

AMBITO TERRITORIALE

CERTOSA DI PAVIA

PROVINCIA DI PAVIA

PIANO DI ZONA

per la realizzazione integrata di interventi e servizi sociali

Triennio 2015/2017



BASCAPE'



BATTUDA



BEREGUARDO



BORGARELLO



BORNASCO



CASORATE PRIMO



CERANOVA



CERTOSA DI PAVIA



CURA CARPIGNANO



GIUSSAGO



LANDRIANO



LARDIRAGO



MARCIGNAGO



MARZANO



ROGNANO



RONCARO



SANT'ALESSIO CON V.



SIZIANO



TORREVECCHIA PIA



TROVO



TRIVOLZIO



VELLEZZO BELLINI



VIDIGULFO



ZECCONE

SOMMARIO

CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO	4
❖ <u>Introduzione: i principi ispiratori della programmazione 2015/2017</u>	5
❖ <u>Il quadro normativo di riferimento</u>	9
❖ <u>La governance del Piano di Zona: funzioni e composizione degli organismi di programmazione</u>	13
CONTESTO DEMOGRAFICO SOCIO-SANITARIO DELLA PROVINCIA DI PAVIA	17
❖ <u>Contesto epidemiologico</u>	18
❖ <u>Le risorse del territorio</u>	28
▪ <u>Area anziani</u>	30
▪ <u>Area disabili</u>	48
▪ <u>Area dipendenze</u>	68
CONTESTO SOCIO-DEMOGRAFICO DELL'AMBITO TERRITORIALE	75
❖ <u>Descrizione del contesto</u>	76
❖ <u>Dati sulla condizione lavorativa in Provincia di Pavia</u>	84
❖ <u>Dati sull'emergenza abitativa</u>	86
❖ <u>Dati sulla violenza di genere</u>	87
❖ <u>Dati sui minori in situazioni di pregiudizio o disagio</u>	89
VALUTAZIONE DEI RISULTATI DELLA TRIENNALITA' 2012-2014	90
❖ <u>Il segretariato sociale</u>	91
❖ <u>AREA MINORI - L'esperienza maturata nel contesto distrettuale</u>	92
❖ <u>AREA MINORI - Tabella riassuntiva degli esiti</u>	98
❖ <u>AREA ADULTI - L'esperienza maturata nel contesto distrettuale</u>	103
❖ <u>AREA ADULTI - Tabella riassuntiva degli esiti</u>	107
❖ <u>AREA ANZIANI - L'esperienza maturata nel contesto distrettuale</u>	112
❖ <u>AREA ANZIANI - Tabella riassuntiva degli esiti</u>	114

PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO TRIENNIO 2015-2017	115
❖ <u>Integrazione sociale e socio-sanitaria</u>	116
❖ <u>Il percorso di integrazione sovra distrettuale :</u>	
▪ <u>Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali</u>	121
▪ <u>Tabella riassuntiva degli obiettivi comuni sovra-zonali</u>	130
❖ <u>IL PIANO DI ZONA:</u>	
▪ <u>Criticità ed obiettivi</u>	138
▪ <u>Tabella riassuntivo degli obiettivi specifici del Piano di Zona</u>	143
- <u>Obiettivi trasversali</u>	143
- <u>Area minori</u>	144
- <u>Area adulti</u>	151
- <u>Area anziani</u>	156
▪ <u>Flessibilità e dinamicità dell'azione integrata</u>	160

CONTESTO ISTITUZIONALE E ORGANIZZATIVO

I PRINCIPI ISPIRATORI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015-2017

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

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

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

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

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

La sfida che devono affrontare i servizi di *welfare* locale consiste nella **individuazione di buone pratiche** che sappiano ricomporre, in un'ottica di efficienza, da un lato reti familiari sempre più fragili e che necessitano sostegno per la gestione di 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/confittualità, 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 del Piani di Zona. Gli Uffici di Piano sono gli attori strategicamente più importanti di questa partita, perché sono in grado di ricomporre la frammentazione del *welfare* locale intervenendo sull'offerta - in particolare orientando l'intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità di accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare i servizi di *welfare*. Per far sì che i Piani di Zona siano in grado di promuovere queste azioni è necessario che sia accantonata la semplice funzione di gestore per muoversi verso quella di **promotore di nuovi strumenti e azioni di welfare**, inoltre è necessario che gli interventi siano condotti con un orientamento volto a integrare anche **differenti aree di policy**: casa, lavoro, sanità e scuola.

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

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

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

E' auspicabile che si faccia luogo ad una integrazione sovracomunale, sopra Ambito e fra Comuni e ASL per socializzare gli spazi di manovra disponibili, nel rispetto dell'operatività dei singoli Comuni. Un sistema di conoscenze, consolidato e condiviso, offre ad ogni Ente la possibilità di un'autovalutazione e un miglioramento più agile ed efficace delle proprie *performance*. Ciò è possibile attraverso la **comparazione delle buone prassi adottate e condivisibili**: dal monitoraggio ed efficientamento della spesa fino ad una funzionale integrazione dei servizi erogati, senza escludere percorsi di carattere strategico volti ad implementare, accanto alle *routine* consolidate, capacità di risposta a fronte di nuove emergenze

sociali. Si configura all'interno degli Ambiti anche la possibilità di una riflessione costruttiva sul *trend* temporale dei risultati raggiunti, anche confrontandosi con realtà significative perché simili per caratteristiche.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Riferimenti normativi nazionali

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

Art. 1 - Principi generali e finalità

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Art. 19 - Piano di zona

1. I comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'ambito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:
 - a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
 - b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
 - c) le forme di rilevazione dei dati nell'ambito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
 - d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
 - e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
 - f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
 - g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.
2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:

- a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
- b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
- d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.

3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

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

Art. 128 - Oggetto e definizioni

1. Il presente capo ha come oggetto le funzioni e i compiti amministrativi relativi alla materia dei "servizi sociali".
2. Ai sensi del presente decreto legislativo, per "servizi sociali" si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Riferimenti normativi regionali

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

Art. 1 - Finalità

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

sociali) e con le leggi regionali di settore.

Art. 18 - Piano di zona

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.
2. Il piano di zona attua l'integrazione tra la programmazione della rete locale di offerta sociale e la rete d'offerta sociosanitaria in ambito distrettuale, anche in rapporto al sistema della sanità, dell'istruzione e della formazione e alle politiche del lavoro e della casa.
3. I comuni, nella redazione del piano di zona, utilizzano modalità che perseguono e valorizzano il momento della prevenzione e, nella elaborazione di progetti, promuovono gli interventi conoscitivi e di studio rivolti alla individuazione e al contrasto dei fattori di rischio.
4. Il piano di zona è approvato o aggiornato dall'Assemblea distrettuale dei sindaci entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, secondo modalità che assicurano la più ampia partecipazione degli organismi rappresentativi del terzo settore e l'eventuale partecipazione della provincia.
5. La programmazione dei piani di zona ha valenza triennale, con possibilità di aggiornamento annuale.
6. L'ambito territoriale di riferimento per il piano di zona è costituito, di norma, dal distretto sociosanitario delle ASL.
7. I comuni attuano il piano di zona mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con l'ASL territorialmente competente e, qualora ritenuto opportuno, con la provincia. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del piano di zona, aderiscono, su loro richiesta, all'accordo di programma.
8. Il piano di zona disciplina l'attività di servizio e di segretariato sociale.
9. Al fine della conclusione e dell'attuazione dell'accordo di programma, l'assemblea dei sindaci designa un ente capofila individuato tra i comuni del distretto o altro ente con personalità giuridica di diritto pubblico.
10. L'ufficio di piano, individuato nell'accordo di programma, è la struttura tecnico-amministrativa che assicura il coordinamento degli interventi e l'istruttoria degli atti di esecuzione del piano. Ciascun comune del distretto contribuisce al funzionamento dell'ufficio di piano proporzionalmente alle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili e comunque senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.
11. La Giunta regionale, decorso inutilmente il termine per l'approvazione del piano di zona, previa diffida ad adempiere entro sessanta giorni, provvede, sentita l'assemblea distrettuale dei sindaci, alla nomina di un commissario ad acta (16).

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

- **Deliberazione Giunta Regionale 19 dicembre 2014, n. 2941 "Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017".**

7. Indicazioni per la definizione della programmazione locale

7.1 Il Piano di Zona

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

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

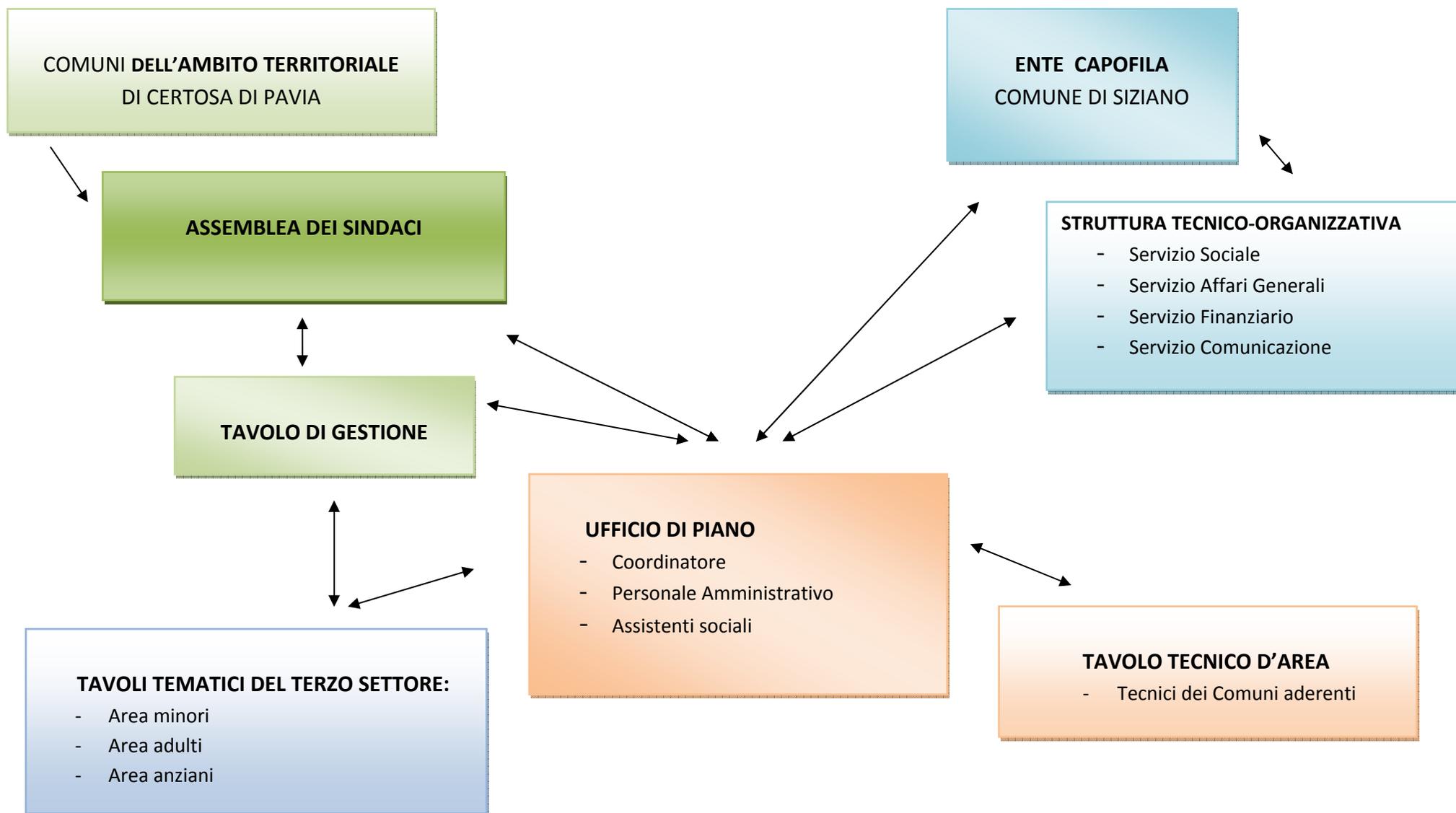
Il territorio di riferimento è di norma coincidente con il distretto sociosanitario con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa A.S.L.. Laddove si verificano condizioni favorevoli in termini di gestione delle unità di offerta sociali, di accesso ai servizi da parte delle persone e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

LA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA: FUNZIONE E COMPOSIZIONE DEGLI ORGANISMI DI PROGRAMMAZIONE



ENTE CAPOFILA

Si individua nel Comune di Siziano l'Ente Capofila del piano di Zona del Distretto di Certosa.

Compete all'Ente Capofila:

- l'individuazione delle risorse umane (personale amministrativo) e strumentali;
- la gestione amministrativa – finanziaria;
- la dotazione strumentale necessaria per il funzionamento del piano di zona.

Ciascun Comune del Distretto partecipa secondo le modalità approvate dall'Assemblea dei Sindaci alle spese per il personale amministrativo dell'Ente capofila, nonché per l'uso delle risorse strumentali.

GLI ORGANI DEL PIANO DI ZONA

Sono organi del Piano di Zona:

1. l'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Certosa
2. il Tavolo di Gestione
3. l'Ufficio di Piano
4. il Tavolo Tecnico d'Area

L'ASSEMBLEA DEI SINDACI DEL DISTRETTO DI CERTOSA

L'Assemblea dei Sindaci è l'organismo politico dei Piani di Zona, deputato alle seguenti funzioni:

- approva l'accordo di programma ed il piano di zona triennale, ivi comprese le eventuali successive modifiche;
- verifica periodicamente lo stato di raggiungimento degli obiettivi del piano, svolgendo quindi funzioni di vigilanza;
- aggiorna le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- approva annualmente il piano economico-finanziario preventivo ed il rendiconto consuntivo;
- approva i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;
- approva le partecipazioni dei singoli Comuni alle attività ed ai servizi del Piano di Zona;
- approva le deleghe al piano di zona di servizi socio-assistenziali la cui titolarità è in capo ai singoli Comuni, definendone le modalità

Le decisioni politiche dell'assemblea dei Sindaci sono vincolanti per i Comuni che fanno parte del Distretto di Certosa e sono assunte a maggioranza dei voti dei Sindaci (o loro delegati) presenti e votanti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascun rappresentate

proporzionali al numero di abitanti al 31.12.2014. Ogni Sindaco può delegare un assessore del proprio Comune, o, in caso di impedimento temporaneo, delegare per iscritto un assessore o un consigliere delegato del proprio Comune o il Sindaco di ciascun altro Comune del Piano di Zona.

IL TAVOLO DI GESTIONE

Il Tavolo di Gestione è un organo intermedio tra l'Assemblea dei Sindaci e l'Ufficio di Piano. E' composto da sette sindaci o loro delegati, compreso il comune capofila, e dal coordinatore del piano di zona, con possibilità di ampliamento a rappresentanti del terzo settore.

Il Tavolo ha il compito di:

- esprimere parere preventivo su ogni atto di competenza dell'Assemblea dei Sindaci;
- formulare all'assemblea dei Sindaci pareri e proposte sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie;
- definire le modalità di integrazione con il terzo settore.

L'UFFICIO DI PIANO

E' l'organo di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative, della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi. E' costituito dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, cui competono anche le funzioni di coordinamento per la realizzazione degli obiettivi previsti, da personale amministrativo e da Assistenti sociali.

L'Ufficio di Piano ha sede nel Comune Capofila e ha il compito di:

- programmare, pianificare e valutare gli interventi;
- costruire e gestire il budget;
- amministrare le risorse assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo per le non Autosufficienze, quote di Comuni e di eventuali altri soggetti);
- coordinare la partecipazione dei soggetti sottoscrittori ed aderenti all'accordo di programma;

Gli uffici amministrativi dei Comuni del Distretto collaborano con l'ufficio amministrativo del piano di zona, inviando i dati demografici, sociali e di rendicontazione richiesti dall'ufficio di piano, necessari sia per l'assolvimento dei debiti informativi con la Regione sia per la programmazione ed il buon andamento del piano di zona, inclusi dati necessari ai fini statistici.

L'Ufficio di Piano risponde, nei confronti delle Assemblee, dell'Asl e della Regione, dell'attendibilità e della puntualità degli adempimenti rispetto ai debiti informativi regionali.

II TAVOLO TECNICO D'AREA

Il Tavolo Tecnico d'Area rappresenta il luogo di confronto tecnico per la microprogrammazione e la traduzione sul piano operativo e attuativo delle scelte di indirizzo; la finalità dell'organismo è quella di condividere con gli altri soggetti e i principali referenti dei Servizi Sociali dei Comuni e le scelte di microprogrammazione e i conseguenti risvolti sul piano organizzativo e produttivo, assumendo gli orientamenti indicati e approvati nel Piano di Zona e dall'Assemblea dei Sindaci, in coerenza con le scelte di politiche sociali delle amministrazioni comunali.

Il Tavolo Tecnico d'Area è coordinato dall'Ufficio di Piano e composto dal Coordinatore e dai Responsabili/tecnici dei Servizi Sociali comunali; in funzione dei temi all'ordine del giorno potranno essere invitati a partecipare ed intervenire referenti di servizi istituzionali e del terzo settore.

RAPPORTI CON IL TERZO SETTORE

L'Ambito Territoriale di Certosa di Pavia aderisce al tavolo unico del Terzo Settore costituito dall'A.S.L. di Pavia, quale luogo di confronto tra i programmatori istituzionali e le realtà sociali.

Per la miglior realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona l'Ambito intende inoltre mettere in atto le opportune forme di consultazione ed interazione con il Terzo Settore, volte a garantirne la partecipazione attiva alla definizione dei percorsi funzionali al raggiungimento degli obiettivi e al processo di valutazione degli stessi.

Al fine di diminuire la frammentazione delle risposte e ricomporre la rete di risposte pubbliche e del privato sociale, di concerto con le Associazioni di Volontariato del territorio saranno messe a punto, approvate ed adottate, forme di collaborazione che favoriscano risposte organiche, coordinate e sinergiche ai bisogni espressi dai cittadini fragili.

Sarà altresì potenziata l'attività di programmazione congiunta con gli Enti del Terzo settore portatori di conoscenze e competenze, al fine di dar luogo a partnership capaci di promuovere innovazione e attrarre i finanziamenti necessari per le sperimentazioni, anche mediante la partecipazione a bandi.

RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

L'Ambito Territoriale di Certosa di Pavia riconosce nelle Organizzazioni Sindacali una qualificata rappresentanza delle istanze e dei bisogni delle fasce fragili della popolazione.

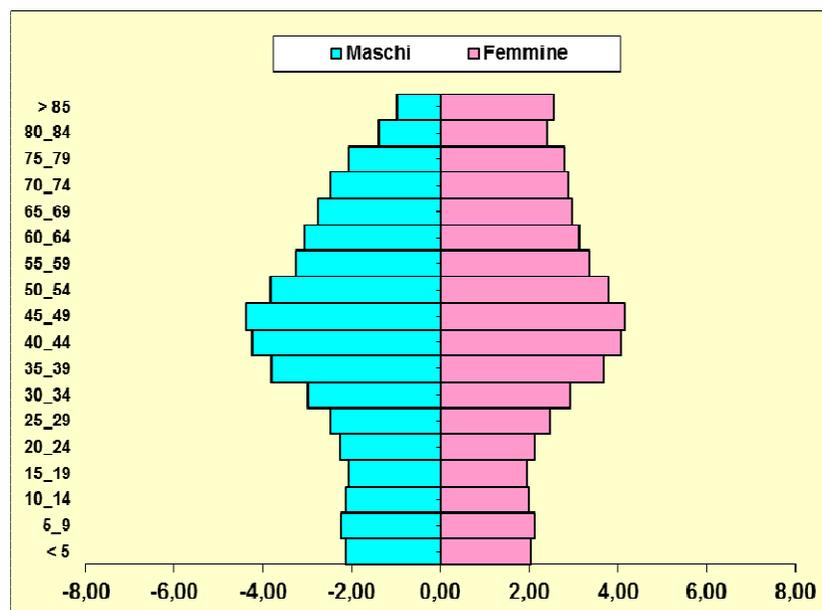
Sono previsti momenti di confronto annuale con le parti sociali, riguardanti sia la definizione degli obiettivi annuali, sia il monitoraggio e la verifica dei risultati raggiunti e del processo in itinere per l'integrazione dell'azione sociale e socio-sanitaria, funzionale a rispondere in modo più efficace ai bisogni dei cittadini.

**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



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 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
Oltrepò		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 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
Oltrepò	142.272	25.9	20.819	31.1
Provincia	549.502	100,0	66.928	100.0

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/quadruplegia. 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.

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

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 5 - n. 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

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 2/3 con età inferiore ai 65 anni)

Tabella 6 - n. 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

Sono 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 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

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

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

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

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 percentuale 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 % 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.

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

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

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

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

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

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

L'anagrafe fragilità

Presso la ASL di Pavia l'Anagrafe Fragilità è stata costruita secondo le indicazioni di RL (lettera del 15/05/2006) linkando tre fonti di dati: matrice con variabili sanitarie, matrice con variabili sociali richieste dal Dip, ASSI ai 190 Comuni, matrice con variabile socio-sanitaria – solo voucher socio-sanitario.

Viene così costituita l'anagrafe fragilità finale attraverso la selezione dei 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 riguardanti 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 contenute nell'anagrafe fragilità aggiornata nel 2013, compilata dai Comuni della provincia su richiesta della Direzione Sociale. Le variabili sociali sono: Assenza di aggregato familiare (vive solo), Basso reddito (11,000 € annui), Condizioni abitative inadatte, Fruitore di Voucher sociale, Fruitore di Buono sociale.

