono elencate tutte le risorse assegnate al Comune di Casteggio Ente capofila dell'Ambito Distrettuale di Casteggio con le quali sono stati erogati i servizi sopra illustrati nel corso del triennio.
La discrepanza fra risorse utilizzate e risorse assegnate al Distretto è dovuta alla non corrispondenza temporale dei Fondi Regionali assegnati nell'annualità di riferimento e l'effettivo accredito delle stesse risorse in cassa indispensabili per l'inizio dell'erogazione dei servizi (es.; il FNA 2014 è stato definito da Regione Lombardia nel mese di dicembre pertanto inserito in tabella a seguito nella colonna 2014; la sua effettiva erogazione avverrà nel corso dell'anno 2015 così pure l'erogazione dei servizi).
Sarebbe auspicabile in futuro un maggior sincronismo tra l'anno di competenza di un Fondo e la sua effettiva erogazione.

FONDI TRIENNIO 2012/2014	2012	2013	2014
Compartecipazione Economica Comuni	€ 140.388,00	€ 140.388,00	€ 140.388,00
Fondo Nazionale Politiche Sociali	€ 69.539,00	€ 146.380,00	€ 130.184,00
Fondo Sociale Regionale	€ 111.635,00	€ 195.361,00	€ 169.278,00
Fondo Non autosufficienze	-	€ 116.130,00	€ 113.809,00
Fondo Intese Famiglia	-	-	€ 35.157,00
Fondo Provinciali	€ 11.512,27	-	-
Fondo di riequilibrio ASL	€ 2.850,00	-	-
Fondo Sociale Regionale DGR 3850/12- fase sperimentale (Minori e sadh)	€ 13.500,00	€ 20.693,00	-
Fondo Minori in Comunità DGR 856/14	-	-	€ 18.900,00
Premialità 2009 -2011	-	-	€ 28.838,79
Funzioni trasferite	-	-	€ 6.885,00
TOTALI	**€ 349.424,27**	**€ 618.952,00**	**€ 636.554,79**

5. PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO TRIENNIO 2015-17

5.1 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.

5.2 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 tematici[1], 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): c*onsiderando 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 raccoglierne 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, affido 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 necessitino 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 sovra-zonale. 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 sovra-zonale/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. Creare un sistema integrato di interventi sovra-zonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie	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)	Monitoraggio degli interventi/iniziative realizzati	Triennio
2. Valutare in modo uniforme il livello qualitativo delle strutture per la prima infanzia presenti sul territorio a livello sovra-zonale	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, i due successivi per completare l'obiettivo

3. Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori (tutela dei minori, penale minorile, adozioni)	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	Monitoraggio delle procedure realizzate	Triennio
4. Condividere criteri uniformi per accreditare le strutture residenziali per minori	Strategico	Condivisione strategica dell'obiettivo tra ASL, PdZ e Comuni	Informazione; Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi; Coinvolgimento della Cabina di Regia; Linee guida comuni; Procedure.	Professionali	Linee guida comuni	Realizzazione di linee guida comuni	SI/NO	Linee guida condivise	Triennio
5. Creare una banca dati uniforme e integrata per i minori, basata sulla categorizzazione delle Udo in funzione dei servizi erogati	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. Monitorare il disagio minorile attraverso la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati uniforme e integrata	Strategico	Condivisione sovra-zonale 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. Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio	Strategico	Programmazione condivisa ASL/Ambiti; Condivisione sovra-zonale 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
8. Condividere le buone prassi per gli interventi di emergenza abitativa	Specifico	Condivisione sovra-zonale delle buone prassi e delle strategie di intervento	Costituzione tavoli operativi; Incontri cadenzati; Informazione; Cabina di Regia ASL/PdZ.	Professionali	Buone prassi; Banca dati integrata.	Realizzazione e condivisione delle buone prassi a livello sovra-zonale Presenza di un flusso regolare di dati dai Comuni ai PdZ per l'aggiornamento della banca dati	SI/NO SI/NO	Monitoraggio delle buone prassi Completezza dei dati, Regolarità nella trasmissione del flusso di dati	Triennio
9. Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche	Generale	Condivisione sovra-zonale 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. Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi	Specifico	Condivisione degli interventi con PdZ, ASL, Centri antiviolenza, Consultori 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. Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovra-zonale/provinciale	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
12. Favorire il mantenimento delle persone non autosufficienti a domicilio, mediante una presa in carico integrata	Strategico	Condivisione di criteri comuni per l'accesso ai servizi: strumenti di valutazione e soglia ISEE uniforme; Programmazione condivisa ASL/Ambiti di prestazioni/Servizi in relazione alla normativa di riferimento.	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	Utilizzo delle procedure; Modalità operative; Scale di valutazione condivise uniformi su tutto il territorio: scheda filtro Triage, ADL/IADL; Valutazione multidimensionale tramite VAOR; Banca Dati integrata; PAI.	Somministrazione scheda filtro Triage da parte dell'operatore N.° di valutazioni multidimensionali effettuate in équipe per casi complessi N.° di ore di formazione	Raggiungimento della soglia minima dell'80% di somministrazioni di schede filtro 100% di attivazioni di valutazioni multidimensionali per pazienti che presentano sia bisogni sanitari che socio-assistenziali Raggiungimento della soglia minima di 20 ore annuali di formazione (congiunte per gli obiettivi 12 e 13)	Report di monitoraggio e valutazione predisposto dalla Cabina di Regia Cartelle socio-sanitarie e sociali Dati, registro presenze	Triennio