Nel 2013 i Comuni del territorio hanno segnalato complessivamente 1.099 cittadini che presentano almeno una condizione 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

IDR= Istituto Di Riabilitazione

CDI= Centro Diurno Integrato

RSA= Residenza Sanitaria Assistita

CSS= Comunità Socio-Sanitaria

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 Socio-sanitarie

AREA ANZIANI

LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

OFFERTA TERRITORIALE RSA

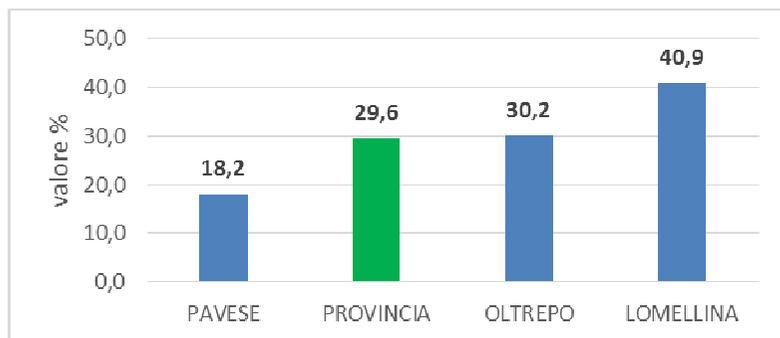
Presso il territorio della ASL di Pavia insistono 83 RSA e complessivamente 5.798 posti letto autorizzati, di cui 5.670 accreditati. Il 91,6% delle RSA (76) ha un contratto stipulato con la ASL e i posti letto a contratto al 31/12/2013 erano 5.278. Nel 2014, in attuazione della DGR 1185/2013, i posti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

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

Ambito territoriale/Distretto	N PL Contratto	pop 75+	Pop di riferimento (27,31% pop. 75+)	Offerta ogni 100
Pavia	358	12.964	3.540	10,1
Corteolona	258	4.699	1.283	20
Certosa	514	5.112	1.396	37
PAVESE	1.130	22.775	6.220	18,2
Voghera	976	9.812	2.680	36,4
Casteggio	207	4.767	1.302	16
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.

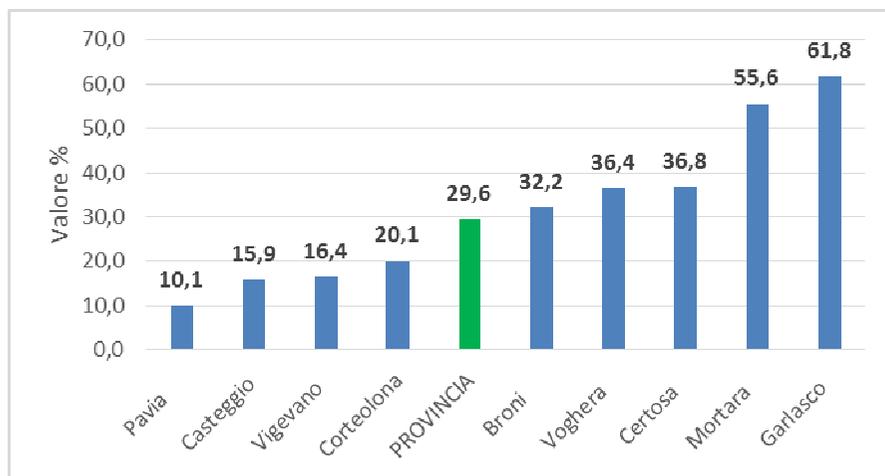
Figura 2- Offerta territoriale stratificata per Distretto; confronto col dato provinciale



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

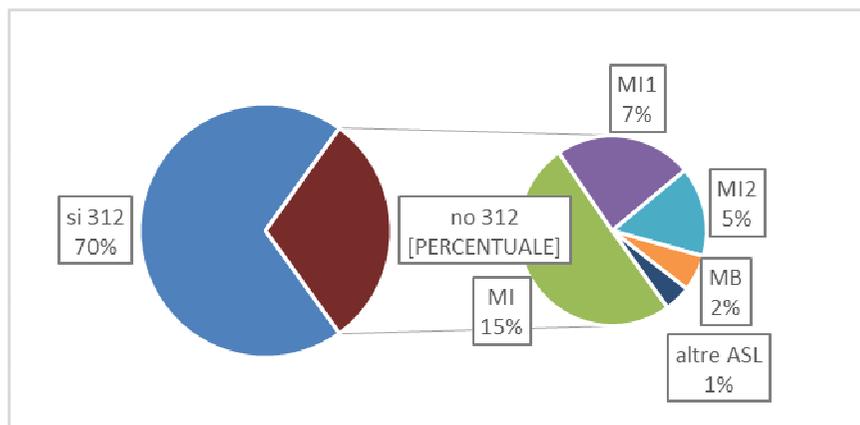


Gli Ambiti territoriali di Broni (32.2 PL ogni 100 residenti target), Voghera (36,4 PL ogni 100 residenti target) e Certosa (36.8 PL ogni 100 residenti 75+ target), presentano un'offerta territoriale simile al dato provinciale, a differenza degli Ambiti territoriali di Pavia, Casteggio, Vigevano e Corteolona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

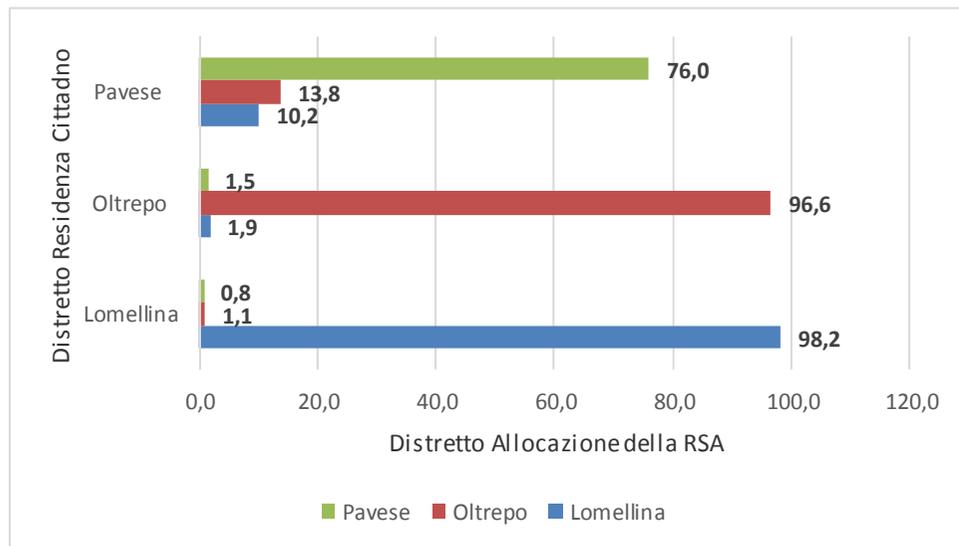
Soltanto il 2% degli ospiti proviene dalla ASL MB, mentre la provenienza dalle altre 10 ASL di Regione Lombardia interessa l'1% degli ospiti. Si tratta di un **dato ormai consolidato**, già evidenziato in analoghe elaborazioni riferite agli anni precedenti, e, presumibilmente, sembra essere legato all'entità 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 -).

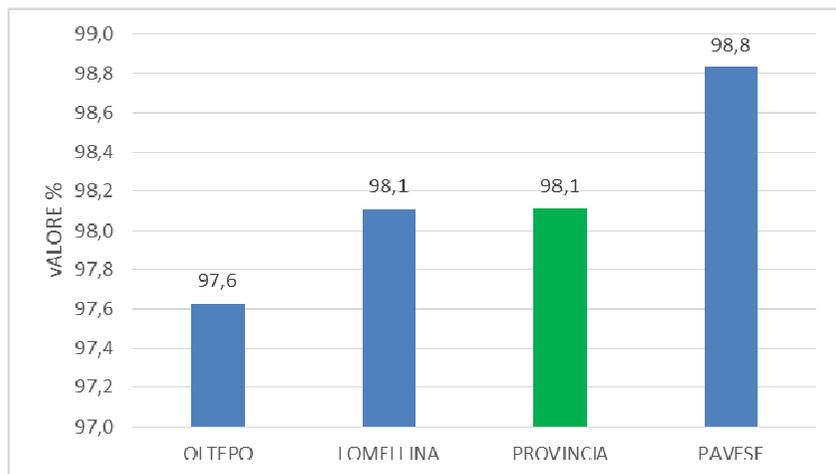
Tabella 13 – tasso di saturazione

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%.

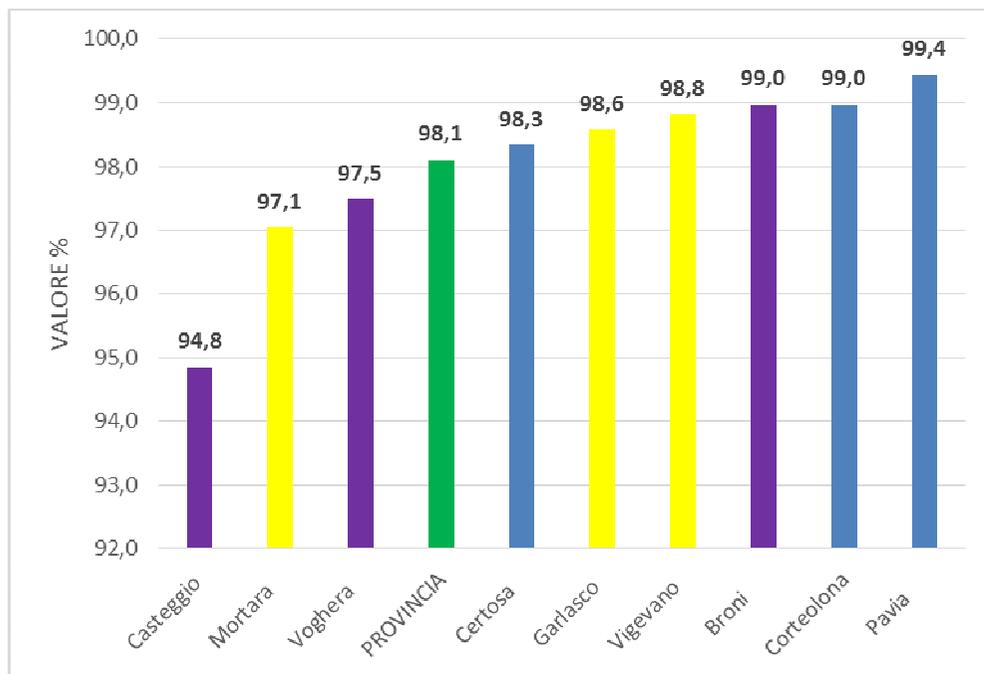
Lievemente inferiore è il tasso di saturazione delle strutture dell'Oltrepò (complessivamente del 97,6%) (Fig. 6-), in contraddizione con gli indicatori demografici che evidenziano in tale territorio la maggior concentrazione di residenti ultrasessantacinquenni (indice di invecchiamento 75+ =14,3 e indice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

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



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

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



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

- In provincia la saturazione e la retta media non sono correlate ($p= 0.1569$, $r= -0.1640$); lo stesso si può dire per il Distretto della Lomellina ($p=0.828$, $r= 0.0425$).
- Nel Distretto dell'Oltrepò la correlazione è al limite della significatività ($p=0.0552$) con un indice di correlazione $r= -0.3663$; quindi, anche se la correlazione non raggiunge la significatività statistica, si può dire che si nota una lieve correlazione inversamente proporzionale tra la retta media e la saturazione (Aumenta la saturazione alla diminuzione della retta media).
- Nel Distretto pavese, invece, si ha una buona correlazione inversamente proporzionale ($r=-0.6812$) ed è statisticamente significativa ($p=0.0210$).

LA COMPLESSITA DELL'OSPITE DELLE RSA

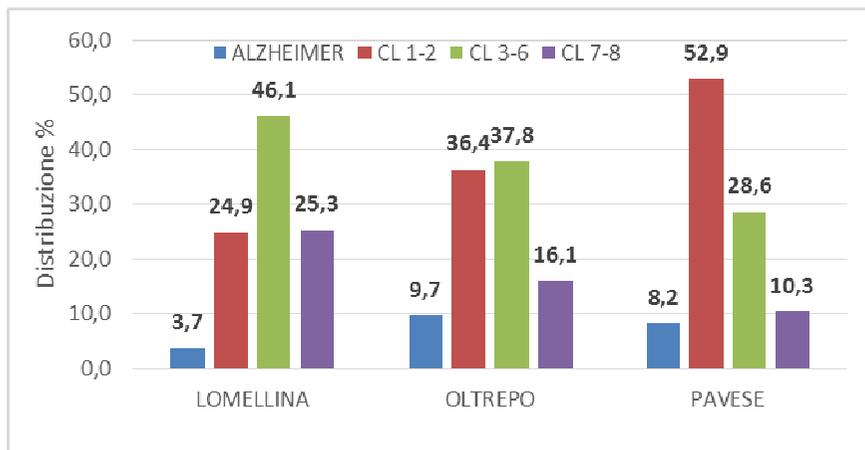
A livello provinciale il 19.2% degli ospiti delle RSA si trova in Classe 7 o 8 (Tab. 14-). La prevalenza delle classi SOSIA più "basse" testimonia, in prima battuta, che la tipologia di ospiti delle RSA negli ultimi anni è cambiata: è mediamente **più anziana**, con un **quadro clinico più complesso**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

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

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

Se si analizza la complessità dell'ospite dopo aver stratificato per Distretto di allocazione delle RSA sembra che la complessità dell'ospite sia inversamente proporzionale all'offerta territoriale. È evidente (Fig. 8-) che nel Distretto della Lomellina, che presenta un indice di offerta territoriale pari a 40.9 (il più alto tra i tre Distretti e rispetto al dato provinciale – vedi **Tabella 12**- Offerta territoriale, stratificazione per Distretto e Ambito), solo il 24.9% degli ospiti delle RSA sono in Classe 1 o 2, e per contro il 25.3% degli ospiti si trova nelle classi di minore fragilità (Classi 7-8). Le RSA che si trovano sul Distretto Pavese hanno invece la più alta percentuale di pazienti "gravi", infatti il 52.9% dei pazienti sono in classe 1 o 2: si ricorda che il Distretto Pavese ha un indice di offerta territoriale pari a 18.2 – il più basso sul territorio provinciale. Si evidenzia inoltre un'alta proporzione di ospiti Alzheimer nell'Oltrepò (9.7% degli ospiti) e nel Pavese (8.2% degli ospiti): sul territorio provinciale sono presenti 14 Nuclei Alzheimer con 365 Posti Letto a contratto, di cui 173 (47,4%) in Oltrepò, 100 in Lomellina e 92 nel Pavese.

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



LISTE DI ATTESA RSA

Premessa metodologica: gestione informatizzata delle liste di attesa RSA

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

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

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

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

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

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

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

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

A novembre 2014 si contano complessivamente 2.539 cittadini in lista di attesa (Tab. 16-): di questi 2.031 (79.9%), dei quali 1.377 residenti e 654 non residenti ASL 312, sono in attesa di essere inseriti in RSA, mentre 478 sono già ospiti di una RSA, ma hanno fatto richiesta di essere trasferiti in un'altra UdO. La richiesta di trasferimento è effettuata, per la maggior parte, da cittadini residenti in uno dei tre Distretti della ASL di Pavia (399 persone su 508; 78,5%) e, presumibilmente, riflette il desiderio di essere ospitato in una RSA più vicina alla propria residenza anagrafica, e quindi al proprio contesto familiare e sociale.

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

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

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

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

I CENTRI DIURNI INTEGRATI

OFFERTA TERRITORIALE CDI

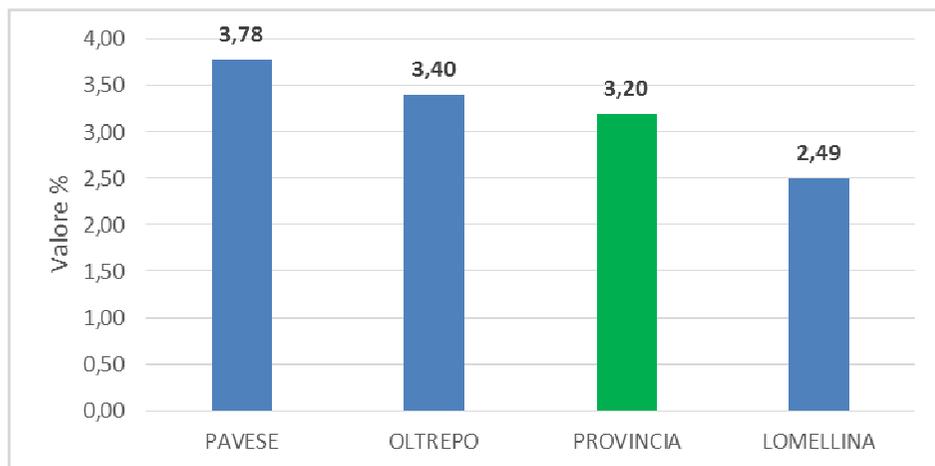
Presso il territorio della ASL di Pavia sono allocati complessivamente 27 CDI, di cui 26 CDI con Posti a contratto (Tab. 18-) e 1 con Posti solo autorizzati nel 2014 : pur non essendoci una differenza importate del numero di UdO per Distretto (Pavese 38.5%, Oltrepò e Lomellina entrambi 30,8%) il numero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

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

Ambito territoriale/Distretto	N° CDI	POSTI AUT	POSTI ACCI	POSTI A CONT 2013	POSTI A CONT 2014
Garlasco	4	65	65	65	65
Mortara	3	45	45	45	45
Vigevano	1	40	40	40	40
LOMELLINA	8	150	150	150	150
Broni	4	130	130	90	90
Voghera	4	110	100	95	100
Casteggio	0	0	0	0	0
OLTREPO	8	240	230	185	190
Certosa	2	55	55	55	55
Corteolona	4	118	88	66	66
Pavia	5	114	114	114	114
PAVESE	10	257	257	235	235
PROVINCIA	27	677	637	570	575

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

Figura 9- indice di offerta 2014; stratificazione per Distretto



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

Il valore più basso si evidenzia in Lomellina dove sono allocati 2,49 posti ogni 100 residenti target.

La stratificazione dell'indice di offerta per i 9 Ambiti territoriali (Tab. 19-) evidenzia un situazione variabile, con valori significativamente superiori, rispetto al dato provinciale, nell'Ambito di Broni (5.58%) e di Corteolona (5.14%) mentre l'offerta nell'Ambito territoriale di Vigevano risulta la più bassa (1.56%). Il confronto tra il 2013 e il 2014 non evidenzia differenze degne di nota.

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

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

UTILIZZO CDI: IL TASSO DI SATURAZIONE

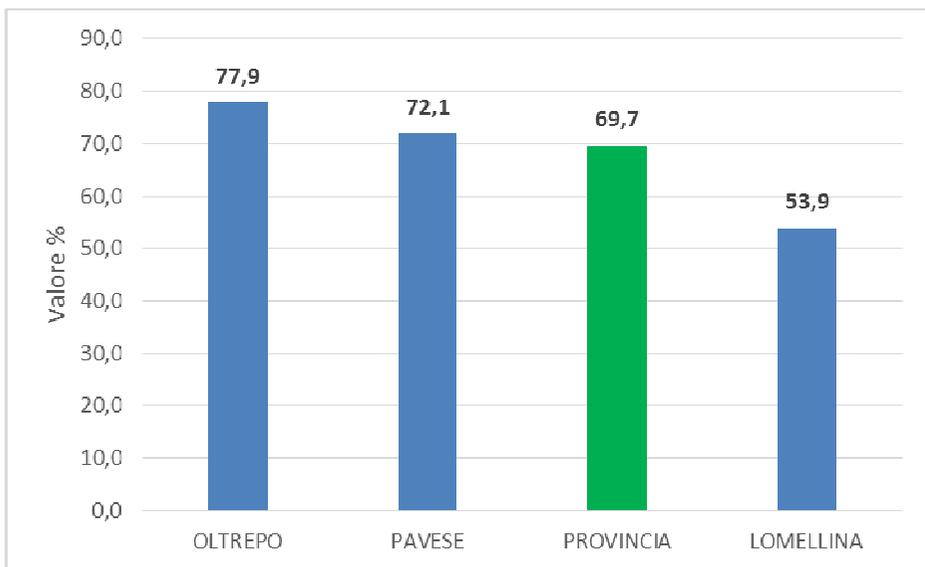
Il tasso di saturazione presenta una grande variabilità all'interno di ogni singola UdO: valutando tale indicatore a livello di Distretto (Tab. 20 e Fig. -10) si evidenzia che nei Distretti dell'Oltrepò e del Pavese la saturazione dei posti a contratto è superiore al 70% (77.9% in Oltrepò e 72,1% nel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

Tabella 20- Tasso di saturazione CDI

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

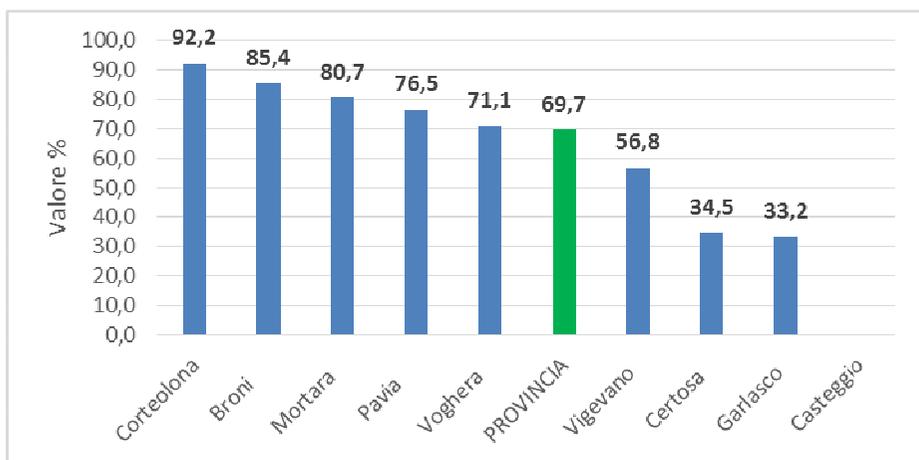
Si evidenzia invece che nel Distretto della Lomellina, dove sono allocati il maggior numero di RSA, sono utilizzati solo poco più della metà delle giornate disponibili su posti a contratto presenti nei CDI (53.9%).

Figura 10- tasso di saturazione entro Distretto



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

Figura 11- tasso di saturazione CDI entro Ambito territoriale



GLI OSPITI DEI CDI: alcune caratteristiche

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

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

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

Tabella 21- ospiti CDI 2013 per classe di età

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

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

Analisi in merito alle strutture in esercizio al di fuori della rete con particolare riferimento alle case famiglia ed alle comunità alloggio per anziani.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda le comunità alloggio per anziani e le comunità familiari per anziani, il cui totale risulta pari a n. **75**, si declinano nella figura (fig. 26) e nella tabella sotto riportate (tab. 54) le distribuzioni territoriali, nonché la relativa capacità ricettiva che risulta essere globalmente di **502** posti

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

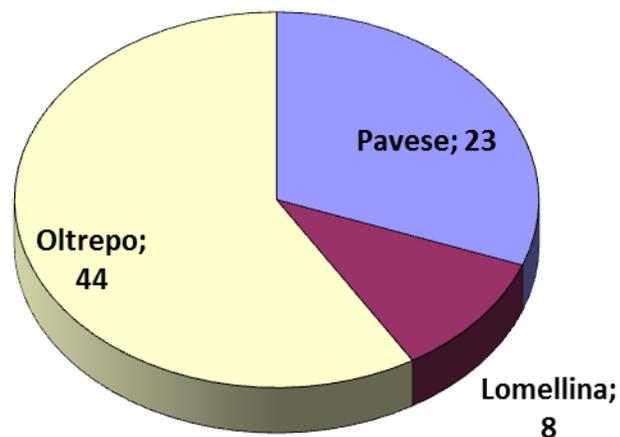


Tabella 55 – Posti letto relativo alle Case Famiglia per anziani e Comunità alloggio distinti per Distretto di ubicazione – anno 2014

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

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

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 Appropriatazza 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).

AREA DISABILI

LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER DISABILI (RSD)

OFFERTA TERRITORIALE RSD

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

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

Ambito territoriale/Distretto	N° RSD	N° RSD	POSTI AUT	POSTI ACC	POSTI CONT
Pavia	2	2	0	0	48
Corteolona	0	0	0	0	0
Certosa	0	0	0	0	0
Pavese	2	2	0	0	48
Voghera	3	3	0	0	104
Casteggio	1	1	0	0	36
Broni	1	1	0	0	20
Oltrepò	5	5	0	0	160
Vigevano	1	1	0	0	18
Mortara	1	1	0	0	18
Garlasco	1	1	0	0	11
Lomellina	3	3	0	0	47
Provincia	10	10	0	0	255

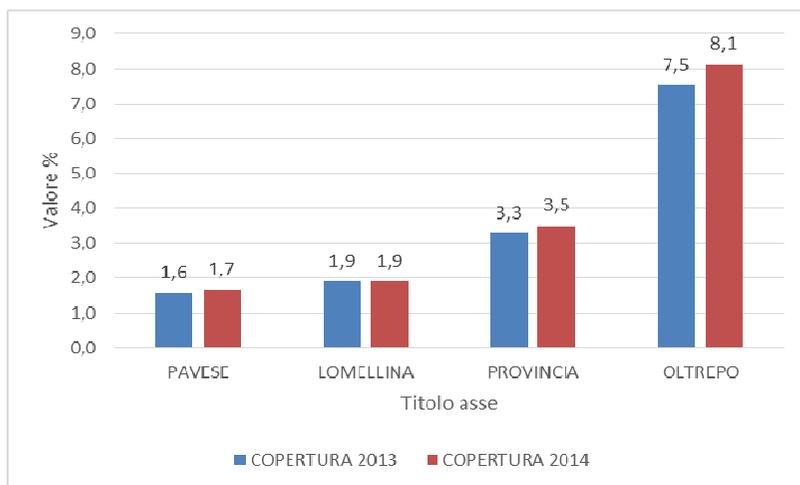
Il numero maggiore di RSD è allocato nel Distretto dell'Oltrepò (5 RSD e 160 PL a contratto), mentre sul Distretto Pavese si contano 2 RSD e 48 PL a contratto (18,8% sul totale del PL) e sul Distretto della Lomellina sono disponibili 47 PL a contratto (18,4%) e 3 RSD.

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

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

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

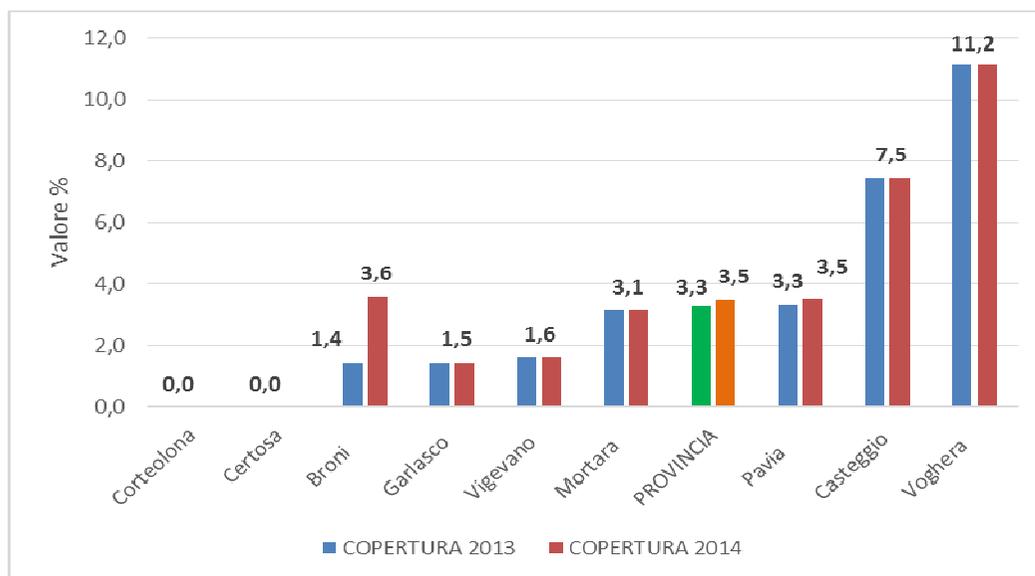
Figura 12- offerta territoriale RSD; stratificazione per Distretto (2014 vs 2013)



L'offerta territoriale calcolata sul Distretto Pavese sul Distretto Oltrepò è sovrapponibile ed è rispettivamente pari a 1,6 e 1,9 ogni 100 residenti "target".

Nel 2014 l'indicatore aumenta dello 0,1% nel Pavese, a seguito della messa a contratto di ulteriori 3 PL (Fig. 12).

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



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

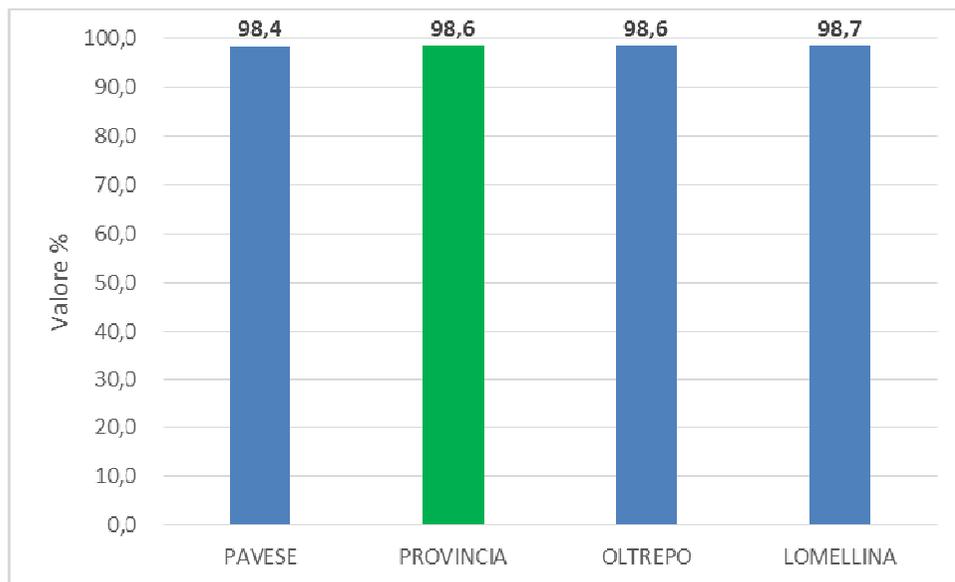
UTILIZZO DELLE RSD : il TASSO DI SATURAZIONE

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

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

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

Figura 14- tasso di saturazione RSD; stratificazione per Distretto



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

COMUNITA' SOCIO SANITARIE PER DISABILI (CSS)

OFFERTA TERRITORIALE CSS

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

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

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

Nel 2014 rispetto al 2013, pertanto, vi è stato un incremento di 10 PL a contratto, che sono complessivamente 110 e presentano una distribuzione differente nei tre Distretti (Tab. 25).

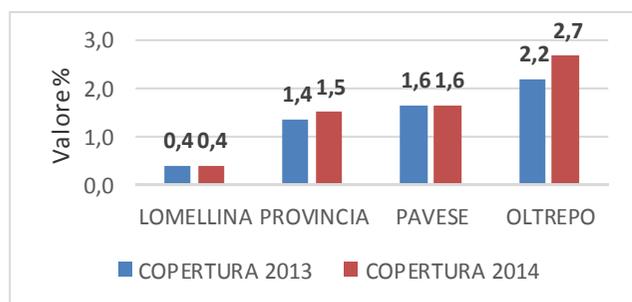
Il Distretto Oltrepò e il Distretto Lomellina presentano il maggior numero di U.d.O., rispettivamente 6 e 5, e di conseguenza il maggior numero di PL a contratto (Pavese: 47 PL a contratto; Oltrepò: 43 nel 2013 e 53 nel 2014)

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

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

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

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



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

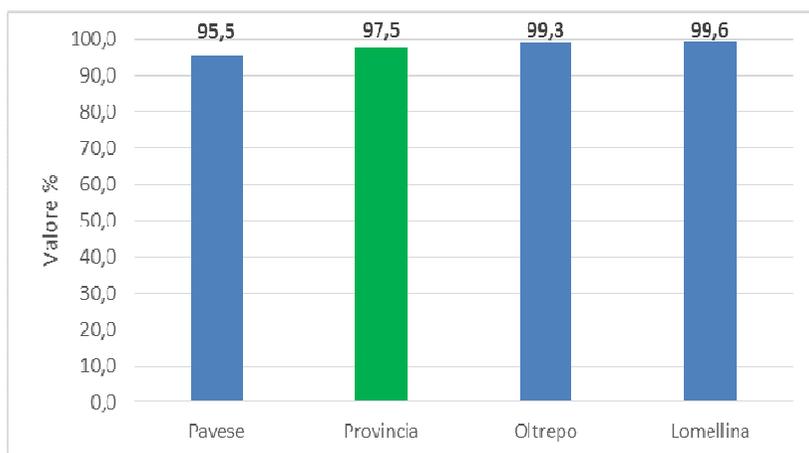
UTILIZZO DELLE CSS: il TASSO DI SATURAZIONE

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

N° UdO	Territorio	Ambito territoriale	giornate effettive	giornate teoriche	% saturazione
1	Lomellina	Vigevano	3.650	3.636	99,6
2	Oltrepò	Broni	3.650	3.650	100,0
3			3.650	3.650	100,0
4		Voghera	1.825	1.802	98,7
5	3.650		3.606	98,8	
6	Pavese	Corteolona	2.920	2.880	98,6
7			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.

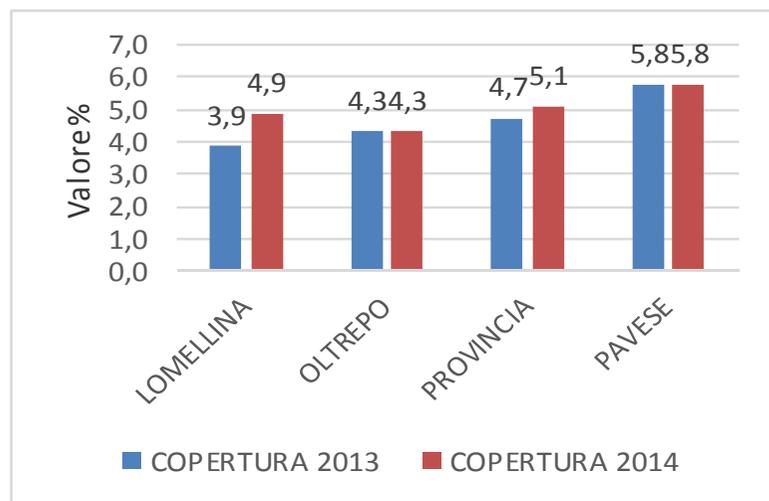
Nel Distretto della Lomellina si contano 5 U.d.O. e si osserva un incremento dei posti a contratto che passano da 95 nel 2013 a 120 nel 2014 (32,4%) in seguito alla messa a contratto di una nuova UdO.

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.

L'UTILIZZO DEI CDD: IL TASSO DI SATURAZIONE

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

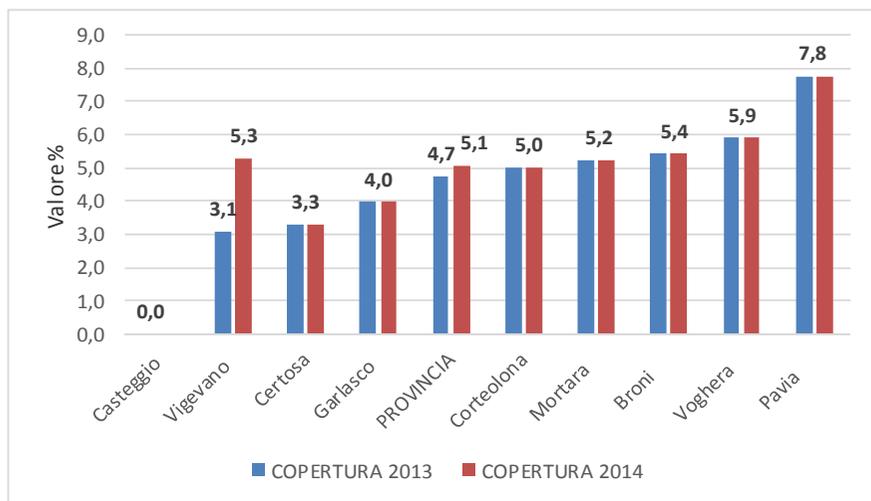


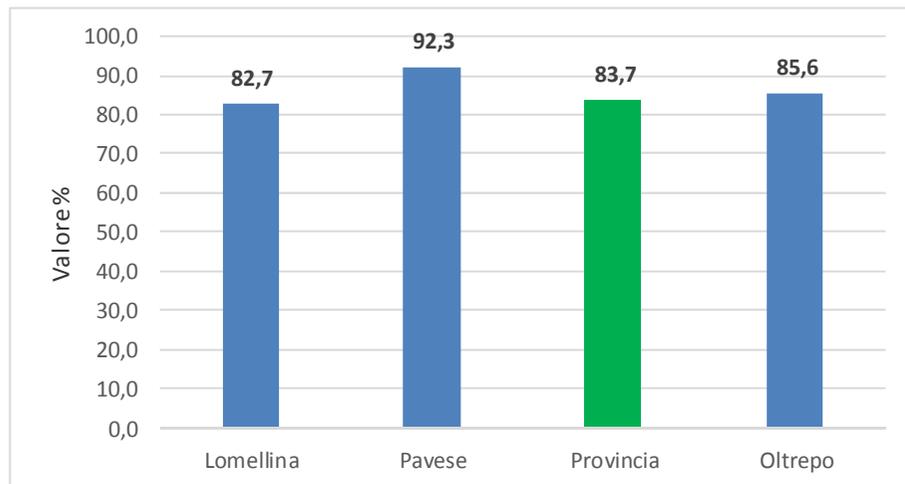
Tabella 30- tasso di saturazione CDD, stratificazione per Distretto e Ambito territoriale

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
	Corteolona	6.870	4.236	61,7
		7.170	7.080	98,7
	Certosa	7.410	7.225	97,5

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-).

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 tassi di saturazione di circa il 90% nei due CDD allocati nell'ambito territoriale e nel Comune di Vigevano, e un valore superiore al 95% nell'unico CDD dell'Ambito territoriale di Mortara.

ISTITUTI DI RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE (IDR)

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

Tabella 31 - età media dei pazienti per Istituto di Riabilitazione

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

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

Tabella 32 - fascia di età per Istituto di Riabilitazione

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

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

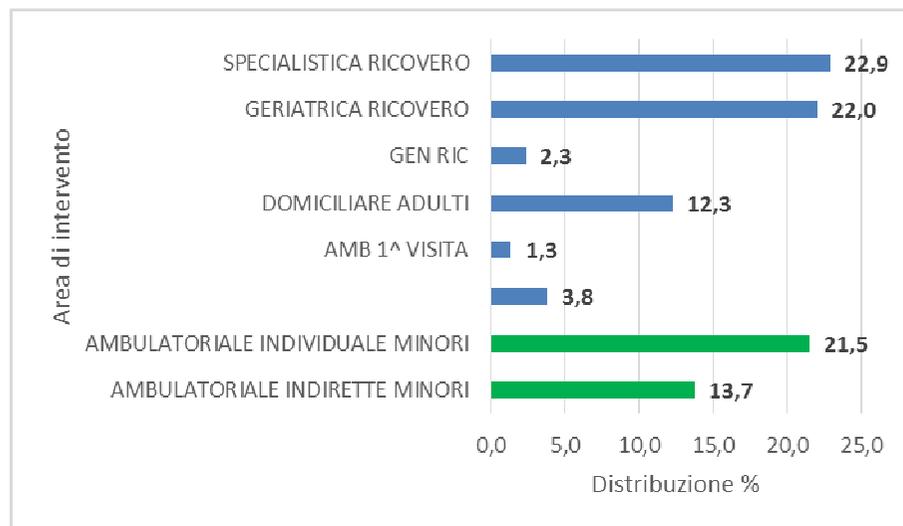
I pazienti ricoverati in regime specialistico (Tab. 37-) sono stati 273, per la maggior parte anziani (200; 73,2%); i ricoveri in Generale Geriatrica hanno riguardato 291 persone, 28 in area Generale e 263 in area Geriatrica, con una netta prevalenza in quest'ultima di ultra75enni. La Domiciliarità ha 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 accessi a domicilio sono stati complessivamente 435. Per quanto riguarda i ricoveri, sui 30 posti letto di Specialistica ci sono stati 288 ricoveri e sui 35 di generale e geriatria 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 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

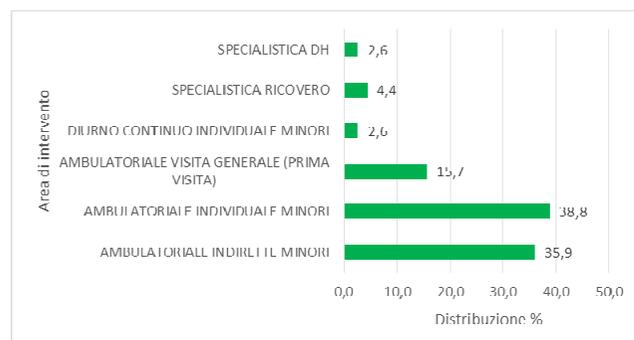
I pazienti ricoverati in regime specialistico sono stati 31 (Tab, 33-), di questi 12 in regione di DH e 20 in Specialistica (un paziente infatti ha usufruito di entrambi i moduli), per la maggior parte preadolescenti (26 con età <14 anni), mentre in 6 casi si trattava di adolescenti. Nel ciclo Diurno 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.

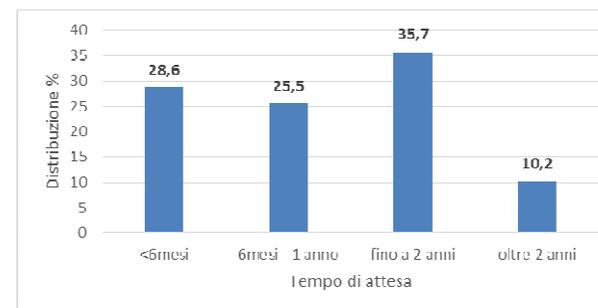
Considerando che una persona può far richiesta di presa in cura nelle diverse aree di intervento si evidenzia che la richiesta maggiore riguarda l'area Ambulatoriale (82,9% delle richieste) e in minor misura l'area residenziale e il Diurno Continuo (Tab. 36-).

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 un anno fino a 2 anni, e il 10% da oltre due anni)

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



IDR 3

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

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

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

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

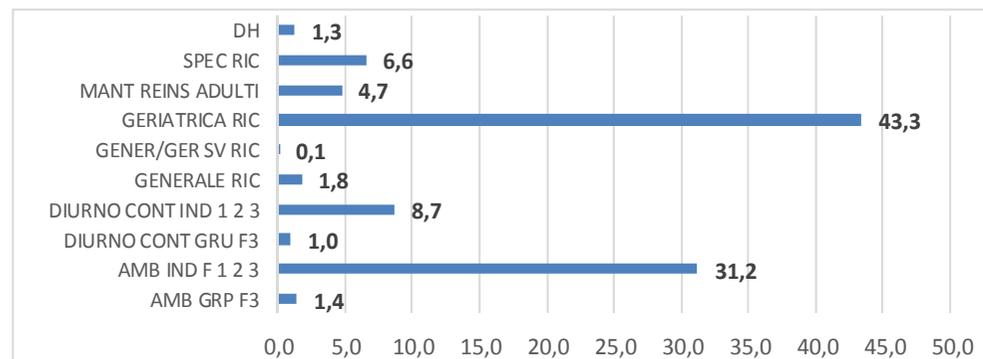
I trattamenti ambulatoriali sono stati erogati a 776 che hanno usufruito sia di trattamenti di gruppo (35 persone) che di trattamento individuale: quest'ultimo, in grande maggioranza di fascia 3, è stato offerto a 765 persone, di ogni fascia di età, ma con una prevalenza di adulti, giovani Anziani e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

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

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

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

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



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

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

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

FASCIA ETA	AMB GRP F3	AMB IND F 1 2 3	DIURNO CONT GRU 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	0	6	150
45-64	18	238	5	88	2	1	7	9	7	13	388
65-74	15	239	17	36	35	1	155	18	16	7	539
75+	27	287	16	46	12	0	998	98	140	5	1.629
Totale	60	865	38	228	51	2	1.162	125	163	31	2.725

LISTE ATTESA IDR 3

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

Tabella 43 – IDR 3- liste attesa Istituto Santa Margherita

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

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

- ASL 312, 341 persone (93,1%),
- ASL 309, 14 persone (3,8%)
- ASL 310, 10 persone (2,7%)
- ASL 314, 1 persona (0,3%).