13. Promuovere e attuare misure innovative a sostegno della famiglia con componenti fragili, mediante una presa in carico integrata	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. Facilitare al cittadino l'accesso a servizi sociali e socio-sanitari tramite PUA e CEAD	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

5.3 IL PIANO DI ZONA: CRITICITÀ E OBIETTIVI

La criticità più evidente nel territorio del piano di zona del distretto di Casteggio 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 (28 Comuni) che gestiscono risorse e servizi senza avere in maniera omogenea 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:

- totale mancanza di assistenti sociali alle dipendenze dei 28 comuni del Distretto;
- conformazione territoriale che non agevola la mobilità degli utenti e quella degli operatori sociali, tenendo conto che un buon numero di Comuni sono ubicati sulle colline, con una rete dei trasporti urbani carente;
- la popolazione anziana al 31/12/2014 rappresenta il 31 % della popolazione complessiva residente nel distretto, con difficoltà ad essere raggiunta dai servizi;
- 15 Comuni su 28 (il 54%) non raggiungono i 1.000 abitanti;
- 26 Comuni su 28 (il 92%) dell'ambito hanno una popolazione inferiore a 3.000 abitanti;
- bassa natalità: la popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni è pari a 1,67 % della popolazione totale e al 14 % della popolazione minorile complessiva;
- l'analisi della casistica presa in carico dalle assistenti sociali fa emergere queste problematiche preminenti:

1. perdita del lavoro,
2. sfratti esecutivi a fronte di un numero insufficiente di abitazione di ERP,
3. anziani ed adulti in condizione di grave emarginazione, anche incapaci di amministrarsi o che vivono in abitazioni fatiscenti e insalubri,
4. aumento della casistica afferente al servizio di tutela minorile, soprattutto nei procedimenti civili e penali.

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.

A titolo indicativo gli obiettivi del nuovo triennio sono da contestualizzare in queste aree:
- **segretariato sociale e servizio sociale professionale**
- **tutela minorile e prevenzione**
- **domiciliarità dei soggetti fragili**
- **semi- residenzialità**
- **integrazione popolazione straniera**
- **ricomposizione delle conoscenze e dei servizi tra piano di zona e comuni**
- **terzo settore.**