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

Tabella 44- IDR 3-tempo medio di attesa

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

LE UNITA DI OFFERTA PER PERSONE CON COMPORAMENTI DI ADDICTION

SERVIZI TERRITORIALI PER DIPENDENZE (SER.T.)

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

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

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

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

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

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

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

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

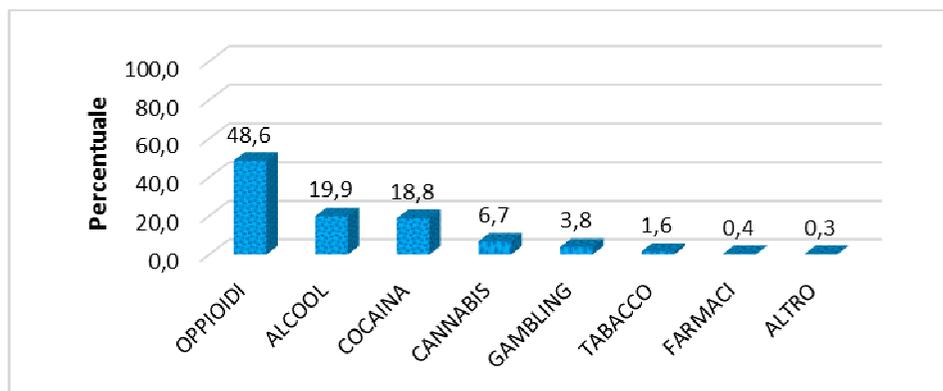
Tabella 45c - Frequenze assolute e % degli utenti del U.O.S. Lomellina – sede di Vigevano- per genere e classi di età

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

LE SOSTANZE D'ABUSO UTILIZZATE

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

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



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

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

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

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

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

Come era prevedibile, la sostanza d'abuso 'prediletta' dagli adolescenti è la cannabis; infatti, quasi la totalità (100% meno di 14 anni e 90,2% tra i 14 e 17 anni) degli adolescenti in cura abusa di cannabis come sostanza primaria (Tab 46). Per le fasce d'età che vanno dai 18 agli 64 anni,

invece, la sostanza d'abuso primaria più frequente è l'eroina con i suoi derivati (genericamente definiti come oppioidi) e quasi la metà degli utenti in queste fasce d'età utilizza gli oppioidi (dal 45% circa al 53%). Tra i giovani però la seconda sostanza più utilizzata è la cannabis (circa il 27%) seguita dalla cocaina (circa 20%).

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

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

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

Classe d'età	Oppioidi	Cocaina	Alcool	Cannabis	Gambling	Tabacco	Farmaci	Altro	Totale
<14	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
14-17	7,8	2,0	0,0	90,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
18-24	46,4	19,6	4,8	26,8	2,4	0,0	0,0	0,0	100,0
25-44	53,1	23,0	15,7	4,2	2,3	0,8	0,4	0,5	100,0
45-64	44,4	18,8	31,9	1,4	6,6	3,4	0,5	0,0	100,0
65-74	13,8	3,5	48,3	3,5	24,1	6,9	0,0	0,0	100,0
75+	0,0	0,0	71,4	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	100,0

La situazione del poliabuso nel territorio

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

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

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

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

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER LE DIPENDENZE

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

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

OFFERTA TERRITORIALE: L'INDICE DI COPERTURA

Nel dettaglio sono disponibili i seguenti posti letto a contratto:

- 159 di tipo Terapeutico Riabilitativo, prevalentemente nel Distretto Pavese (139; 87,4%);
- 66 di tipo Pedagogico Riabilitativo (69,7% nel Distretto della Lomellina e 30,3% nel Distretto Pavese);
- 3 PL di Accoglienza, tutti allocato nel Distretto Lomellina;
- 13 PL per Coppie, Nuclei famigliari, anche con figli, 8 in Lomellina e 5 nel Pavese;
- 33 PL per Alcolismo e Polidipendenza, 14 in Lomellina e 19 nel Pavese;
- 25 posti per pazienti con 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 inferiore al dato provinciale (rispettivamente 0.63 e 0.46 ogni 1000 target)

Tabella 49- offerta territoriale residenziale e semiresidenziale per le Dipendenze

Residenti 15-64 aa		N° PL contratto		Indice di copertura per 1000		
		Residenziale	Semiresidenziale	Residenziale	Semiresidenziale	Totale
Garlasco	34.657	14		0,40		0,40
Mortara	26.697	49		1,84		1,84
Vigevano	52.141	8		0,15		0,15
LOMELLINA	113.495	71	0	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.

CONTESTO SOCIO- DEMOGRAFICO DELL'AMBITO TERRITORIALE

IL DISTRETTO DI CERTOSA DI PAVIA: DATI DI CONTESTO



Il Distretto di Certosa di Pavia, situato al confine sud della cintura milanese, è formato da 24 Comuni.

La sua popolazione conta 74.594 abitanti: 37.317 maschi e 37.277 femmine (dati al 31/12/2013).

DESCRIZIONE DEL CONTESTO

Il territorio del Distretto di Certosa di Pavia è formato dai seguenti 24 Comuni:

BASCAPE', BATTUDA, BEREGUARDO, BORGARELLO, BORNASCO, CASORATE PRIMO, CERANOVA, CERTOSA DI PAVIA, CURA CARPIGNANO, GIUSSAGO, LANDRIANO, LARDIRAGO, MARCIGNAGO, MARZANO, ROGNANO, RONCARO, SANT'ALESSIO CON VIALONE, SIZIANO, TORREVECCHIA PIA, TRIVOLZIO, TROVO, VELLEZZO BELLINI, VIDIGULFO, ZECCONE.

Si tratta per la maggior parte di piccoli Comuni (media abitanti 3.108); il suo Comune più popoloso è Casorate Primo con 8.533 abitanti. Nel Distretto, oltre Casorate Primo, risultano solo 5 Comuni al di sopra dei 5.000 abitanti. Sono 15 i comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti, di cui 3 sotto i 1.000.

Il Distretto di Certosa di Pavia ha registrato negli ultimi anni un costante e progressivo incremento demografico, dovuto all'espansione della capacità abitativa, promossa da molti Comuni dell'ambito. Si registra una sostanziale battuta d'arresto nell'ultimo biennio, dovuto al rallentamento dell'espansione urbanistica e alla crisi economica e sociale che ha pesantemente investito le famiglie.

	ANNO 2007	ANNO 2009	ANNO 2011	ANNO 2013
Numero abitanti (dati al 31.12)	63.481	68.685	73.619	74.594
Incremento percentuale nel periodo	17,50 % (pari a 11.113 abitanti)			
Incremento percentuale nel biennio 2011/13	1,33% (pari a 975 abitanti)			

La popolazione mostra indici di carico sociale inferiori alla media provinciale, regionale e nazionale. Ciò è dovuto, malgrado il rallentamento dell'espansione, alla presenza di molte famiglie giovani, come confermato anche dall'indice dei minori (0-14 anni) presente nel distretto, pari al 16,51% della popolazione (media nazionale: 14,57%); l'indice di invecchiamento (94,02) è circa la metà della media provinciale (183,50) e decisamente inferiore alla media regionale (149,49) e nazionale (154,06).

L'indice della fascia adulta (15-64 anni) è pari al 67,98%, è in calo di 1,5 punti percentuali rispetto al 2010 e rispecchia il trend in diminuzione della media nazionale (64,69%).

Data la vicinanza alla grande metropoli, l'ambito territoriale è connotato da forte pendolarismo e da importanti necessità per i lavoratori di conciliare i tempi di cura dei parenti con le esigenze lavorative.

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE AL 01.01.2014

	Totale abitanti	Totale Maschi	Totale Femmine	Abitanti 0-3	Abitanti 4-14	Abitanti 15-17	Abitanti 18-35	Abitanti 36-64	Abitanti 65-74	Abitanti > 75
Bascapé	1.643	847	796	59	147	42	333	765	168	129
Battuda	675	352	323	41	67	18	136	330	42	41
Bereguardo	2.721	1.362	1.359	90	267	63	478	1.223	278	322
Borgarello	2.741	1.385	1.356	91	391	84	474	1.335	183	183
Bornasco	2.641	1.362	1.279	129	386	69	488	1.249	202	118
Casorate Primo	8.533	4.253	4.280	323	964	251	1.662	3.823	797	713
Ceranova	2.048	1.022	1.026	106	293	61	437	914	154	83
Certosa di Pavia	5.234	2.609	2.625	257	549	100	1.152	2.362	429	385
Cura Carpignano	4.748	2.338	2.410	228	618	142	994	2.227	304	235
Giussago	5.146	2.585	2.561	236	539	121	1.047	2.302	474	427
Landriano	6.271	3.069	3.202	308	738	148	1.319	2.766	555	437
Lardirago	1.230	627	603	33	115	31	234	560	119	138
Marcignago	2.471	1.242	1.229	117	267	60	447	1.143	231	206
Marzano	1.657	836	821	78	224	40	325	733	148	109
Rognano	647	330	317	29	103	14	123	339	23	16
Roncaro	1.525	769	756	96	184	46	394	670	84	51
Sant'Alessio con V.	933	485	448	59	115	18	214	438	58	31
Siziano	5.917	2.909	3.008	211	755	173	1.107	2.657	561	453
Torrevecchia Pia	3.512	1.798	1.714	174	428	110	727	1.617	256	200
Trivolzio	2.128	1.058	1.070	116	235	37	442	955	171	172
Trovo	1.040	534	506	49	149	35	196	446	87	78
Vellezzo Bellini	3.174	1.596	1.578	139	412	115	619	1.401	271	217
Vidigulfo	6.223	3.108	3.115	298	805	149	1.259	2.731	523	458
Zeccone	1.736	841	895	71	223	44	336	806	123	133
TOTALE	74.594	37.317	37.277	3.338	8.974	1.971	14.943	33.792	6.241	5.335

DATO PROVINCIALE	548.326	266.058	282.268	18.155	51.451	13.256	99.746	237.932	60.846	66.940
% nel distretto	13,60	14,03	13,21	18,39	17,44%	14,87	14,98	14,20	10,26	7,97

INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE AL 01.01.2014

	Indice di invecchiamento +65 (Pop ≥ 65 / Pop totale) * 100	Indice di invecchiamento +75 (Pop ≥ 75 / Pop totale) * 100	Indice di vecchiaia (Pop ≥ 65 / Pop 0-14) * 100	Indice di dipendenza senile (Pop ≥ 65 / 15-64) * 100	Indice di carico sociale ((P ≥ 65 + P. 0-14) / P. 15-64) *100
Bascapé	18,08	7,85	144,17	30,87	44,12
Battuda	12,30	6,07	76,85	21,67	39,46
Bereguardo	22,05	11,83	168,07	38,98	54,25
Borgarello	13,35	6,68	75,93	24,88	44,80
Bornasco	12,12	4,47	62,14	22,39	46,23
Casorate Primo	17,70	8,36	117,33	32,11	48,76
Ceranova	11,57	4,05	59,40	22,06	45,04
Certosa di Pavia	15,55	7,36	100,99	26,01	44,83
Cura Carpignano	11,35	4,95	63,71	21,14	41,18
Giussago	17,51	8,30	116,26	30,52	48,30
Landriano	15,82	6,97	94,84	27,91	48,15
Lardirago	20,89	11,22	173,65	36,27	49,09
Marcignago	17,69	8,34	113,80	31,26	49,76
Marzano	15,51	6,58	85,10	28,07	50,91
Rognano	6,03	2,48	29,55	11,47	35,92
Roncaro	8,85	3,34	48,21	17,01	37,39
Sant'Alessio con V.	9,54	3,32	51,15	16,41	39,25
Siziano	17,14	7,66	104,97	31,54	50,29
Torrevecchia Pia	12,98	5,69	75,75	24,15	43,11
Trivolzio	16,12	8,08	97,72	27,20	48,40
Trovo	15,87	7,50	83,33	31,15	53,62
Vellezzo Bellini	15,37	6,84	88,57	29,85	48,67
Vidigulfo	15,76	7,36	88,94	28,32	50,35
Zeccone	14,75	7,66	87,07	26,27	46,37
INDICE DISTRETTO	15,52	7,15	94,02	22,83	47,11

CONFRONTO INDICATORI DI STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE CON INDICI MEDI (dati ISTAT anno 01.01.2014)

	Nazione	Regione	Provincia	Distretto di Certosa
Indice di vecchiaia	154,06	149,49	183,50	94,02
Indice di dipendenza senile	33,10	33,22	36,10	22,83
Indice di carico sociale	54,59	55,45	56,10	47,11

Il distretto di Certosa di Pavia mostra indici di vecchiaia, dipendenza e carico sociale decisamente inferiori alla media considerata a livello provinciale, regionale e nazionale.

INDICATORI DI SVILUPPO DELLA STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE

	Indice invecchiamento +75	Indice Invecchiamento +65	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza	Indice di carico sociale
Anno 2009	6,4	14,1	87,3	20,2	43,4
Anno 2011	6,7	14,5	90,2	21,0	44,2
Anno 2013	7,1	15,5	94,0	22,8	47,1

Tutti gli indici sono in costante aumento, testimoniando il progressivo incremento della popolazione anziana presente sul territorio

DATI POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE NEL DISTRETTO AL 01.01.2014

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	% SU ABITANTI	TOTALE AI 01.01.2011
Bascapé	98	83	181	11,02	209
Battuda	32	31	63	9,33	32
Bereguardo	111	122	233	8,56	223
Borgarello	80	87	167	6,09	146
Bornasco	46	72	118	4,47	142
Casorate Primo	324	374	698	8,18	608
Ceranova	76	81	157	7,67	129
Certosa di Pavia	198	215	413	7,89	371
Cura Carpignano	144	185	329	6,93	280
Giussago	222	228	450	8,74	442
Landriano	336	366	702	11,19	612
Lardirago	34	50	84	6,83	82
Marcignago	95	107	202	8,17	211
Marzano	122	123	245	14,79	209
Rognano	8	18	26	4,02	22
Roncaro	55	71	126	8,26	104
Sant'Alessio con V.	16	25	41	4,39	45
Siziano	244	247	491	8,30	436
Torrevecchia Pia	117	155	272	7,74	253
Trivolzio	67	95	162	7,61	143
Trovo	24	26	50	4,81	55
Vellezzo Bellini	131	156	287	9,04	224
Vidigulfo	246	265	511	8,21	520
Zeccone	32	41	73	4,21	70
TOTALE	2.858	3.223	6.081	8,15	5.568

L'incidenza della popolazione straniera nel tessuto sociale del Distretto è pari all'8,2% della popolazione complessiva (nel 2011 al 7,2%) .
La presenza di popolazione straniera è in aumento progressivo: 4.555 persone nel 2009, 5.568 nel 2011 e 6.081 a fine 2013.

DATI FAMIGLIE – DISTRETTO DI CERTOSA (dati ISTAT 2013)

	N° famiglie	N° medio componenti per famiglia	N° persone divorziate
Bascapé	748	2.20	25
Battuda	295	2.29	19
Bereguardo	1.256	2.17	68
Borgarello	1.057	2.50	60
Bornasco	1.094	2.48	83
Casorate Primo	3.534	2.41	215
Ceranova	801	2.56	55
Certosa di Pavia	2.267	2.29	150
Cura Carpignano	1.905	2.49	117
Giussago	2.244	2.29	116
Landriano	2.625	2.39	146
Lardirago	548	2.24	41
Marcignago	1.041	2.36	69
Marzano	682	2.43	41
Rognano	272	2.38	24
Roncaro	607	2.51	37
Sant’Alessio con V.	358	2.61	36
Siziano	2.432	2.43	153
Torrevecchia Pia	1.413	2.49	94
Trivolzio	927	2.26	60
Trovo	396	2.63	17
Vellezzo Bellini	1.270	2.50	56
Vidigulfo	2.666	2.32	138
Zeccone	690	2.52	35
TOTALE	31.128	valore medio 2.41	1.855

Rispetto alla rilevazione effettuata nella scorsa triennalità (dati ISTAT 2010) si registra un **incremento sul territorio distrettuale di 1.028 famiglie** a fronte di un aumento complessivo della popolazione di 2.298 unità.

Nel 2011 erano 1.465 le persone divorziate residenti nel distretto. A fine 2013 risultano aumentate di oltre il 26%, a testimoniare della crescente crisi del sistema famiglia, che fatica a mediare conflitti e tensioni

DATI CITTADINI CON DISABILITA' – DISTRETTO DI CERTOSA (dati ASL marzo 2015)

Nel distretto di Certosa di Pavia sono 2.096 le persone con disabilità o invalidità al 100%. Di queste 1.465 sono anziani, equivalenti al 12,66% del totale della popolazione anziana del Distretto.

L'ISTAT evidenzia che l'incidenza di povertà relativa in Lombardia nel 2013 riguarda il 6,4% dei cittadini. Da ciò si può stimare che siano 117 le persone disabili con basso reddito, in condizioni di vita al di sotto della soglia di povertà.

	FASCIA ETA					TOTALE
	0-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Popolazione totale	27.945	14.216	12.427	8.430	11.576	74.594
Persone disabili o invalide 100%	191	89	161	190	1.465	2.096
% su popolazione	0,68	0,63	1,30	2,25	12,66	2,81
Persone disabili o invalide 100% in situazione di povertà	12	6	9	11	78	117

DATI SULLA CONDIZIONE LAVORATIVA IN PROVINCIA DI PAVIA (estratti dal Report mercato del lavoro in provincia di Pavia – anno 2013 elaborato dalla provincia di Pavia)

LAVORATORI IN MOBILITÀ dati 2010	Maschi	Femmine	Totale	LAVORATORI IN MOBILITÀ dati 2011	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Senza indennità (legge 236/93)	1.830	1.115	2.945	Senza indennità (legge 236/93)	2.003	1.267	3.270
Con indennità (legge 223/91)	935	450	1.385	Con indennità (legge 223/91)	1.128	494	1.622
TOTALI	2.765	1.565	4.330	TOTALI	3.131	1.761	4.892

LAVORATORI IN MOBILITÀ dati 2012	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	LAVORATORI IN MOBILITÀ dati 2013	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
Senza indennità (legge 236/93)	2.304	1.493	3.797	Senza indennità (legge 236/93)	817	410	1.227
Con indennità (legge 223/91)	1.126	553	1.679	Con indennità (legge 223/91)	1.377	606	1.983
TOTALI	3.430	2.046	5.476	TOTALI	2.194	1.016	3.210

I dati di flusso evidenziano a partire dal 2008 un costante aumento dei lavoratori iscritti alle liste di mobilità. Nei prospetti si evidenzia un incremento costante del ricorso alla mobilità con indennità. Dato "senza indennità" non confrontabile per sospensione misura dal 1/1/2013.

LAVORATORI ISCRITTI AL CENTRO PER L'IMPIEGO	MASCHI		FEMMINE		TOTALE	
	Dati 2011	Dati 2013	Dati 2011	Dati 2013	Dati 2011	Dati 2013
Centro Impiego Pavia	6.725	9.992	8.021	11.408	14.746	21.400
Centro Impiego Vigevano	7.191	10.630	9.016	11.755	16.207	22.385
Centro Impiego Voghera	4.590	6.797	5.356	7.610	9.946	14.407
TOTALI	18.506	27.419	22.393	30.773	40.899	58.192

FLUSSO PERSONE IN CERCA DI LAVORO ANNO 2013	MASHI	FEMMINE	TOTALE
DISOCCUPATI	8.328	8.031	16.359
INOCCUPATI	858	1.129	1.987

SALDO AVVIAMENTI/CESSAZIONI	AVVIAMENTI 2013	CESSAZIONI 2013	SALDO 2013
PAVESE	23.063	26.256	-3.193
LOMELLINA	16.042	18.332	-2.290
OLTREPO'	20.519	23.116	-2.597
TOTALI	59.624	67.704	- 8.080

LAVORATORI ISCRITTI AL COLLOCAMENTO MIRATO	Maschi		Femmine		Totale	
	Dati 2011	Dati 2013	Dati 2011	Dati 2013	Dati 2011	Dati 2013
Disabili	1.937	2.409	1.573	1.810	3.510	4.219

In aumento le persone disabili iscritte al collocamento mirato (+16,8% in 2 anni).

Complessivamente la domanda di lavoro ha subito un flessione nel 2013; i contratti e le occasioni di lavoro sono diminuiti (circa 6.000 persone non più coinvolte in occasioni di lavoro). In aumento il divario di genere (57,4% maschi assunti contro 42,6% femmine). Il 30% della popolazione assunta è straniera.

Le assunzioni sono state effettuate per l'82,6% mediante forme flessibili (tempo determinato, lavoro a progetto, ecc). In riduzione del 20% le assunzioni a tempo indeterminato.

Aumenta il saldo negativo tra cessazioni e assunzioni (-4.619 nel 2012 e -8.080 nel 2013).

Al 31/12/2013 sono oltre 58.000 le persone disoccupate, di cui l'86% è costituito da persone precedentemente occupate e alla ricerca di nuova occupazione.

L'indice di ricambio della popolazione potenzialmente attiva è il rapporto tra la popolazione tra 60 e 64 anni (teoricamente prossima all'uscita dal mondo produttivo) e la popolazione tra 15 e 19 anni (teoricamente deputata a sostituire la fascia precedente). Più alto è il valore, più difficile risulta il ricambio.

	Nazione	Regione	Provincia	Distretto di Certosa
Indice di ricambio	126,85	133,43	154,22	128,06

DATI SULL'EMERGENZA ABITATIVA (Dati 2013 - Ministero dell'interno e Ministero della Giustizia- SISTAM)

Provvedimenti esecutivi di rilascio immobili	ITALIA ANNO 2010	ITALIA ANNO 2013
Per necessità del locatore	878	2.659
Per finita locazione	8.464	5.424
Per morosità o altra causa	56.147	65.302
TOTALI	65.489	73.385

L'89% degli sfratti sono dovuti a morosità o altra causa (83% nel 2010)

Rispetto al 2010, gli sfratti in Italia sono aumentati del 12%

In Lombardia viene sfrattata 1 famiglia ogni 314 (media italiana 1/352)

In Provincia di Pavia viene sfrattata **1 famiglia ogni 298** famiglie,.

Provvedimenti esecutivi di rilascio immobili	PROVINCIA DI PAVIA			
	Capoluogo ANNO 2010	Resto della Provincia ANNO 2010	Capoluogo ANNO 2013	Resto della Provincia ANNO 2013
Per necessità del locatore	0	0	0	0
Per finita locazione	8	19	5	5
Per morosità o altra causa	127	707	174	651
TOTALI	135	796	179	656

Rilascio immobili	PROVINCIA DI PAVIA	
	ANNO 2010	ANNO 2013
Richieste di esecuzione	1.510	853
Sfratti eseguiti	367	333

DATI SULLA VIOLENZA DI GENERE NELL'AMBITO DISTRETTUALE (da report 2014 del centro antiviolenza convenzionato)

DATI ANNO 2014	DISTRETTO DI CERTOSA DI PAVIA
Donne che hanno espresso domanda d' aiuto per violenza	38

Età della donna	Donne italiane	%	Donne straniere	%	% Totale
18/27	2	7%	2	22%	11%
28/37	6	21%	6	67%	32%
38/47	8	27%	1	11%	22%
48/57	9	31%	0	0%	24%
58/67	4	14%	0	0%	11%

Figli	Donne italiane	Donne migranti	Totale	%
Con figli	25	6	31	66%
Con figli minori	10	6	16	34%

Stato Civile	Donne italiane	Donne migranti	Totale	%
Nubile	4	2	6	16%
Coniugata	20	3	23	60%
Convivente	0	2	2	5%
Divorziata	1	0	1	3%
Separata	3	2	5	13%
Vedova	1	0	1	3%

La violenza è per il 65% all'interno delle mura domestiche, quando il legame coniugale o di convivenza è ancora in essere.

La condizione economica - reddituale riflette un quadro che vede sicuramente più vantaggiosa la situazione finanziaria dell'uomo rispetto alla donna.

Il 37% delle donne è disoccupata a confronto del 18% della disoccupazione maschile.

Differentemente dagli stereotipi proposti a livello sociale, la maggior parte dei nuclei presi a carico non è caratterizzata da problematiche specifiche (78%).

Tipo di maltrattamento	Donne italiane	Donne migranti	Totale	%
Fisico	22	7	29	76%
Violenza sessuale	1	1	2	5%
Stalking	2	1	3	8%
Psicologico	23	6	29	76%
Economico	11	2	13	34%
Diretta sui figli	5	0	5	13%
Assistita dai figli	11	1	12	31%
Assistita da altri	1	0	1	3%

Il maltrattamento agito sulle donne è molteplice.

Il maltrattamento fisico e psicologico sono presenti nel 76% dei casi.

Chi è il maltrattante	Donne italiane	Donne migranti	Totale	%
Marito	16	4	20	52%
Convivente	1	0	1	2%
Ex marito	3	2	5	13%
Ex convivente	2	1	3	8%
Ex fidanzato	1	0	1	3%
Figlio/figlia	3	0	3	8%
Amico di famiglia/parente	2	0	2	5%
Collega	1	0	1	3%
Conoscente	0	1	1	3%
Sconosciuto	0	1	1	3%

Nazionalità maltrattante	Donne italiane	Donne migranti	Totale	%
Italia	28	7	35	92%
Paesi extra comunitari	1	2	3	8%

DATI MINORI IN SITUAZIONE DI PREGIUDIZIO O DISAGIO (dati del Servizio distrettuale Famiglia e Minori – 31.12.2014)

DISTRETTO DI CERTOSA	NUCLEI IN CARICO	MINORI IN CARICO
Bascapé	7	9
Battuda	2	2
Bereguardo	4	4
Borgarello	5	6
Bornasco	6	8
Casorate Primo	32	38
Ceranova	7	10
Certosa di Pavia	18	21
Cura Carpignano	14	17
Giussago	14	22
Landriano	27	39
Lardirago	2	2
Marcignago	5	7
Marzano	5	7
Rognano	0	0
Roncaro	12	14
Sant'Alessio con V.	0	0
Siziano	13	18
Torrevecchia Pia	23	30
Trivolzio	4	10
Trovo	0	0
Vellezzo Bellini	12	19
Vidigulfo	16	24
Zeccone	5	8
TOTALE	233	315

SERVIZI ATTIVI A SUPPORTO			
Collocamento in comunità	Collocamento in affido familiare	ADM	SPAZIO NEUTRO
24	7	37	26

PROBLEMATICA PREVALENTE	Casi in carico
Maltrattamento fisico del minore	10
Violenza assistita	17
Abuso sessuale	6
Maltrattamento psicologico del minore	9
Separazione conflittuale	55
Socializzazione, problemi scuola	8
Incuria	3
Abbandono di un genitore	6
Violenza del minore	3
Indigenza grave	2
Problemi psichiatrici di un genitore	5
Abuso di sostanze/alcool	6
Famiglia multiproblematica	23
Reato di minore	52
Omicidio/uxoricidio	1
Altro	27

**VALUTAZIONE
DEI RISULTATI
DELLA TRIENNALITÀ
2012-14**

IL SEGRETARIATO SOCIALE

ORIENTAMENTO PER L'ACCESSO AL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Il Distretto di Certosa di Pavia gestisce in forma associata il servizio di segretariato sociale, avvalendosi di 3 assistenti sociali dedicate che intervengono su 3 distinte aree del territorio (poli) garantendo circa 100 ore settimanali di intervento complessivo sul territorio distrettuale. I cittadini fruiscono del servizio su appuntamento, con segreteria dedicata. I colloqui vengono svolti nei Comuni di residenza dei cittadini o direttamente al domicilio, per favorire quanto più possibile la vicinanza del servizio alle persone fragili e al contesto sociale di appartenenza.

Le assistenti sociali del segretariato sociale garantiscono inoltre la presa in carico professionale nelle situazioni di bisogno, con attività di valutazione, progettazione, gestione, monitoraggio e verifica.

Il servizio, trasversale rispetto ai bisogni di ascolto e orientamento di tutti i target di utenza (minori, adulti e anziani), interviene favorendo l'accesso alle risposte disponibili a livello comunale, distrettuale, provinciale e regionale, di carattere sociale e socio-sanitario, nonché ai servizi delle unità d'offerta gestite in forma pubblica e privata.

Nel corso della triennalità il servizio è stato ottimizzato e consolidato; il personale risulta ora stabile. Di rilievo il raggiungimento di obiettivi di integrazione dell'azione socio-sanitaria, con la sottoscrizione di un protocollo operativo con ASL per l'effettuazione della valutazione multidimensionale congiunta e la definizione di progetti integrati in caso di utenti portatori di bisogni complessi.

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Favorire la conoscenza, l'orientamento e la facilità d'accesso ai servizi socio-sanitari presenti sul territorio	sì	Consolidamento e razionalizzazione del servizio di segretariato sociale	111.566	anno 2012	Consolidato, razionalizzato e potenziato, il servizio di segretariato sociale gestito in forma associata a livello distrettuale. Realizzati tavoli operativi distrettuali, sovradistrettuali e con ASL finalizzati a definire procedure uniformi e condivise. Rivista procedura PUA e avvio nuova rilevazione dal 2014	Garantite 100 ore settimanali di servizio di segretariato sociale, affidato ad Assistenti Sociali che garantiscono l'orientamento dell'utenza e la presa in carico di situazioni complesse Procedura PUA semplificata; avvio sistema acquisizione dati di interventi integrati da luglio 2014
		Revisione degli strumenti presenti sul territorio al fine di renderli maggiormente efficaci (PUA e CEAD)	93.737	anno 2013		
			105.277	anno 2014		

AREA MINORI

L'esperienza maturata nel contesto distrettuale

Il Distretto di Certosa di Pavia conta su **un'esperienza pluriennale** nella gestione associata di progetti, servizi ed interventi rilevanti per l'area minori. Nel corso del triennio l'Assemblea dei Sindaci ha inoltre avviato un'importante ricomposizione dei servizi offerti sul territorio in modo frammentato e disomogeneo, giungendo a **gestire in forma associata, coordinata ed uniforme, i seguenti servizi:**

- Tutela dei minori e prevenzione del disagio, mediante il servizio Famiglia e Minori che garantisce anche la mediazione familiare e il sostegno alla genitorialità;
- Segretariato Sociale, per le famiglie che necessitano orientamento nella diversa rete dei servizi sociali distrettuali e comunali, nonché per l'accesso a servizi socio-sanitari e a tutte le opportunità offerte dalla rete istituzionale e del privato sociale;
- Servizio di spazio neutro, in convenzione con Enti del privato sociale, per garantire il diritto di visita e il riavvicinamento tra genitori e figli;
- Servizio di assistenza domiciliare educativa per minori;
- Sportello d'ascolto scolastico in tutte le scuole secondarie di primo grado presenti nel distretto;
- Servizio di mediazione scolastica e facilitazione linguistica per alunni stranieri;

A livello strategico ha anche uniformato procedure e criteri per l'accreditamento delle unità d'offerta per la prima infanzia, coordinato ed approvato il Piano Nidi territoriale ed erogato voucher per l'accesso a servizi per la prima infanzia a tariffe calmierate.

Ha inoltre avviato interventi integrati tra politiche sociali e afferenti all'istruzione/educazione, stringendo significative forme di collaborazione con gli istituti scolastici e implementando la rete di prevenzione primaria

L'Ufficio di Piano ha inoltre curato la trasmissione di dati di rendicontazione ad ASL e Regione, finalizzati a consentire l'accesso alle misure regionali di sostegno, quali il contributo regionale per il collocamento di minori vittime di abuso e maltrattamento in contesti comunitari e i Fondi Intesa.

Di seguito un sintetico panorama di quanto esperito nell'area, cui seguirà una tabella esplicativa delle azioni realizzate e dei risultati conseguiti.

IL SERVIZIO FAMIGLIA E MINORI

Il Distretto di Certosa di Pavia gestisce da anni, in forma associata, un servizio di tutela dei minori che opera stabilmente in favore dei 24 Comuni del territorio. Si tratta del **servizio "Famiglia e Minori"**, a cui l'Ambito Territoriale affida sia la tutela dei minori in situazione di pregiudizio, sia la presa in carico delle situazioni di sofferenza e difficoltà delle famiglie con minori che spontaneamente si avvicinano ai servizi, nonché la

gestione del penale minorile e delle adozioni. Gestito dall'Ufficio di Piano, questo servizio lavora in stretta interazione con ASL, che garantisce le funzioni psicologiche nelle indagini e negli interventi prescritti dall'autorità giudiziaria, e con la Neuropsichiatria Infantile di Pavia.

Il servizio si avvale di un Coordinatore qualificato nel campo, di tre Assistenti Sociali e di due Psicologi. Nel corso del triennio si è proceduto ad una completa riorganizzazione del servizio Famiglia e Minori, raggiungendo obiettivi di maggiore stabilità ed efficienza dell'azione (centralizzazione, appalto di servizio, aumento ore coordinamento e intervento psicologico, lavoro di rete e in team). Il servizio ha garantito le indagini psico-sociali richieste dall'autorità giudiziaria, nonché la presa in carico e l'attivazione le azioni di sostegno e supporto al minore e al nucleo familiare; gli interventi hanno compreso attività di mediazione familiare, sostegno alla genitorialità, assistenza domiciliare educativa, spazio neutro, collocamento in affido familiare o in contesto comunitario, monitoraggio.

Ciò malgrado, l'efficacia dell'azione ha risentito dell'**aumento rapido ed esponenziale della casistica registratosi nell'ultimo anno**, con particolare riguardo alle richieste di indagine psico-sociale e di presa in carico da parte dell'autorità giudiziaria. I **minori attualmente in carico al servizio sono infatti 315**, con un aumento del 60% rispetto alla scorsa triennalità (a fine 2011 erano 186 i minori in carico). Il territorio registra infatti la grave sofferenza di molte famiglie, colpite dalla crisi economica e sociale, vittime di conflitti, tensioni, stati depressivi ed ansiogeni, che si traduce nella messa in atto di comportamenti pregiudizievoli per il benessere psico-fisico dei minori e per il loro sviluppo.

Permangono inoltre alcune criticità, tra le quali la complessa **integrazione tra le funzioni sociali e sanitarie nel campo della tutela**, afferenti ad Enti istituzionali diversi, da affrontare nella logica integrata dell'efficacia del servizio di rete.

Si conferma la necessità di proseguire nel potenziamento del servizio, al fine di **garantire prese in carico veloci, coordinate, efficaci e funzionali** ad evitare degenerazioni e cristallizzazioni del disagio del minore e della sua famiglia, mediante una maggior integrazione delle risorse disponibili e da una maggior dialogo tra le istituzioni ed il privato sociale, che insieme detengono le risorse necessarie a fornire risposte adeguate.

Ciò accanto alla necessità di potenziare strumenti di fondamentale importanza nell'ambito, quali la **mediazione familiare, l'istituto dell'affido ed il sostegno alla genitorialità consapevole**.

GLI SPORTELLI D'ASCOLTO SCOLASTICI

Accanto al servizio Famiglia e Minori, il Distretto Sociale di Certosa di Pavia ha potenziato nell'ultimo triennio la presenza sul proprio territorio di **sportelli d'ascolto psicologico scolastico**, finalizzati a contenere il disagio fisiologico spontaneamente portato dai preadolescenti. Si tratta di un progetto attuato in forma associata a livello distrettuale e gestito in interazione con le istituzioni scolastiche, che **punta alla prevenzione** facendo leva sulle risorse individuali dei minori e delle famiglie per renderli capaci di riconoscere e superare la crisi evolutiva o relazionale vissuta, fisiologica alla crescita e all'individuazione.

Lo sportello d'ascolto è un'importante "antenna" che il Distretto ha voluto sul proprio territorio, capace di intercettare anche segnali di disagio più profondo presentati dai minori e avviare quindi le condizioni per consentire agli stessi di accedere ad altri servizi più specialistici. Lo sportello costituisce fra l'altro un **significativo punto di connessione tra la scuola e i servizi territoriali** e si configura anche come supporto ai docenti per la comprensione delle dinamiche messe in atto dai singoli e dal gruppo classe.

Obiettivo importante, conseguito nel triennio, è la **gestione associata di questo servizio**, che ne garantisce la presenza in tutte le scuole secondarie presenti nell'Ambito Territoriale, costituendo un'occasione d'ascolto garantita a tutti i preadolescenti (540 i colloqui richiesti). Accanto a ciò è stato costituito un tavolo di raccordo con il servizio Famiglia e Minori, di scambio e confronto, funzionale all'azione preventiva di individuazione e contenimento di disagi più franchi.

I SERVIZI EDUCATIVI DOMICILIARI E PER L'INTEGRAZIONE

Sino alla fine del 2013 il servizio di **Assistenza Domiciliare Educativa** è stato gestito prevalentemente a livello comunale, in modo disomogeneo. A livello zonale venivano infatti gestiti solo servizi ADM correlati a fondi specifici, che si attivavano e si interrompevano in concomitanza alla presenza/assenza dei fondi relativi. Parallelamente veniva potenziata l'azione di integrazione scolastica o sociale di minori disabili, grazie alla presenza di Fondi Intesa 2010 specificatamente destinati allo scopo.

A fine 2013 l'assemblea dei Sindaci, dando seguito a quanto programmato in fase di redazione del Piano di Zona 2012/2014, ha deciso di avviare sperimentalmente la **gestione associata del servizio ADM-ADMH a livello zonale**, al fine sia di uniformarne la presenza sul territorio, sia di dare continuità agli interventi, sia di consentire al servizio Famiglia e Minori di realizzare gli interventi di tutela interagendo in modo più organico con il servizio educativo domiciliare. Il servizio di assistenza domiciliare educativa è realizzato sul territorio **in forma voucherizzata**, mediante operatori accreditati, al fine comunque di preservare la libertà di scelta e il rapporto di fiducia instauratosi. Nel 2014 sono stati realizzati percorsi educativi in favore di 58 minori (di cui 31 in contesto prescrittivo e 21 disabili), con circa 4.300 ore di intervento.

Accanto a ciò il Distretto concorre, unitamente al Distretto di Corteolona e Pavia, al finanziamento e alla realizzazione del progetto contro la **dispersione scolastica** "L'Albero Maestro" gestito dal Centro Servizi Formazione di Pavia in favore di studenti frequentanti la scuola secondaria di primo grado o il primo biennio della scuola secondaria di secondo grado. Il servizio offre laboratori di ascolto e supporto, finalizzati a favorire la motivazione ad apprendere, ed opera in collaborazione ed interazione con gli istituti scolastici di provenienza dei ragazzi.

L'ACCESSO A SERVIZI DI AGGREGAZIONE E SOCIALIZZAZIONE

Il territorio distrettuale è formato da 24 Comuni di piccole dimensioni, costituiti a loro volta da numerose frazioni.

Malgrado le occasioni di socializzazione e aggregazione organizzate sul territorio da istituzioni ed enti del privato sociale, i ritmi di vita delle famiglie e le mutate interazioni sociali all'interno delle comunità, improntate a maggior isolamento, fanno sì che i ragazzi trascorrono sempre meno tempo in reale compagnia dei coetanei e sempre più tempo in interazione mediata da strumentazione informatica (chat, social, ecc.)

L'accesso alle occasioni di socializzazione, con riguardo soprattutto ai centri estivi organizzati nei periodi di sospensione delle vacanze scolastiche, è inoltre oneroso, e molte famiglie faticano a far fronte ai costi. Al fine di favorire l'accesso alle occasioni di aggregazione estiva, nell'estate 2013 e 2014 l'Ambito Territoriale ha indetto un bando per erogare voucher finalizzati a diminuire del 75% il costo di 2 settimane di centro estivo. Sono state convenzionate tutte le unità d'offerta presenti sul territorio, pubbliche e private, e sono stati complessivamente erogati circa 480 voucher in favore di oltre 240 minori.

L'azione è stata sperimentata nel 2013 a valere sui Fondi Intesa 2010 e consolidata l'anno successivo con Fondi propri dell'Ambito territoriale. Si tratta di un'azione cui l'Ambito vuol dare continuità, mediante la ricerca di fondi specifici a sostegno.

LA MEDIAZIONE CULTURALE E LA FACILITAZIONE LINGUISTICA PER GLI ALUNNI STRANIERI

L'Ambito Territoriale di Certosa di Pavia si caratterizza per un'elevata immigrazione, come dimostrato dai dati statistici presentati nella sezione territorio. L'analisi delle tendenze e l'esperienza degli Enti locali di questi anni evidenziano come sia importante mettere in campo risorse atte a rispondere alle prevalenti aree di bisogno, coincidenti con: l'arrivo, quando ragazzi e famiglie necessitano di informazioni e orientamento nella scelta della scuola; la fase di inserimento, quando i ragazzi/e devono acquisire rapidamente le competenze linguistiche di base; durante l'anno, per il sostegno linguistico e allo studio necessario a migliorare i risultati e prevenire fenomeni di abbandono.

A tal riguardo il distretto di Certosa di Pavia ha garantito nell'ultimo triennio la **presenza di mediatori culturali e facilitatori linguistici nelle 28 scuole** (primarie e secondarie di primo grado) presenti nel Distretto, in collaborazione con tutte le direzioni scolastiche dell'ambito territoriale.

Il progetto sin qui avviato ha richiesto una forte azione integrata tra scuola e territorio, finalizzata a ridurre i rischi di successiva dispersione scolastica e scarsa performance nell'apprendimento a fronte di adeguate capacità, con attenzione specifica alle situazioni di particolare fragilità ed esclusione. Sono circa 60 gli studenti che ogni anno hanno beneficiato delle azioni di mediazione e facilitazione linguistica previste.

L'ACCREDITAMENTO DELLE UNITA' D'OFFERTA PER LA PRIMA INFANZIA

Nel corso del triennio l'Ambito territoriale di Certosa di Pavia, unitamente agli altri Ambiti della Provincia di Pavia e con la guida dell'ASL di Pavia, ha individuato ed approvato criteri uniformi sul territorio per l'accREDITamento delle unità d'offerta per la prima infanzia, nonché predisposto le procedure e gli schemi degli atti dispositivi. La maggioranza delle unità d'offerta presenti sul territorio ha accolto l'invito ad accreditarsi e migliorato la qualità del servizio offerto.

Il confronto sovra-zonale ha consentito inoltre di avviare riflessioni sull'andamento complessivo dei servizi per la prima infanzia, che scontano una sensibile diminuzione delle richieste di accesso a seguito della crisi economica in atto e della precarizzazione dei rapporti di lavoro. Il modello classico, pur adeguato ai bisogni dei piccoli utenti, non risponde completamente alle esigenze di flessibilità di molte famiglie lavoratrici, e richiede un ripensamento a vari livelli.