L'Ambito distrettuale di Casteggio è composto da 28 piccoli comuni, nessuno dei quali possiede nel proprio organico assistenti sociali che garantiscono il "Segretariato Sociale Professionale" e la "Tutela Minorile". Tale forte criticità impone ai comuni di delegare le due importanti funzioni al Piano di Zona. Nell'ambito dei minori è fondamentale garantire il proseguimento dell' attività di prevenzione attraverso l'erogazione di servizi educativi ai minori anche a supporto della genitorialità con la finalità di evitare il più possibile i ricoveri in struttura. Al fine di supportare e monitorare le situazioni familiari a rischio viene mantenuto il servizio di "SPAZIO NEUTRO", atto a garantire gli incontri protetti genitori/figli in caso di grave conflittualità su disposizione del Tribunale ovvero dai competenti servizi.
I bisogni sociali rilevati e i cambiamenti socio- economici attuali comportano una richiesta sempre più crescente da parte dell'utenza di informazioni e orientamento alla rete dei servizi territoriali e di effettiva presa in carico del bisogno, pertanto è necessario il mantenimento delle attività del precedente triennio valutando in itinere la possibilità di un eventuale potenziamento del "Segretariato sociale Professionale" e della "Tutela minorile", qualora le risorse finanziarie lo consentiranno.
Da un monitoraggio realizzato sul territorio risulta un incremento delle donne maltrattate vittime di violenza fisica e psicologica che si rivolgono ai centri specializzati; è previsto un supporto a favore dall'associazione che opera nel territorio dell'Ambito distrettuale, poiché offre un valido aiuto garantendo in totale anonimato colloqui individuali di sostegno volti ad elaborare interventi e percorsi specifici, consulenza ed assistenza legale da parte di avvocati specializzati nella materia.
E' stato previsto come per il precedente triennio l'istituzione del Fondo di Solidarietà la cui dotazione finanziaria sarà definita annualmente dall'Assemblea dei Sindaci attingendo le risorse dal F.N.P.S oppure dalla compartecipazione economica dei Comuni.

Nelle **aree anziani e disabili** è previsto il mantenimento dei titoli sociali, nella fattispecie voucher sociali, per servizi di assistenza al domicilio che consentano di evitare i ricoveri definitivi in struttura e offrano alla famiglia un valido supporto nella cura delle persone fragili. Un importante

sostegno alle famiglie con anziani, che si intende proseguire nella nuova triennalità, è costituito dai ricoveri temporanei di sollievo ed emergenza che alleviano, se pur per un breve periodo (un mese, massimo due), il lavoro estenuante della cura a domicilio di soggetti fragili. Tali ricoveri temporanei offrono un valido supporto di protezione della persona fragile anche nel caso di dimissioni ospedaliere, ove non esiste la rete famigliare in grado di supportare la persona al domicilio.
Verranno adottati tutti gli strumenti previsti dalle normative regionali relative al Fondo Non Autosufficienze a favore dei soggetti disabili gravi e/o non autosufficienti finalizzati al mantenimento degli stessi al domicilio.
E' previsto il finanziamento dei progetti di continuità relativi alla ex Legge di settore n. 162/'98 a sostegno dell' handicap grave finalizzato al mantenimento al domicilio dei soggetti riconosciuti invalidi ai sensi della Legge 104/'92.
Relativamente al terzo settore, si è preso atto che nel precedente triennio le Associazioni firmatarie dell'Accordo sono state una valida risorsa a supporto dei servizi resi dal Piano di Zona e dai Comuni dell'Ambito. Nel progetto triennale 2015/2017 sono undici le associazioni che hanno condiviso gli obiettivi del progetto sottoscrivendo l'accordo di programma, impegnandosi ad offrire piccoli servizi principalmente trasporti, disbrigo pratiche, attività ricreative a favore dei soggetti fragili, compatibilmente alle proprie disponibilità di volontari che realizzano i servizi.

Per quanto riguarda la **popolazione straniera**, valutato l'incremento costante della stessa nel territorio e preso atto delle difficoltà di integrazione in particolare dei minori nelle scuole, si intende proseguire il progetto realizzato ai sensi della ex legge di settore 40/'98 che prevede la mediazione culturale e linguistica nelle scuole e lo sportello immigrati per fornire informazioni e consulenze sia agli immigrati che ai cittadini italiani datori di lavoro.