RIDUZIONE OSTACOLI DI NATURA ECONOMICA PER L'ACCESSO AI SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA

Nel corso del triennio l'Ambito territoriale di Certosa di Pavia ha attuato annualmente il Piano Nidi, utilizzando i fondi a disposizione ed acquistando complessivamente dal sistema privato, mediante convenzionamento diretto tra Unità d'Offerta e Comune di appartenenza:

- N. 79 posti nell'anno 2011/12 con 7 Unità d'Offerta Convenzionate (2° annualità Piano Nidi);
- N. 88 posti nell'anno 2012/13 con 8 Unità d'Offerta Convenzionate (3° annualità Piano Nidi);
- N. 56 posti nell'anno 2013/14 con 7 Unità d'Offerta Convenzionate (4° annualità Piano Nidi)

L'esperienza è stata positiva, e si è giunti nell'arco del triennio ad uniformare i criteri di accesso e l'importo della calmierazione della retta.

Cogliendo l'opportunità data dai Fondi Intesa 2010 si è proceduto ad indire bando distrettuale per l'erogazione di Voucher finalizzati ad accedere a servizi per la prima infanzia accreditati a costi agevolati. A tal fine sono stati individuati criteri e modalità uniformi, valevoli per tutti i cittadini dell'Ambito Territoriale.

Sono stati complessivamente erogati 53 voucher a completo esaurimento delle risorse assegnate.

SOSTEGNO AI PICCOLI COMUNI PER LA SPESA RELATIVA AL COLLOCAMENTO DI MINORI IN AFFIDO/COMUNITA'

Al fine di sostenere i Comuni con popolazione inferiore ai 3.000 abitanti (15 nell'Ambito territoriale) che faticano a far fronte alle ingenti spese relative alla crescente necessità di collocamento di minori in contesto comunitario, il Comune Capofila si è reso disponibile alla gestione amministrativa e contabile di tali collocamenti mediante delega.

Il sistema prevede che il capofila anticipi le risorse necessarie e introiti i trasferimenti specifici derivanti da Fondi regionali, imputando a fine anno al piccolo Comune unicamente la spesa di competenza a saldo. Il sistema è apprezzato e consente un equilibrio sostanziale, nonché il fronteggiamento delle emergenze per la protezione di minori senza squilibri eccessivi a carico dei bilanci di Comuni molto piccoli.

CONSIDERAZIONI SULL'ESPERIENZA DISTRETTUALE NELL'AREA

Come già sottolineato l'Ambito Distrettuale di Certosa di Pavia ha avviato importanti e significative esperienze di gestione associata e di progettazione partecipata nell'area minori. L'esperienza sin qui condotta **ha mostrato le potenzialità insite nella gestione associata**, che non si limita a consentire un reale risparmio di risorse economiche, nella logica di un'economia di scala, ma raggiunge l'importante risultato di restituire al territorio l'immagine di un'azione integrata, capace di interpretare i comuni bisogni sociali e di creare le condizioni perché vi siano **pari opportunità su tutto il territorio di riferimento**.

L'Ambito ha inoltre avviato significative forme di collaborazione con il privato sociale mediante forme di convenzionamento e diffusione, che hanno consentito ai cittadini di accedere sia a servizi con tariffe calmierate, sia a interventi specifici di accoglienza, aiuto e supporto, quali quelli offerti dal Centro Antiviolenza.

Malgrado tali esperienze di rilievo, vi sono ancora **aree di bisogno che rimangono escluse dall'azione del Piano di Zona**, confinate nella possibilità del singolo Ente Locale di farvi fronte. Ne sono un esempio le azioni volte a favorire l'integrazione scolastica degli alunni disabili, pur massicciamente garantite dai singoli enti, per le quali sarebbe opportuna una lettura integrata e azioni volte ad armonizzare le risposte e gli interventi.

Occorre inoltre, non solo a livello distrettuale ma anche sovra-zonale, avviare una **mappatura delle forme e manifestazioni di disagio/pregiudizio** presentate dai minori e delle loro famiglie e delle situazioni/cause generatrici; ciò al fine di verificare e valutare l'andamento di un fenomeno attualmente in crescita esponenziale, poterlo leggere quantitativamente e qualitativamente, e progettare interventi atti a prevenire o ridurre le cause alla base della degenerazione delle relazioni all'interno dei nuclei familiari.

Tra le **aree da implementare e sviluppare assume particolare rilievo il sistema delle conoscenze**, che sarà oggetto di sviluppo nella prossima triennalità, con riguardo non solo alla raccolta di dati funzionali allo sviluppo della programmazione, ma anche di esperienze significative e buone prassi che possono essere messe a fattor comune.

AREA MINORI

Tabella riassuntiva degli esiti della triennalità 2012/2014

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Prevenire gli esiti disfunzionali di gravi situazioni di conflittualità familiare	sì	Introduzione della mediazione familiare nella metodologia d'azione del servizio Famiglia e Minori. Servizio gestito in forma associata.	5.040	anno 2012	Introdotta, consolidata e implementata la mediazione familiare nella metodologia d'azione del servizio Famiglia e Minori, affidata a psicologi inseriti stabilmente nell'equipe. Il servizio è gestito, in forma associata, per tutti i cittadini residenti nell'ambito distrettuale.	Garantite oltre 600 ore di intervento di mediazione, nel triennio, in favore di 42 nuclei familiari in carico per separazioni altamente conflittuali.
			5.040	anno 2013		
			9.540	anno 2014		
Intervenire con azioni di sostegno e contenimento in situazioni di grave disagio che riducono le funzioni genitoriali	sì	Attivazione di percorsi di sostegno alla genitorialità in ambito psico-sociale.	9.800	anno 2012	Realizzati interventi di sostegno alla genitorialità, in contesti spontanei e prescrittivi, mediante potenziamento equipe psico-sociale distrettuale.	Garantite circa 1150 ore di sostegno alla genitorialità, in favore di 79 nuclei in carico (inclusi decreti dispositivi, di controllo e sostegno e accesso spontaneo).
			9.800	anno 2013		
			19.800	anno 2014		
	sì	Potenziamento servizi di assistenza domiciliare educativa e loro coordinamento a livello distrettuale	34.828	anno 2012	Nel 2012 erogati servizi in forma voucherizzata con fondi residui. Attivato a fine 2013 il servizio di assistenza domiciliare minori distrettuale, gestito in forma associata con operatori accreditati e potenziati gli interventi. Stipulata convenzione con ente del privato sociale per servizio affidi con famiglie selezionate e formate.	25 utenti in carico nel 2012 con circa 1.830 ore attivate. A novembre 2013 costituzione ADM distrettuale e avvio interventi per 37 utenti in carico (di cui 31 in contesto prescrittivo), con circa 2.860 ore di ADM garantite.
			54.342	anno 2013 anno 2014		

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
<p>Potenziamento servizio Famiglia e Minori per la presa in carico efficace, coordinata e veloce di minori in situazione di pregiudizio per maltrattamento, abuso, incuria o abbandono.</p> <p>Gestione del servizio in forma associata</p>	sì	Consolidamento del Servizio Famiglia e Minori gestito in forma associata	220.224	anno 2012	Potenziato il Servizio Famiglia e Minori, gestito in forma associata, con coordinamento specialistico, 2 psicologi e aumento servizio sociale professionale.	Nel triennio risultano in carico al servizio Famiglia e Minori n. 233 nuclei familiari, nei quali sono presenti 315 minori.
		Elaborazione di protocolli operativi con gli Enti coinvolti nel processo di tutela dei minori	193.194	anno 2013	Ottimizzata la gestione con risparmio di risorse.	Di questi 52 sono i casi di penale minorile, 20 i nuclei familiari seguiti in contesto spontaneo, i restanti in contesto prescrittivo.
		Raccordo inter-istituzionale	202.287	anno 2014	Il servizio si è dotato di procedure per ottimizzare i processi e ridurre i tempi di risposta.	Il servizio ha garantito anche la gestione dei procedimenti legati all'adozione, con 17 studi di coppia e 16 interventi post-adozione.
		Ottimizzazione dei processi a livello multidisciplinare e miglior gestione delle risorse			Avviato raccordo tra istituzioni ed effettuati interventi multidisciplinari in contesti non normati da specifici protocolli.	Gestiti 26 servizi di spazio neutro.
<p>Integrazione scolastica dei minori stranieri, in collaborazione con le scuole</p>	sì	Realizzazione mediazione culturale e facilitazione linguistica per i minori stranieri in forma associata	38.405	anno 2012	Attività gestita in forma associata.	Oltre 1.500 ore /anno di mediazione culturale e facilitazione linguistica a 60 studenti in media all'anno. Coinvolte 21 scuole nel distretto
		Qualificazione del contesto educante, anche mediante attività formative specifiche	38.657	anno 2013	Garantita mediazione culturale e facilitazione linguistica per alunni della scuola dell'obbligo.	Estesa l'attività di mediazione a bisogno di accesso a servizi specialistici, quali NPI, ASL.
			38.657	anno 2014	Progressiva qualificazione del contesto educante e di strumenti per la facilitazione linguistica.	

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Integrazione scolastica e sociale di minori con disabilità fisiche e psichiche, anche in collaborazione con le scuole	sì	Realizzazione azioni di rete, con analisi e confronto dati esperienziali. Supporto ai minori disabili e alle loro famiglie per l'integrazione sociale, mediante progetti gestiti in forma associata	23.055	anno 2012	Effettuata nel 2013 mappatura dei servizi di integrazione scolastica garantiti dai Comuni (103 servizi attivi, 1.370 ore di intervento, spesa annua 863.500). Erogazione di voucher per potenziare 80 interventi. Attivazione e gestione servizi ADMH al domicilio o in contesti aggregativi e socializzanti. Servizio attivato e gestito in forma associata, dal 2013.	Nel 2012 e nel 2013 attivati 14 servizi di assistenza educativa in favore di minori disabili, nel 2013 erogati anche 80 voucher per potenziamento integrazione scolastica alunni disabili. Nel 2014 attivati interventi di assistenza educativa finalizzata all'integrazione sociale, gestiti in forma associata, in favore di 21 minori disabili (1.480 ore di intervento)
			55.612	anno 2013		
			28.136	anno 2014		
Sostenere il pieno sviluppo delle potenzialità dei minori con difficoltà di apprendimento	sì	Individuazione precoce e attivazione dei necessari potenziamenti. Aumentare la consapevolezza e la messa fuoco del problema nel minore e nella famiglia, sostenendo la motivazione ad apprendere	7.000	anno 2012	Attivato e finanziato il progetto sovra zonale ""L'Albero Maestro, contro la dispersione scolastica. A livello locale avviati progetti sperimentali con fondi dei Comuni stessi, con screening su tutti i bambini di 4/5 anni, formazione ai docenti, potenziamenti e osservazione longitudinale. E' allo studio la possibilità di diffondere e ampliare la sperimentazione. Garantita nelle 10 scuole secondarie la consulenza psicologica, funzionale anche alla motivazione all'apprendimento.	Attività di sostegno e supporto a minori con difficoltà di apprendimento e disagio diffuso, in contesto protetto e specialistico, e nelle scuole. Presenza di sperimentazioni innovative a livello locale; l'esperienza deve essere analizzata a livello zonale per verificare possibilità di diffusione.
			30.000	anno 2013		
			10.000	anno 2014		

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Intercettare il disagio, anche fisiologico, dei preadolescenti, e cercare di contenerlo	sì	Sportelli d'ascolto scolastici per intercettare il disagio fisiologico	13.079	anno 2012	Attivati sportelli di ascolto psicologico. Dal 2013 il servizio è gestito in forma associata a livello distrettuale e garantito in tutte le scuole secondarie del distretto. Percorsi sull'affettività e sportelli d'ascolto territoriali presenti in alcuni comuni, gestiti con risorse locali	Nell'anno 2013/14 realizzati oltre 540 colloqui con preadolescenti (1° anno gestione di associata e coordinata). In fase di realizzazione 2° annualità. Servizio in rete con la tutela minori (previsto raccordo periodico) con funzioni di antenna sulla presenza di disagi più franchi
		Percorsi sull'affettività e sulla gestione del conflitto tra pari e con gli adulti	23.298	anno 2013		
		Sportelli d'ascolto territoriali	24.560	anno 2014		
Prevenire l'eccessivo ed incauto utilizzo della rete informatica	sì	Sensibilizzazione di minori e famiglie sulla tematica della dipendenza informatica, in collaborazione con le scuole	0	anno 2012	Convenzionate 25 unità d'offerta. Erogati voucher per l'accesso a servizi di centro estivo ricreativo diurno, finalizzati sia a favorire la conciliazione dei tempi, sia la permanenza dei minori in contesti aggregativi e socializzanti in periodi di sospensione delle vacanze scolastiche. Effettuati interventi di sensibilizzazione sui pericoli della rete, in forma sperimentale, in alcuni comuni del distretto, con fondi propri dei Comuni.	Favorita la permanenza di 240 minori residenti nel distretto in contesti socializzanti, con erogazione di circa 480 voucher per l'accesso a 2 settimane di centro estivo scontate del 75%, presso enti convenzionati.
		Attivare gruppi di discussione	17.073	anno 2013		
		Favorire la presenza di attività aggregative, ludiche ed espressive per offrire valide alternative all'isolamento in rete	17.000	anno 2014		

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
In un'ottica di sussidiarietà, sostenere i piccoli comuni nella gestione amministrativa e contabile dell'inserimento di minori in comunità	Aggiunto	Gestione su delega del Comune del collocamento in affido /comunità di minori Anticipo risorse economiche, assolvimento debiti informativi, incasso risorse specifiche, rendiconto e richiesta saldo	0	anno 2012	Avviato in forma sperimentale il sostegno economico e amministrativo ai piccoli Comuni per l'inserimento in comunità/affido di minori in situazione di pregiudizio.	Realizzato il sostegno per 3 minori in affido e 6 minori in comunità, residenti nei piccoli Comuni.
			0	anno 2013		
			139.132	anno 2014		
Accreditamento unità d'offerta per la prima infanzia	Aggiunto	Definizione criteri e procedura di accreditamento, nonché schemi degli atti dispositivi; Supporto nelle diverse fasi; assolvimento debiti informativi	0	anno 2012	Approntata documentazione e procedura per l'accREDITamento delle unità d'offerta per la prima infanzia, uniforme a livello distrettuale.	Garantita la possibilità per le strutture di ottenere l'accREDITamento, con procedure chiare e snelle, condivise a livello distrettuale e uniformi.
			8.824	anno 2013		
			14.982	anno 2014		
Riduzione degli ostacoli di carattere economico per l'accesso a servizi per la prima infanzia accreditati e/o convenzionati	Aggiunto	Realizzare il Piano Nidi, ampliando le strutture e i Comuni coinvolti e uniformando le quote di riduzione. Convenzionamento delle strutture accreditate; indicazione e gestione di bando distrettuale per l'erogazione di voucher per servizi prima infanzia	104.607	anno 2012	Realizzato il Piano Nidi come programmato per le 3 annualità previste. Programmata e gestita 4° annualità con Fondi residui e Fondi Intese 2010. Convenzionate 8 unità d'offerta accreditate. Realizzato bando distrettuale 2013 e 2014. Erogati voucher in favore di 53 nuclei familiari per la calmierazione della retta.	Piano Nidi: nel 2011/2012 convenzionate 7 U.D.O. con 79 posti disponibili e utilizzati dalle famiglie; nel 2012/2013 convenzionate 8 U.D.O. con 88 posti. Nel 2013/14, 7 gli Enti convenzionati con 56 posti disponibili e utilizzati. Voucher prima infanzia in favore di 53 nuclei familiari in situazione di disagio economico. Utilizzo di tutti i fondi assegnati.
			139.091	anno 2013		
			51.829	anno 2014		

AREA ADULTI

L'esperienza maturata nel contesto distrettuale

Anche per quanto riguarda l'Area Adulti, l'Ambito Territoriale di Certosa di Pavia conta su esperienze significative di progettazione e gestione associata di servizi ed interventi, soprattutto per il sostegno agli adulti portatori di disabilità e per l'integrazione della popolazione immigrata.

Relativamente agli adulti disabili il Piano di Zona ha messo in campo progetti che intervengono nelle diverse aree di bisogno delle persone fragili, con riguardo alla sfera dell'autonomia, dell'inclusione sociale e dell'inserimento nel mondo del lavoro. L'offerta è garantita in modo uniforme a tutti i cittadini del distretto.

Avviate anche sperimentazioni in forma associata per il fronteggiamento dell'emergenza abitativa e per favorire la conciliazione dei tempi.

GLI INTERVENTI PER LA PERMANENZA A DOMICILIO DI ADULTI CON GRAVI DISABILITA'

Gli interventi finalizzati a favorire la permanenza delle persone gravemente disabili al domicilio hanno sempre avuto un peso significativo nell'attività distrettuale, connotandosi come obiettivo prioritario.

Nel corso del biennio 2012/2013, malgrado la riduzione di trasferimenti specifici e utilizzando fondi residui, l'Ambito Distrettuale ha garantito la prosecuzione dell'erogazione di titoli sociali per sostenere l'attività di cura garantita dal caregiver familiare o professionale, nonché per consentire l'accesso a servizi assistenza domiciliare, anche educativa; la rete di sostegno distrettuale è stata poi integrata dai singoli Comuni con risorse specifiche e con l'attivazione di servizi complementari (pasti a domicilio, trasporto ecc.).

Un impulso rilevante all'azione è giunto dalla Regione con la DGR 740/2013 che, nell'attribuire i fondi per la non autosufficienza, introduceva un sistema articolato di interventi che richiedeva una forte integrazione socio-sanitaria.

Al riguardo l'Ambito di Certosa ha partecipato attivamente agli incontri della Cabina di Regia e del Tavolo di programmazione coordinati dall'ASL, contribuendo alla costruzione di un sistema operativo e procedurale per la congiunta valutazione sociale e sanitaria delle persone con bisogni complessi e per la definizione di progetti di intervento integrato. La sperimentazione avviata ha consentito la condivisione e sottoscrizione di un protocollo operativo tra Ambiti territoriali e ASL per l'effettuazione della valutazione multidimensionale.

Sono state realizzate nel 2014 n. 42 valutazioni multidimensionali, e attivati interventi in favore di 34 persone con grave disabilità residenti nel distretto.

IL PROGETTO ANDARE OLTRE

La qualità della vita della persona disabile non può esaurirsi nell'accesso ai servizi assistenziali. Occorre quindi che le forze sociali garantiscano alle persone con disabilità l'accesso a spazi e servizi per il tempo libero, creando le occasioni per l'aggregazione, la socializzazione e l'espressione delle potenzialità.

Risponde a queste esigenze il Progetto Andare Oltre, un sistema integrato di interventi socio-educativi finalizzati al benessere e alla riqualificazione del tempo libero delle persone disabili e delle loro famiglie, presente da anni tra gli interventi garantiti dal Piano di Zona di Certosa.

Il progetto si articola in incontri settimanali presso alcuni luoghi del Distretto, con un'offerta differenziata che consente ai ragazzi di partecipare a laboratori espressivi, fattoria didattica, tradizionale sfida calcistica, uscite e gite sul territorio, momenti informali per scambio opinioni e blog.

Quanto prodotto dai ragazzi nell'esperienza laboratoriale viene annualmente valorizzato nella più ampia comunità, con mostre e spettacoli teatrali all'interno di momenti di festa molto sentiti e partecipati.

IL PROGETTO PROSPETTIVA LAVORO

Questo progetto, nato dall'esigenza di fornire una risposta qualificata ai bisogni di inserimento lavorativo e occupazionale degli adulti portatori di fragilità o disabili, ha scontato la generale carenza di possibilità di inserimento delle persone nel mondo del lavoro, acuita dalla grave crisi economica e sociale degli ultimi tempi.

Nel corso del triennio il progetto ha mappato le risorse presenti sul territorio, garantite da enti pubblici e del privato sociale, e realizzato un raccordo funzionale a orientare e facilitare le persone per l'accesso al sistema dotale e alle borse lavoro promosse da diversi enti presenti sul territorio. Ciò nella consapevolezza che la frammentazione delle opportunità e la loro dislocazione in Enti diversi, spesso non comunicanti tra loro, rendono di fatto difficoltoso l'incontro tra la domanda e l'offerta territoriale promossa e finanziata dal sistema pubblico.

Il progetto ha inoltre avviato raccordi con le cooperative sociali di tipo B, che, per un determinato periodo e grazie a convenzioni con gli enti pubblici, hanno costituito la principale risorsa per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

GLI SPORTELLI DI ORIENTAMENTO PER LA POPOLAZIONE IMMIGRATA

Si tratta di un servizio stabile e itinerante nei Comuni del Distretto conosciuto e utilizzato dalla numerosa popolazione straniera presente.

Il servizio orienta i cittadini nel disbrigo di pratiche burocratiche legate ai permessi di soggiorno e al ricongiungimento familiare; offre altresì la possibilità di orientarsi nel sistema delle regole italiane e locali, facilitando l'integrazione.

LA PROTEZIONE GIURIDICA DELLE PERSONE FRAGILI

Il Distretto di Certosa di Pavia ha sottoscritto con ASL un Protocollo d'Azione Interistituzionale sulla disabilità per la realizzazione di un Sistema Integrato di Protezione Giuridica delle persone fragili, unitamente a tutti gli Ambiti Territoriali della Provincia, al Comitato di coordinamento pavese per i problemi dell'handicap e all'Ordine dei Medici.

L'obiettivo è promuovere e sostenere la diffusione della figura dell' Amministratore di Sostegno (A.d.S.), un istituto giuridico di grande portata umana e culturale perché consente di tutelare legalmente la persona, senza espropriarla del tutto della sua capacità di agire, attraverso un iter semplice e facilmente accessibile. Tale istituto impone di proteggere la persona fragile, "con la minor limitazione possibile della sua capacità...", aiutandola "mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente", tenendo conto "dei suoi bisogni, dei suoi desideri e delle sue aspirazioni". Un sostegno giuridico alla persona, quindi, affinché la persona in difficoltà non venga "sostituita" ma al contrario venga "sostenuta".

L'impegno dell'Ambito Territoriale è di promuovere l'accesso all'istituto, garantendo alle persone e alle famiglie una corretta informazione e il supporto necessario nella compilazione e presentazione delle istanze; le assistenti sociali agiscono in collaborazione con lo sportello informativo SAI? gestito dall'ANFASS di Pavia e convenzionato con il distretto.

IL FRONTEGGIAMENTO DELL'EMERGENZA ABITATIVA DI NUCLEI FRAGILI

Nel corso nel 2014 l'Ambito territoriale di Certosa di Pavia ha sperimentato un modello di fronteggiamento dell'emergenza abitativa di nuclei fragili del territorio, ossia di nuclei con presenza di minori, anziani o persone disabili in situazione di disagio socio-economico. L'azione è stata sperimentata in forma associata e garantita in modo uniforme su tutto il distretto.

Il modello sperimentato prevedeva la possibilità per ogni nucleo familiare di fruire di un contributo fino a € 3.000, finanziato per il 70% con fondi distrettuali e per il 30% con fondi comunali, sulla base di un progetto di fronteggiamento e soluzione dell'emergenza. Per accedere alla misura, il progetto doveva essere costruito e definito dal nucleo medesimo, di concerto con l'assistente sociale di riferimento, e non doveva limitarsi al pagamento degli affitti arretrati. Alla base del modello la volontà delle istituzioni di far leva sulle risorse delle persone e delle famiglie, valorizzandole e favorendo il superamento di stati di passività e richiesta assistenzialistica.

Nel corso dell'anno di sperimentazione (2014) sono state 24 le famiglie che hanno avuto accesso alla misura e che hanno positivamente risolto l'emergenza abitativa; di queste 9 sono famiglie straniere e 15 famiglie italiane. Per 4 situazioni si è fatto ricorso al collocamento in residence per

un periodo da 1 e 3 mesi, per 17 nuclei è stata sostenuta la sottoscrizione di nuovo contratto (7 nel medesimo distretto) e per 3 situazioni è stata garantita la proroga della locazione in attesa di nuova soluzione abitativa.

LE AZIONI DISTRETTUALI PER LA CONCILIAZIONE DEI TEMPI

L'Ambito territoriale di Certosa di Pavia ha concorso alla realizzazione del Piano provinciale per la conciliazione dei tempi di lavoro e di cura, mediante la progettazione e realizzazione di azioni progettuali sperimentali sul territorio distrettuale, cofinanziati a valere sui fondi regionali per la conciliazione.

Relativamente al biennio 2012/2013 è stato realizzato il progetto "Famiglie SupportATE" finalizzato a formare baby-sitter; il progetto ha registrato un'ampia partecipazione, con 127 iscrizioni ai corsi gratuiti presenti in diverse sedi del distretto.

Rispetto al Piano provinciale per la conciliazione approvato nel 2014, l'Ambito di Certosa ha presentato il progetto SOS Vacanze Scolastiche che prevede l'avvio di centri gioco invernali, in periodi di sospensione delle attività didattiche per festività natalizie e pasquali, corsi di formazione per animatori di centri estivi con possibilità di borsa lavoro per i migliori corsisti, incentivi economici alle famiglie per favorire l'accesso dei figli a servizi di centro estivo.

CONSIDERAZIONI SULL'ESPERIENZA DISTRETTUALE NELL'AREA

L'esperienza di gestione associata e di progettazione partecipata sin qui condotta ha consentito di diffondere servizi fondamentali, garantendone la presenza anche in comuni di dimensioni molto ridotte.

L'attenzione dell'ambito territoriale alle diverse sfere del bisogno della persona disabile ha peraltro contribuito a consolidare la cultura dell'inclusione sociale, aumentando il benessere percepito dalle persone disabili e dalle loro famiglie, spesso parti attive nella costruzione di momenti di aggregazione e socializzazione all'interno della comunità di appartenenza.

Il confronto costante e la positiva interazione territoriale ha consentito anche l'avvio di sperimentazioni in ambiti di intervento particolarmente complessi, quali il fronteggiamento dell'emergenza abitativa, con esiti positivi.

La complessità e la gravità delle problematiche legate al mondo degli adulti richiedono però sforzi ulteriori per il rafforzamento del sistema di conoscenza dei bisogni, ancora molto frammentato, e per l'individuazione di modelli positivi di intervento soprattutto nell'ambito del sostegno alle persone espulse dal circuito lavorativo e in condizioni di grave disagio sociale ed economico.

AREA ADULTI

Tabella riassuntiva degli esiti della triennalità 2012/2014

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Favorire la permanenza al domicilio di persone adulte non autosufficienti e l'esercizio di funzioni di vita autonoma	sì	Consolidamento dei servizi di assistenza domiciliare e trasporto per favorire la permanenza a domicilio e alleggerire il carico assistenziale	104.485	anno 2012	Gestiti nel biennio 2012/13 servizi SADH con fondi residui e quote DGR 3850 per servizi comunali. Cofinanziati progetti di sollievo familiare e spazi autonomia. Erogati buoni sociali per assistenza prestata da caregiver.	Gestiti nel biennio 2012/2013 servizi SADH a livello distrettuale in favore di 28 persone adulte disabili, rendicontati e finanziati altri 25 progetti gestiti a livello comunale. Erogati buoni in favore di 19 utenti disabili e 17 progetti di sollievo/autonomia cofinanziati.
		Potenziamento raccordo inter-istituzionale	21.450	anno 2013	Gestito nel 2014 FNA DGR 740/2013 in favore di persone con grave disabilità, con attivazione degli strumenti previsti dalla normativa, regolamentati dall'Assemblea distrettuale. Integrazione di fase di programmazione, gestione e verifica con ASL (cabina di regia, tavoli operativi)	Realizzati nel 2014 interventi in favore di 34 persone con grave disabilità, con valutazione sociale e stesura PAI condiviso. Non presenti utenti in lista d'attesa.
		Attivazione di interventi educativi finalizzati a favorire l'adattamento al contesto e lo sviluppo di nuove forme di autonomia.			43.574	anno 2014

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Favorire l'inserimento dell'adulto disabile nel contesto sociale	sì	Consolidamento percorsi per il tempo libero, in collaborazione con le Associazioni presenti sul territorio	18.391	anno 2012	Apertura e gestione consolidata di offerte per il tempo libero in 4 poli del Distretto.	Partecipano alle attività 31 adulti con disabilità residenti nel distretto. Realizzati momenti di condivisione dell'esperienza con la comunità di appartenenza.
			19.861	anno 2013	Differenziazione dell'offerta con possibilità di esperienza fattoria didattica, laboratori espressivi, tradizionale sfida calcistica, uscite e gite sul territorio, momenti informali per scambio opinioni e blog.	
			19.919	anno 2014		
Favorire l'inserimento lavorativo e/o occupazionale dell'adulto disabile/invalido	sì	Potenziamento servizio di inserimento lavorativo disabili, con particolare riguardo alla messa a punto di percorsi ergoterapici	9.000	anno 2012	Consolidata la presenza sul territorio del servizio ""Prospettiva Lavoro"", affidato ad Ente del privato sociale, con funzioni di accoglienza della persona adulta disabile, inquadramento, valutazione competenze residue, orientamento, facilitazione accesso a doti lavoro, tirocini formativi, borse socializzanti. Effettuato studio di fattibilità per avvio laboratorio ergoterapico sul territorio, non avviato per carenza fondi	Nel 2012: 29 persone accolte nel servizio, 19 orientate verso le doti lavoro, 4 inserimenti lavorativi. Nel 2013, 27 i casi gestiti con 6 utenti segnalati per doti lavoro e 2 inserimenti lavorativi. Studio fattibilità laboratorio ergoterapico con 15 utenti su 19 valutati idonei all'inserimento nel servizio. Nel 2014, 33 i casi gestiti, con 15 segnalazioni per doti lavoro, 13 tutoring/borse lavoro attivate, 27 percorsi valutazione competenze e 8 inserimenti lavorativi.
			9.000	anno 2013		
			9.000	anno 2014		

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Ridurre ostacoli di natura economica che impediscono l'accesso a centri diurni per persone disabili	sì	Favorire l'accesso ai centri diurni disabili, ai centri socio educativi e ai servizi di formazione all'autonomia, garantire la sostenibilità delle tariffe	31.120	anno 2012	Nel 2012, calmierazione con fondi DGR 3850.	Garantita dal 2013 la calmierazione della retta di frequenza per l'accesso a centri diurni per disabili, in favore di circa 45 persone disabili residenti nel distretto.
			128.654	anno 2013	Dal 2013 avviato sistema solidaristico, con quote abitante e erogazione voucher differenziati per tipologia servizio, al fine di calmierare sensibilmente le rette per l'accesso ai centri diurni.	
			138.330	anno 2014	Sistema consolidato nel 2014.	
Attivare azioni e interventi per garantire la protezione giuridica	sì	Creazione di un sistema integrato di protezione giuridica con il concorso di soggetti istituzionali e sociali Coinvolgimento delle associazioni di volontariato	3.000	anno 2012	Sottoscrizione protocollo d'azione inter istituzionale tra ambiti territoriali della provincia, ASL, Comitato coordinamento pavese H, Ordine dei Medici. Avvio azioni di integrazione	Garantita attività di consulenza sulle procedure da attivare, con segretariato sociale in 22 casi, mediante convenzione ANFFASS in ulteriori 10 casi. Garantito accompagnamento e supporto in favore di 25 casi con segretariato sociale ANFFASS ha integrato l'attività in 19 casi
			3.000	anno 2013		
			3.000	anno 2014	Avviate azioni formative, divulgative, e richieste di protezione giuridica, anche in collaborazione con l'Associazione di volontariato ANFFASS Pavia	

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Favorire il reinserimento di persone carcerate nel tessuto sociale e produttivo	sì	Rafforzamento della rete con ASL, Piani di Zona, UEPE, Carceri Provinciali	1.000	anno 2012	Partecipazione ai tavoli di rete, per l'individuazione sinergica di obiettivi di reinserimento nel tessuto sociale e produttivo delle persone carcerate. Realizzato il progetto Prospettiva Lavoro con attività di orientamento, servizi di mediazione al lavoro, invio a progetti di tirocinio formativo e lavorativo.	Accolti nel servizio e orientati n. 11 utenti provenienti dal percorso penale nel 2012, 7 nel 2013 e 4 nel 2014
		Individuazione di attività socialmente utili da inserire nella rete dei percorsi per il reinserimento sociale e produttivo	1.000	anno 2013		
			1.000	anno 2014		
Intervenire a sostegno di persone escluse dal circuito lavorativo e in situazione di disagio socio-economico	sì	Creazione rete provinciale per circuitare informazioni e opportunità	7.000	anno 2012	Esperito bando nel 2012 per persone in situazione di disagio lavorativo (mobilità, cassaintegrazione) per erogazione buoni sociali in collaborazione con Provincia Presenza di esperienze significative a livello locale rispetto al sostegno dell'impresoria giovanile e al coinvolgimento delle persone in attività socialmente utili, da analizzare per verificare le buone prassi da condividere, per avviare sperimentazione a livello distrettuale	L'obiettivo è stato sostanzialmente rinviato alla prossima triennalità, al fine di implementare la conoscenza del fenomeno, individuare le buone prassi, avviare progettazione organica, condivisa a livello sovra-zonale, reperendo anche fondi specifici mediante partecipazione a bandi
		Favorire e sostenere l'impresoria, soprattutto femminile e giovanile	0	anno 2013		
		Attivare percorsi di sostegno e tutoraggio Coinvolgere le persone in attività socialmente utili, con corrispettivi che allentino la pressione economica	0	anno 2014		
Fronteggiamento situazioni di emergenza abitativa	sì	Individuazione forme flessibili atte a fronteggiare il problema abitativo	48.006	anno 2014	Sperimentata formula di fronteggiamento dell'emergenza abitativa, gestita in forma associata con il concorso di fondi distrettuali e fondi comunali, con significativi e positivi risultati. Modello da consolidare.	Nel 2014 fronteggiate positivamente n. 24 situazioni di emergenza abitativa che coinvolgevano nuclei fragili, connotati dalla presenza di minori/anziani o disabili

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Favorire l'integrazione della popolazione straniera	sì	Attivazione di corsi di italiano per adulti stranieri	5.592	anno 2012	Consolidata la presenza di sportelli di orientamento della popolazione immigrata, itineranti, con 6 aperture mensili Nel 2014 realizzato corso di italiano per donne straniere in collaborazione con ente del privato sociale e con fondi dallo stesso reperiti	Accesso annuo medio agli sportelli di orientamento: 250 persone Attivazione corso di italiano per donne straniere
		Consolidamento degli sportelli di orientamento per la popolazione immigrata, da realizzarsi in forma associata	5.340	anno 2013		
			5.340	anno 2014		
Favorire la conciliazione dei tempi di cura della famiglia con le esigenze lavorative	sì	Avviare sperimentazioni positive nell'ambito della conciliazione;	9.575	anno 2012	Progetto Famiglie SupportATE, inserito nel Piano Provinciale e cofinanziato. Sviluppo nelle annualità 2013/14;	Progetto Famiglie SupportATE: 127 iscrizioni al corso per baby-sitter, 92 accessi all'esperienza pratica, 74 autorizzazioni alla pubblicazione dati sul registro distrettuale.
		Partecipazione al Piano Provinciale sulla conciliazione		anno 2013		
		Valorizzazione e diffusione delle buone prassi;	11.255	anno 2014	Nell'anno 2014 presentazione progetto SOS Vacanze Scolastiche, con sistema articolato di azioni finalizzate alla formazione, all'apertura di nuovi servizi per la conciliazione e alla calmierazione dei costi per l'accesso a servizi di cura nelle vacanze estive. In corso di attuazione.	Redazione e finanziamento progetto SOS Vacanze scolastiche, attuabile nel biennio 2014/15. Attivata 1° azione: centri gioco natalizi in 4 sedi del distretto.
Azioni di contrasto alla violenza di genere e azioni di supporto	Aggiunto	Monitoraggio presenza fenomeno sul territorio	2.000	anno 2012	Acquisiti dati di monitoraggio sull'andamento del fenomeno (38 donne residenti nel distretto vittime di violenza nel 2014) Diffusione e sensibilizzazione (area dedicata nel sito) e brochure Avviati percorsi di protezione con accesso alla casa rifugio (quota a carico Comuni di residenza	Monitoraggio e raccolta dati effettuata e aggiornata Realizzate azioni di sensibilizzazione; Realizzazione azioni congiunte di protezione in caso di violenza agita su donne e/o assistita da minori
		Messa a disposizione di consulenza legale, psicologica, sportello anti-stalking, accoglienza e supporto, casa rifugio, mediante convenzione con centro antiviolenza.	2.000	anno 2013		
			2.000	anno 2014		

AREA ANZIANI

L'esperienza maturata nel contesto distrettuale

Anche per quanto riguarda l'Area Anziani, il Distretto di Certosa di Pavia conta su esperienze significative di progettazione e gestione associata di servizi ed interventi soprattutto per il sostegno agli anziani parzialmente e totalmente non autosufficienti.

GLI INTERVENTI PER LA PERMANENZA A DOMICILIO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Anche gli interventi finalizzati a favorire la permanenza delle persone anziane non autosufficienti al domicilio hanno sempre avuto un peso significativo nell'attività distrettuale, connotandosi come obiettivo prioritario.

Nel corso del biennio 2012/2013, malgrado la riduzione di trasferimenti specifici e utilizzando fondi residui, l'Ambito Distrettuale ha garantito la prosecuzione dell'erogazione di titoli sociali per sostenere l'attività di cura garantita dal caregiver familiare o professionale, nonché per consentire l'accesso a servizi assistenza domiciliare; come per gli adulti disabili la rete di sostegno distrettuale è stata poi integrata dai singoli Comuni con risorse specifiche e con l'attivazione di servizi complementari (pasti a domicilio, trasporto ecc.).

Grazie ai fondi per la non autosufficienza, trasferiti con DGR 740/2013, è stato avviato un sistema di intervento organico con l'erogazione di 36 buoni sociali mensili e l'attivazione di 16 interventi di assistenza domiciliare.

LA PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA VITA DELLA COMUNITA' E L'AVVIO DI FORME DI CONTRASTO ALLA SOLITUDINE E ALL'ISOLAMENTO

Il Distretto di Certosa non ha sin qui agito in forma coordinata per lo sviluppo della cultura del volontariato svolto da anziani. Sono però presenti significative e positive esperienze in diversi Comuni dell'ambito, costituendo di fatto una rete sociale di rilievo, sovente convenzionata con l'Ente Pubblico.

Significative alcune esperienze di reti di volontariato finalizzate a contrastare la solitudine e l'isolamento delle persone anziane, mediante la costruzione di rapporti di fiducia e sostegno.

Il tessuto sociale ed aggregativo mostra perciò importanti potenzialità ed offre una buona base di partenza, che occorre valorizzare e diffondere.

LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE DELL'ANZIANO

Anche rispetto alla promozione di stili di vita sani non si registrano azioni coordinate in ambito distrettuale, ma in molti Comuni del Distretto sono promossi corsi e percorsi finalizzati a favorire la socializzazione della persona anziana, il mantenimento delle funzioni cognitive e motorie, la valorizzazione dei saperi al servizio della comunità.

L'Ambito territoriale ritiene necessario potenziare le attività di prevenzione, anche mediante la condivisione e la diffusione delle buone prassi sin qui esperite a livello locale.

CONSIDERAZIONI SULL'ESPERIENZA DISTRETTUALE NELL'AREA

Il progressivo e costante invecchiamento della popolazione richiede uno sforzo sinergico per garantire da un lato il mantenimento di spazi di vita autonoma al proprio domicilio, e valorizzare dall'altro le competenze e i saperi posseduti dalla popolazione anziana, ritenendoli una risorsa preziosa per la collettività.

Malgrado l'importante ed efficace azione condotta dall'Ambito, dai singoli Enti Locali e dalle forze sociali, permangono necessità di ottimizzazione e integrazione delle risorse pubbliche e private, con particolare riferimento alla messa in comune delle buone pratiche e all'avvio di azioni coordinate e congiunte.

Tra le diverse aree, quella degli anziani è l'area che più necessita dell'interazione con le forze sociali del territorio; l'azione distrettuale, concentrata sullo sviluppo e l'integrazione dei servizi istituzionali al fine di consolidare la presenza di una risposta organica ed uniforme sul territorio, non è riuscita nel triennio 2012/2014 a sviluppare efficacemente l'integrazione con il privato sociale, e a valorizzarne le risorse, rendendole opportunità a pieno titolo inserite nella più ampia rete dell'offerta sociale ambitale.

Non risultano pertanto realizzate quelle azioni che prevedevano la ricognizione e la messa a sistema dell'esperienza territoriale locale, con particolare riguardo alla promozione delle buone prassi esperite in raccordo con le associazioni di volontariato. Questo costituisce un obiettivo primario della prossima triennialità del Piano di Zona.

AREA ANZIANI

Tabella riassuntiva degli esiti della triennalità 2012/2014

Obiettivo di programmazione	Presente nel PDZ	Interventi, progetti, servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Rif.	Azioni realizzate	Risultati
Favorire la permanenza al domicilio di persone anziane non autosufficienti e l'esercizio di funzioni di vita autonoma	sì	Sostegno alla domiciliarietà attraverso interventi di tipo sia assistenziale che educativo, mediante l'erogazione di voucher e titoli sociali, SAD	67.489	anno 2012	Nel 2012 e 2013 garantita l'erogazione di titoli sociali con fondi residui (21 buoni e 19 voucher) a n. 40 anziani. Nel 2014 attivate le forme di sostegno e supporto previste dalla DGR 740/2013, con 36 buoni sociali mensili erogati e 16 servizi domiciliari garantiti	Attivati 57 interventi mediante buono sociale e 35 interventi mediante voucher sociale per favorire la permanenza a domicilio . Protocollo operativo con ASL per la valutazione multidimensionale integrata. Raccordo per l'attuazione delle misure previste dalla DGR 856/2013
		Avvio tavoli di lavoro con ASL, Azienda Ospedaliera, Medici di base, per elaborazione e sottoscrizione di protocolli operativi volti a garantire l'integrazione socio-sanitaria e adeguate modalità di dimissione assistita		anno 2013	Sia a livello di cabina di regia, sia all'interno di tavoli di programmazione e operativi, è stato messo a punto un sistema per l'attuazione coordinata ed integrata di interventi a carattere socio-sanitario che rispondono a bisogni complessi. Il lavoro ha consentito la predisposizione e sottoscrizione di protocollo operativo per la valutazione multidimensionale integrata e PAI integrato.	
		Potenziamento della rete informale (rete di volontariato organizzato) , avvio tavolo di confronto con terzo settore e percorsi di qualificazione delle assistenti familiari	64.941	anno 2014	Nel triennio si è puntata l'attenzione sulle prime due azioni, rinviando al triennio 2015/17 il potenziamento della rete informale e iniziative finalizzate a favorire la qualificazione delle assistenti familiari	

PROGRAMMAZIONE DEL NUOVO TRIENNIO 2015-2017

INTEGRAZIONE SOCIALE E SOCIO-SANITARIA

Ricomposizione di conoscenza, risorse, servizi

Considerando i cambiamenti in chiave sistemica che sta affrontando il comparto del *welfare* e la dura congiuntura economica, appare 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, imponendo un forte coordinamento e integrazione di percorsi assistenziali, di risorse professionali e finanziarie" (d.g.r. 2989/14). Si tratta di uno strumento che incarna un nuovo modello di presa in carico, superando la vecchia logica del finanziamento per singole prestazioni, cui la persona richiede di accedere, promuovendo invece l'integrazione fra diverse risorse professionali ed economiche, al fine di realizzare un percorso unitario di cura individuale e personalizzato.

La garanzia che siano assicurati dei percorsi di presa in carico integrata della persona fragile e della sua famiglia, fondati sul *care management* e sul coordinamento dell'assistenza, è fornita dal ruolo dei *Centri Multiservizi* per la persona. La *mission* di questa modalità organizzativa è quella di operare per superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse Udo, procedendo ad integrare i diversi interventi sulla base

della valutazione multidimensionale del bisogno, assicurando così controllo e coordinamento all'interno del processo di presa in carico e implementando la logica della continuità assistenziale.