Tutti gli interventi previsti per il nuovo triennio saranno realizzati dal personale dell'Ufficio di Piano, ciascuno per la propria parte di competenza. Spetta altresì a detto ufficio l'assolvimento di tutti debiti informativi disposti Regione Lombardia e di ASL fra cui la ripartizione annuale del Fondo Sociale Regionale che ad oggi, per l'annualità 2015, non essendo ancora definito da Regione, non risulta inserito nella tabella obiettivi a seguito.
Ad oggi non è possibile ipotizzare una previsione economica triennale in quanto i fondi verranno stanziati dalla Regione annualmente. L'Assemblea dei Sindaci ha definito il bilancio di previsione per l'anno 2015 che verrà puntualmente aggiornato non appena, in corso d'anno, sarà comunicata al l'Ambito Distrettuale l'assegnazione di eventuali altre risorse (Fondo Sociale Regionale, Intese, ecc.)

L'Assemblea dei Sindaci annualmente definirà le priorità di intervento, sulla scorta dei fondi trasferiti all'ambito, indicando nei bilanci preventivi annuali l'entità economica dei servizi da realizzare che sarà proporzionale ai finanziamenti ricevuti.
Resta inteso che la stessa Assemblea si riserva la possibilità, nel corso del triennio, di attuare interventi innovativi non specificati nella tabella a seguito, qualora si presentasse il "bisogno", ovviamente compatibilmente alla disponibilità delle risorse finanziarie.
Nella tabella seguente, compilata seguendo il format regionale, sono indicati gli obiettivi del triennio 2015/2017 con l'indicazione delle azioni che verranno attuate per il loro raggiungimento; come disposto da Regione è stato necessario altresì individuare degli indicatori di esito con i relativi range di valutazione al fine di valutare a fine triennio il concreto raggiungimento dei risultati.

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
Conoscenza, Risorse e Servizi	*1. Continuare l'erogazione di voucher sociali per alleviare la famiglia nei compiti di cura e sostenere la domiciliarità per evitare o ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione dei soggetti fragili*	*Generale*	*Inserimento nell'albo degli enti accreditati per il servizio di voucher; Erogazione del servizio attraverso gli enti accreditati.*	*Finanziarie e professionali*	*Procedure; Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; Voucher sociali; PAI; Cartelle sociali; Relazioni sociali; Graduatorie di punteggio; Criterio ISEE e invalidità civile al 100%; Questionario di rilevazione della soddisfazione degli utenti.*	*Adattamento del questionario di soddisfazione esistente* *N. di questionari compilati rispetto al n. di questionari somministrati* *N. di utenti soddisfatti rispetto al n. di utenti totali che ricevono il servizio*	*SI/NO* *Raggiungimento ogni anno di almeno il 40% di questionari compilati rispetto alle somministrazioni* *Raggiungimento ogni anno di almeno il 70% di soddisfazione degli utenti che ricevono il servizio*	*N. di questionari di soddisfazione somministrati in un anno; N. di questionari di soddisfazione restituiti in un anno.* *Analisi delle risposte al questionario annuale di rilevazione della soddisfazione degli utenti*	*6 mesi per adattare il questionario di soddisfazione esistente, Triennio per somministrare il questionario ed elaborare i dati*
Risorse e Servizi	*2. Continuare l'erogazione di voucher per il trasporto sociale, finalizzato ad assicurare le esigenze di mobilità di carattere sanitario/terapeutico/riabilitativo/sociale a favore di soggetti fragili*	*Generale*	*Inserimento nell'albo degli enti accreditati per il servizio di trasporto sociale; Erogazione del servizio attraverso gli enti accreditati.*	*Finanziarie e professionali*	*Procedure; Voucher; Criterio ISEE; Invalidità civile al 100%.*	*N. di voucher erogati rispetto al n. di domande valide pervenute*	*Raggiungimento ogni anno di almeno il 50% di erogazione del servizio in base alle domande valide pervenute*	*N. di voucher erogati in un anno; N. di domande valide pervenute in un anno.*	*Triennio*

Conoscenza, Risorse e Servizi	***3. Continuare l'erogazione di titoli sociali per alleviare la famiglia nei compiti di cura e sostenere la domiciliarità per evitare o ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione di disabili gravi e/o non autosufficienti***	***Specifico***	***Approvazione Pino Operativo previsto dalle normative di riferimento.***	***Finanziarie e professionali***	***Costituzione di equipe di valutazione multidimensionale ASL/Comuni/PDZ; Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; Voucher sociali; Buoni sociali; PAI; cartelle sociali; Graduatorie di punteggio; Criterio ISEE e invalidità civile al 100%.***	***Utilizzo delle procedure; modalità operative; scheda filtro Triage; ADL/IADL.***	***Somministrazione scheda filtro Triage da parte dell'operatore***	***Raggiungimento della soglia minima dell'80% di somministrazione di schede filtro***	***Triennio***
Risorse	***4. Continuare a sostenere gli oneri relativi agli interventi di affido e istituzionalizzazione dei minori soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria, mediante il Fondo di Solidarietà***	***Specifico***	***Rendicontazione delle spese sostenute dai Comuni per i minori inseriti in corso d'anno; Riparto del Fondo in base alle spese rendicontate; Erogazione del contributo.***	***Finanziarie***	***Schede di rendicontazione delle spese sostenute dai Comuni***	***Adeguatezza dell'erogazione agli enti locali in relazione alle spese da essi sostenute, in base ai fondi disponibili***	***Raggiungimento ogni anno di almeno il 10% di copertura delle spese tramite il Fondo Nazionale Politiche Sociali***	***Dati contabili***	***Triennio***
Risorse e Servizi	***5. Continuare l'erogazione di voucher alle famiglie con bambini 0-3 anni iscritti presso unità di offerta per la prima infanzia pubbliche o private accreditate (asili nido, micro nidi, nidi famiglia, centri per la prima infanzia)***	***Specifico***	***Verifica dell'accreditamento presso il Comune dove è ubicata la Udo prima infanzia; Erogazione del voucher alle famiglie con bambini 0-3 anni iscritti presso unità di offerta per la prima infanzia pubbliche o private accreditate.***	***Finanziarie e professionali***	***Procedura; Voucher; Graduatoria di punteggio; Documentazione cartacea; Criterio ISEE.***	***N. di voucher erogati rispetto al n. di domande valide pervenute***	***Raggiungimento ogni anno di almeno il 60% di erogazione del servizio in base alle domande valide pervenute***	***N. di voucher erogati in un anno; N. di domande valide pervenute in un anno.***	***Annuale (si rinnova anche per gli anni successivi i base alla disponibilità economica)***

Conoscenza, Risorse e Servizi	***6. Continuare gli interventi attivati nell'ambito della legge n. 162/98 in continuità con i progetti a sostegno dell'handicap grave***	***Specifico***	***Trasferimento economico ai Comuni di residenza degli utenti disabili, finalizzato al sostegno delle famiglie nella cura al domicilio tramite operatore regolarmente assunto.***	***Finanziarie***	***Procedura; Banca dati; Piano di finanziamento ai sensi della legge 162/98; Relazioni sociali; Requisiti di accesso: invalidità al 100%, riconoscimento della legge 104/92, personale regolarmente assunto, proseguimento progetto in essere.***	***Stabilità dei trasferimenti economici ai Comuni***	***Mantenimento di almeno il 50% del budget disponibile rispetto all'anno precedente***	***Confronto con il piano di finanziamento dell'anno precedente***	***Annuale (si rinnova anche per gli anni successivi i base alla disponibilità economica)***
Risorse	***7. Continuare l'attività dello Sportello Stranieri e Mediazione culturale e linguistica, in convenzione con la Cooperativa Finis Terrae***	***Generale***	***Prosecuzione della Convenzione con la Cooperativa Finis Terrae, a favore di tutti i 28 Comuni del Distretto, attraverso lo Sportello Stranieri di Casteggio e il Servizio di Mediazione culturale e linguistica presso le sedi scolastiche del territorio.***	***Finanziarie***	***Convenzione con la Cooperativa Finis Terrae; Documentazione relativa al progetto; Monitoraggio delle rendicontazioni; Flusso di dati provenienti dalla Cooperativa sui fruitori del servizio.***	***Verifica delle spese inerenti l'attività di progetto***	***SI/NO***	***Analisi della rendicontazione pervenuta***	***Triennio***
Risorse e Servizi	***8. Continuare l'erogazione di un contributo per ricoveri temporanei di sollievo/emergenza***	***Specifico***	***Erogazione del contributo al fine di evitare ricoveri definitivi in struttura, per far fronte a eventuali situazioni di emergenza non gestibili a domicilio e per dare sollievo alla famiglia nell'accudimento del soggetto fragile.***	***Finanziarie e professionali***	***Procedure; Contributi; Valutazione assistente sociale; PAI; Cartelle sociali; Relazioni sociali; Criterio ISEE e invalidità civile al 100%.***	***N. contributi erogati rispetto al n. di domande valide pervenute***	***Raggiungimento ogni anno di almeno l'80% di erogazione di contributi in base alle domande valide pervenute***	***N. di contributi erogati in un anno; N. di domande valide pervenute in un anno.***	***Triennio***

Conoscenza, Risorse e Servizi	*9. Continuare la gestione in forma associata del servizio di segretariato sociale e sociale professionale*	*Generale*	*Accoglimento del bisogno ed eventuale presa in carico*	*Finanziarie e professionali*	*Procedure; Banche dati; Cartelle sociali; Visite domiciliari.*	*-mantenimento del servizio*	*SI/NO*	*-cartelle sociali, n. utenti presi in carico*	*Triennio*
Conoscenza, Risorse e Servizi	*10. Continuare la gestione in forma associata delle attività socio-assistenziali inerenti la tutela minorile*	*Generale*	*Integrazione Asl/PdZ nella gestione delle indagini psicosociali richieste dal Tribunale; Attività di: Presa in carico dei minori segnalati dal Tribunale Presa in carico di minori con problematiche sociali; In collaborazione con l'ASL: Penale minorile, valutazione degli aspiranti adottivi e post- adozioni.*	*Finanziarie e professionali*	*Procedure; Protocollo Asl/PdZ che regolamenta la tutela minorile; Banche dati; Cartelle sociali; Incontri cadenzati con psicologhe Asl; Incontri in Tribunale al bisogno; Flusso di dati dal Tribunale; Incontri al bisogno con i servizi di neuropsichiatria; Incontri al bisogno con le scuole (Dirigenti scolastici, insegnanti, ecc.). Visite domiciliari.*	*mantenimento del servizio*	*SI/NO*	*-cartelle sociali, n. utenti presi in carico*	*Triennio*
Risorse e Servizi	*11. Continuare l'erogazione di voucher per prevenire o individuare situazioni di disagio nelle relazioni familiari a danno dei minori*	*Specifico*	*Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher.*	*Finanziarie professionali*	*Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; Graduatoria; Cartelle sociali; Criterio ISEE.*	*N. di voucher erogati rispetto alle richieste pervenute*	*Raggiungimento ogni anno di almeno il 70% di erogazione del servizio in base alle richieste pervenute*	*N. di voucher erogati in un anno; N. di richieste pervenute in un anno.*	*Triennio*
Risorse e Servizi	*12 Continuare il Servizio "Spazio Neutro" per garantire un rapporto tra il minore e i propri genitori quando sussistono situazioni di grave disagio*	*Specifico*	*Erogazione di voucher per il personale educativo che assiste agli incontri protetti*	*Finanziarie e professionali*	*Utilizzo del locale "Spazio Neutro" presso il Comune di Casteggio e di eventuali spazi neutri sul territorio*	*N. di voucher erogati rispetto alle richieste pervenute*	*Raggiungimento ogni anno di almeno l'80% di erogazione del servizio in base alle richieste pervenute*	*N. di voucher erogati in un anno; N. di richieste pervenute in un anno.*	*Triennio*

Risorse	***13.*** ***Erogare un contributo a sostegno dello sportello Antiviolenza***	***Specifico***	***Realizzare una convenzione con l'Ente gestore dello sportello antiviolenza;*** ***Erogare il contributo a sostegno dello sportello che si occupa di accogliere persone vittime di abusi/maltrattamenti e fornisce al bisogno supporto legale e psicologico.***	***Finanziarie***	***Convenzione da realizzare;*** ***Contributo;*** ***Relazione finale sull'attività svolta.***	***Realizzazione di una convenzione con centro-antiviolenza*** ***Erogazione del contributo annuale***	***SI/NO*** ***SI/NO***	***Sottoscrizione della convenzione da realizzare*** ***Evidenza dell'erogazione del contributo annuale***	***Entro il 2015 per realizzare e sottoscrivere la convenzione, triennio per l'erogazione del contributo***