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

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

IL PERCORSO DI INTEGRAZIONE SOVRA DISTRETTUALE

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

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

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

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

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

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

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

- *Creare un sistema integrato di interventi sovra-zonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie (obiettivo 1):* considerando l'assenza di percorsi comuni e di modalità di presa in carico dei soggetti vittime di questa dipendenza, i tavoli hanno concordato sulla necessità, come primo *step*, di realizzare un protocollo comune, per declinare procedure di prevenzione uniformi su tutto il territorio provinciale. Fra gli

strumenti principe sono state scelte le iniziative di sensibilizzazione da realizzarsi sul territorio, oltre ad incontri nelle scuole per ragazzi e genitori.

Area Minori

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

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

Strutture e servizi prima infanzia

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

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

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

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

Minori inseriti in strutture residenziali sociali

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

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

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

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

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

E' stata affrontata la problematica della tutela minorile, di cui attualmente i Comuni si occupano, esaminata anche per la componente in ambito consultoriale, sede deputata alla valutazione delle competenze genitoriali e della loro recuperabilità, sulla base del mandato del Tribunale.

A fronte di una richiesta di "indagine psico-sociale", la procedura prevede due passaggi, valutazione e presa in carico:

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

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

Presso la ASL di Pavia sono in fase di elaborazione Linee guida relative a: tutela minorile, adozione, 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. Il punto focale è l'esigenza di approntare dei criteri migliori e più efficaci per uniformare la definizione di disabilità a livello provinciale ed individuare ciò che una persona disabile richiede al territorio. Su questo punto i tavoli hanno convenuto che i criteri standard dell'invalidità civile e dell'accompagnamento non sono sufficienti e adatti allo scopo. La proposta, che ha accolto maggiori consensi, è quella di procedere incrociando i dati inerenti alla L. 104/1992, con quelli delle diagnosi e delle esenzioni per tipologia. La L. 104/1992 può rivelarsi utile perché consente di individuare l'handicap e lo svantaggio, anche in relazione al contesto in cui vive il soggetto interessato dall'intervento.

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

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

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

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

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

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

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

- Evitare gli sfratti, anche attraverso l'erogazione diretta di contributi per il pagamento dell'affitto, procedendo ad ottimizzare le risorse ora in mano ai Comuni. Si potrebbe pensare alla creazione di un fondo comune sull'emergenza sfratti e/o alla presentazione di progetti per ottenere finanziamenti dalle fondazioni bancarie;

- Implementare gli spazi abitativi disponibili tramite nuovi accordi con ALER, anche per l'utilizzo degli alloggi sfitti, che necessitano di interventi di messa a norma, nello svolgimento dei quali potrebbero essere coinvolti i potenziali inquilini. I tavoli hanno convenuto, a riguardo, che il coinvolgimento dei richiedenti è auspicabile e fruttuoso.

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

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

- *Potenziare la rete di protezione giuridica ADS sul territorio (obiettivo 7):* questo potenziamento può essere fatto mettendo in rete tutti i soggetti operanti sul territorio e condividendo modalità e procedure di azione. Risulta perciò necessaria una diffusione omogenea degli sportelli di sostegno su tutto il territorio provinciale, con caratteristiche omogenee e pari competenze. Gli strumenti sono quelli del potenziamento del sistema informatico e l'individuazione (e standardizzazione) delle prassi;
- *Condividere le buone prassi per gli interventi di emergenza abitativa (obiettivo 8):* da realizzare anche attraverso la costruzione di una banca dati integrata;
- *Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche (obiettivo 9)* già adottate dai Comuni, in risposta a bisogni altrimenti non coperti, quali: contrastare l'esclusione dal contesto lavorativo e la fragilità socio-economica attraverso misure di sostegno al reddito tramite attività di inclusione sociale (estendere buone prassi), contrastare lo scivolamento dei soggetti nella zona di emarginazione sociale e di rafforzamento della cooperazione 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/iniziativae 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/iniziativae realizzati	Triennio

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
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 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

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
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 e 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

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
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

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
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

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
10. Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi	Specifico	Condivisione degli interventi con PdZ, ASL, Centri anti violenza, Consultori e Tribunali.	Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Protocollo	Professionali	Procedure	Sottoscrizione di un protocollo comune sovrazonale	SI/NO	Report di monitoraggio	Triennio
11. Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovrazonale/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

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
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/Se rvizi 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 multidimensional e 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

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
13. 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 caregiver 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

Il Piano di Zona: criticità e obiettivi

Sul territorio del distretto di Certosa di Pavia sono presenti numerose e diversificate risposte ai bisogni dei cittadini: alcune sono **inserite in un sistema integrato** grazie all'attività di ricomposizione sin qui avviata, ma molte altre risultano ancora **frammentate e scarsamente conosciute**.

Le modalità di erogazione di benefici e prestazioni a livello locale si differenziano in larga parte tra i Comuni dell'Ambito e prevedono criteri di accesso alle agevolazioni per lo più sostanzialmente differenti e non sempre peraltro presenti.

Questo quadro costituisce una criticità rilevante sul territorio, che l'Ambito intende affrontare cogliendo l'opportunità offerta anche dal nuovo sistema per il calcolo dell'indicatore della situazione economica dei nuclei familiari, introdotto con DPCM 159/2013. A tal riguardo il distretto intende dotarsi di un **regolamento distrettuale per l'applicazione uniforme dell'indicatore della situazione economica equivalente**, effettuando preliminarmente una **mappatura** dei sistemi esistenti di erogazione di benefici economici e prestazioni agevolate, e definendo congiuntamente il livello di uniformità che si intende raggiungere con il regolamento ambitoriale.

L'azione punta sia a incrementare la conoscenza sulle opportunità presenti sul territorio, sia ad avviare processi volti ad uniformare le modalità e i criteri di accesso alle prestazioni sociali, al fine di realizzare equità sociale e garantire pari opportunità ai cittadini del più ampio territorio distrettuale.

Intende altresì avviare sistemi di conoscenza dei progetti avviati a livello locale, sia dalle istituzioni pubbliche che dal privato sociale, per individuare e valorizzare le buone prassi, mettendo a fattor comune l'esperienza e integrandola nell'azione associata.

L'Ambito territoriale di Certosa di Pavia intende inoltre garantire, anche nel triennio 2015/2017, la presenza uniforme sul territorio del servizio di **segretariato sociale, gestito in forma associata**. A tal riguardo prevede di potenziare la semplificazione delle procedure d'accesso e confermare la vicinanza del servizio alle persone fragili e al contesto sociale di appartenenza, mediante lo svolgimento di colloqui sociali nei Comuni di residenza dei cittadini o direttamente al domicilio delle persone.

Il servizio di segretariato sociale, trasversale rispetto ai bisogni di ascolto e orientamento di tutti i target di utenza (minori, adulti e anziani), interviene orientando le persone verso le adeguate risposte disponibili a livello comunale, distrettuale, provinciale e regionale, di carattere sociale e socio-sanitario, nonché favorendo l'accesso ai servizi delle unità d'offerta gestite in forma pubblica e privata.

Tra i bisogni di potenziamento rilevati, vi è la capacità del servizio di registrare la domanda espressa e la possibilità per il sistema di disporre di un sistema informativo fluido e attendibile. L'implementazione del sistema di conoscenza dei bisogni espressi dal territorio e delle risposte messe in campo costituirà obiettivo del nuovo triennio.

Area minori

Nel percorso di costruzione delle finalità e degli obiettivi dell'azione integrata per il nuovo triennio, l'Ambito Territoriale ha mantenuto alta l'attenzione su alcune **crescenti criticità del sistema famiglia**, sovente causa di dinamiche disfunzionali all'interno del nucleo, di disagio e comportamenti devianti dei suoi componenti, criticità che costituiscono un elevato fattore di rischio e pregiudizio per i minori e per la famiglia stessa; tra queste la presenza di accesa **conflittualità genitoriale**, di problemi di **dipendenza** da sostanze di uno o più componenti, di **patologie psichiatriche**, di **scarsa consapevolezza del ruolo genitoriale**. Un rilievo particolare è stato posto alle gravi difficoltà sociali ed economiche che stanno investendo molte famiglie colpite dalla crisi economica, con la **perdita o la precarietà del lavoro e della casa**, causa di inevitabili stati di tensione e percezioni di insicurezza sul futuro.

Nell'ultimo triennio la necessità di avviare **interventi di protezione dei minori** e di sostegno alle famiglie è aumentata in modo esponenziale, con 233 casi e 315 minori in carico; la tutela dei minori costituisce pertanto un'area di primario interesse e si rende sempre più necessario ottimizzare i processi già in atto e potenziare le connessioni di rete, con l'obiettivo principale di intervenire efficacemente e con tempestività a sostegno dei minori e delle famiglie. A tal riguardo assume un ruolo di rilievo **l'individuazione precoce dei segnali** di disagio e malessere, possibile sintomo di dinamiche disfunzionali; pur mantenendo quindi alta la possibilità di intervento in caso di pregiudizio di minore, lo sguardo dei servizi dovrà orientarsi anche alla prevenzione, nell'intento di intercettare i nascenti bisogni dei nuclei familiari e strutturare con essi relazioni d'aiuto positive e funzionali ad evitare degenerazioni del disagio.

In quest'ottica assume grande valore il lavoro di rete e la possibilità di dialogo tra gli attori sociali che a diverso titolo entrano in contatto con il disagio dei minori e delle loro famiglie (es. scuola, contesti aggregativi e sportivi).

Assume altresì rilevanza

- la possibilità di disporre adeguatamente di **risorse d'intervento diversificate e flessibili**, quali l'istituto dell'affido nelle sue diverse forme ed i servizi educativi domiciliari e territoriali, necessari a limitare quanto più possibile il ricorso al collocamento in contesti comunitari
- la possibilità di contare su servizi e possibilità di intervento **uniformi sul territorio**, facilmente e velocemente attivabili, **stabilmente inseriti** nella rete d'azione.

L'Ambito Territoriale ritiene quindi di continuare ad investire sulla gestione associata, al fine di garantire e potenziare interventi integrati e sinergici di prevenzione e tutela, quali il Servizio Famiglia e Minori, con percorsi di mediazione del conflitto e sostegno alla genitorialità, l'assistenza domiciliare educativa, lo sportello d'ascolto psicologico all'interno delle scuole.

Risulta inoltre chiaro che i servizi agiscono in un **sistema di criticità familiari multifattoriale e complesso, in rapida trasformazione**, con risorse e strumenti limitati; in tale contesto occorre potenziare le risorse della comunità, affinché agiscano in modo complementare agli interventi specialistici e qualificati dei servizi. Occorre che gli Enti istituzionali deputati ad intervenire nelle diverse sfere di criticità (Enti Locali,

Provincia, Prefettura, ASL, SERD, ecc) facciano rete, al fine di rispondere in modo sinergico e coordinato ai diversi bisogni espressi. E' necessario altresì **restituire alle famiglie un ruolo attivo e propulsivo nella società**, rendendole protagoniste del cambiamento, arginandone il sovente e consolidato vissuto di consumatori di servizi e sostenendone il naturale e positivo ruolo di attori sociali.

Accanto alle criticità del sistema famiglia, l'Ambito di Certosa intende intervenire per ridurre i diversi fattori che possono costituire **ostacolo al pieno sviluppo della personalità e delle potenzialità dei minori**. La mancata conoscenza della lingua e del contesto culturale per gli alunni stranieri, le difficoltà scolastiche per i bambini affetti da disturbi specifici dell'apprendimento, le abitudini alimentari scorrette nei giovani obesi, l'isolamento sociale di ragazzi impossibilitati a frequentare gruppi di pari, la presenza di disabilità cognitive e relazionali, possono infatti, in forme e gradi diversi, causare importanti vissuti di sofferenza, ansia ed emarginazione nei minori. Ciò accanto alla crescente difficoltà degli adulti di offrire, nel contesto familiare ed amicale, adeguati spazi di ascolto, confronto e contenimento del fisiologico disagio legato alla crescita.

Anche in questo caso occorre che la rete sociale si ponga l'obiettivo di intercettare il disagio, intervenendo a livello di prevenzione, riconoscendo le difficoltà dei ragazzi e mettendo in campo i supporti ed i sostegni atti a ridurle; con il fine di consentire ai minori di sperimentare il senso di efficacia nel **superamento degli ostacoli personali e di contesto**, evitando che negli stessi si consolidi la demotivazione e la mancanza di autostima, alla base dell'abbandono scolastico e, in parte, del comportamento deviante.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla qualificazione del contesto educante, al fine di renderlo capace di accogliere e riconoscere le risorse presenti in ogni bambino o ragazzo, facilitandone l'espressione.

Area adulti

Continua a connotarsi come emergenza sociale il **bisogno del lavoro** (preariato o mancanza) **e della casa** (sfratto o perdita della proprietà), in un clima di grande incertezza e preoccupazione per il futuro. I cittadini che si rivolgono ai servizi esprimono bisogni di sicurezza personale, familiare e sociale di ampia portata, che **minano nel profondo la fiducia nelle capacità proprie della vita adulta**, inducendo stati di isolamento e di depressione, ed aumentando la conflittualità agita nel contesto familiare e sociale.

Rilevante, sul tema del lavoro, è la necessità di **evitare che le persone rimangano a lungo escluse dal circuito sociale attivo**; in tal senso si converge sull'opportunità di avviare percorsi che favoriscano l'impiego delle persone escluse dal mondo del lavoro in attività socialmente utili, accompagnati da sostegni economici, mappando le esperienze presenti sul territorio e valorizzando e diffondendo le buone prassi.

Particolare attenzione dovrà essere posta anche alle possibili **risposte sul tema della casa**, con stabilizzazione di risposte atte a fronteggiare l'emergenza abitativa di nuclei composti da persone fragili e/o disabili, come positivamente sperimentato nel triennio precedente.

Nell'attivazione dei percorsi di sostegno e di aiuto, l'intervento distrettuale porrà attenzione a favorire la riscoperta delle potenzialità e delle risorse delle persone e delle famiglie, restituendo fiducia nella propria capacità di autodeterminazione, affinché non si instaurino meccanismi di dipendenza dai servizi, in una logica di tipo assistenzialistico

I bisogni determinati dalla perdita della capacità degli adulti di far fronte alle esigenze della famiglia costituiscono un problema sociale molto complesso, cui i singoli Enti non possono far fronte da soli e per il quale le **risposte si rivelano spesso limitate e parziali**, sommerse dal dilagante impoverimento delle famiglie e dalla progressiva diminuzione delle risorse deputate al loro sostegno. L'Ambito ritiene pertanto fondamentale il confronto e l'avvio di progettualità comuni a livello sovra-zonale.

Accanto ai bisogni emergenti e legati alla crisi occupazionale, l'Ambito di Certosa intende altresì rispondere ai bisogni espressi dalle famiglie lavoratrici di poter **conciliare i tempi** di cura dei figli o dei parenti anziani con le esigenze lavorative. Il piano di lavoro provinciale avviato sul tema della conciliazione e coordinato dall'ASL, costituisce il principale strumento sinergico di sperimentazione che vede gli ambiti distrettuali tra i soggetti promotori di opportunità e progettualità condivise; in particolare l'Ambito di Certosa svilupperà un progetto articolato che prevede attività formative, attivazione di nuovi servizi per la conciliazione, incentivi alle famiglie.

L'Ambito intende inoltre porre la dovuta attenzione ai bisogni di **sostegno e supporto presentate dai soggetti adulti fragili**, al fine di favorirne **l'integrazione e l'inclusione sociale**, con obiettivi che abbracciano le diverse sfere dell'autonomia, della socialità e della partecipazione attiva al modo del lavoro

Costituiscono infine ambiti di intervento la sensibilizzazione del territorio e l'avvio di azioni di contrasto alla violenza di genere, nonché la delle politiche giovanili, con particolare riferimento all'avvio di progetti di supporto all'imprenditoria giovanile da finanziarsi anche mediante appositi bandi, eventualmente europei.

Area anziani

I cambiamenti socio-familiari ed economici, l'aumento dell'aspettativa di vita e la disgregazione delle reti parentali ed amicali, hanno **acuito la presenza sul territorio di persone fragili, spesso sole**, bisognose di un supporto per poter continuare a vivere nel proprio contesto familiare e sociale.

Nel triennio precedente, cogliendo la spinta propulsiva all'agire integrato dato da Regione Lombardia con la DGR 740/2013, l'Ambito ha avviato un'importante azione di raccordo con l'ASL di Pavia e con gli altri ambiti territoriali della provincia, che ha consentito l'individuazione e la sperimentazione di **modelli di valutazione e presa in carico integrata delle persone anziane non autosufficienti con bisogni complessi**; è stato altresì definito un sistema articolato di risposte sociali, che ha consentito l'accesso a servizi di supporto per la domiciliarità, a titoli sociali per compensare le prestazioni del caregiver professionale e familiare, l'attivazione di ricoveri di sollievo. L'azione integrata, attuata in modo uniforme sul distretto, si è altresì concentrata nel favorire la conoscenza dei servizi da parte del cittadino fragile e nella semplificazione delle

procedure d'accesso per la fruizione degli interventi disponibili; ciò potenziando e qualificando l'azione del segretariato sociale e l'utilizzo del Punto Unico di Accesso (PUA) e del Centro di Assistenza Domiciliare (CEAD).

Occorre proseguire nell'azione di raccordo e potenziamento dell'intervento socio-sanitario integrato, partecipando attivamente ai tavoli sovrazionali per la programmazione e definizione di protocolli e strumenti operativi che garantiscono azioni coordinate, estendendo la proficua e positiva collaborazione avviata con ASL anche agli altri Enti che effettuano prese in carico e interventi di cura (es. Azienda Ospedaliera e CPS).

Una significativa criticità emerge inoltre dall'elevato ed eterogeneo **costo delle rette delle strutture (RSA)** per quella parte della popolazione anziana non autosufficiente che non può continuare a vivere al proprio domicilio, criticità che si ripercuote sia sulla situazione economica della persona in difficoltà, sia sui comuni di residenza che si vedono costretti ad integrare la retta. Una prima risposta è la promozione di accordi con le strutture del territorio che applicano rette contenute per superare la lista di attesa e permettere l'accesso alla struttura in tempi più brevi, nei casi in cui la situazione di fragilità socio-economica venga rilevata e relazionata dall'assistente sociale. Si intende inoltre mappare la presenza di tale bisogno sul territorio e verificare la fattibilità dell'attuazione di azioni coordinate e solidali a livello ambientale.

Altra criticità rilevata riguarda l'insorgenza e la cronicizzazione di patologie derivanti da sedentarietà, alimentazione inadeguata, abuso di sostanze, il cui rischio è l'aggravamento dell'anziano con una significativa riduzione dell'autonomia personale. A tal riguardo si ritiene necessario puntare sulla realizzazione di percorsi di informazione, sensibilizzazione e promozione di **corretti stili di vita** in collaborazione con ASL, nonché sulla promozione della vita attiva della persona anziana, favorendo la socializzazione, l'attività di volontariato per i neopensionati ed il sostegno di iniziative di buon vicinato da effettuarsi soprattutto in collaborazione con le numerose associazioni di volontariato sociale presenti sul territorio.

Le risorse, le competenze e i saperi delle persone anziane possono inoltre essere valorizzati a beneficio dell'intera comunità, costituendo valore di promozione e cambiamento sociale, oltre a contrastare la propria e l'altrui solitudine. L'obiettivo è promuovere la **solidarietà in un'ottica di sussidiarietà orizzontale**.

Occorre infine rilevare come, nel triennio precedente, l'azione dell'Ambito Distrettuale si sia concentrata nel potenziamento dei servizi e delle opportunità sul territorio, migliorando l'efficacia dei processi e dell'azione integrata con gli altri attori istituzionali; il fuoco dell'intervento nella nuova triennalità intende ora direzionarsi sulla mappatura delle preziose risposte garantite dai singoli Comuni e dal privato sociale, sull'individuazione e valorizzazione delle buone prassi da mettere a fattor comune, sull'ampliamento della rete per rendere più organico il complesso sistema di risposte ai bisogni espressi dei cittadini anziani.

Tabella riassuntiva degli obiettivi specifici del Piano di Zona

OBIETTIVI TRASVERSALI

	TITOLO OBIETTIVO	Uniformare i criteri di accesso ai benefici e alle prestazioni sociali agevolate
SERVIZI CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	GENERALE
	Interventi – azioni di sistema	Mappatura dei sistemi esistenti a livello locale; Definizione e approvazione di regolamento distrettuale per l'applicazione dell'indicatore economico equivalente, con individuazione di criteri uniformi sul territorio distrettuale
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Attività di rilevazione, incontri tecnici e politici.
	Indicatori di esito	Mappatura Presenza di regolamento distrettuale ISEE
	Range di valutazione	SI/NO; soglia minima: tipologia di benefici/prestazioni assoggettate ad ISEE uniformi nel distretto
	Strumenti di valutazione	Documentazione, atti
	Tempistica	Triennale

	TITOLO OBIETTIVO	Garantire il servizio di segretariato sociale in forma associata e potenziare il sistema di conoscenza sui bisogni espressi dai cittadini e sulle risposte attivate
SERVIZI CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	GENERALE
	Interventi – azioni di sistema	Consolidamento del servizio di segretariato sociale sul territorio ambitale, gestito in forma associata; Potenziamento del sistema informativo
	Risorse impiegate	Professionali e finanziarie
	Strumenti utilizzati	Modalità operative, sistema informativo, cartelle sociali, mappatura risorse e servizi, attività di orientamento e informazione, presa in carico persone con bisogni di protezione e supporto.
	Indicatori di esito	Presenza stabile del servizio di segretariato sociale Potenziamento del sistema informativo;
	Range di valutazione	SI/NO;
	Strumenti di valutazione	n. utenti presi in carico, classificazione per tipologia bisogni e risposte, dati quantitativi e qualitativi
	Tempistica	Triennale

AREA MINORI

SCHEDA 1	TITOLO OBIETTIVO	Prevenire gli esiti disfunzionali di gravi situazioni di conflittualità familiare	
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico	
	Interventi – azioni di sistema	Mediazione del conflitto familiare in situazioni di elevata conflittualità generanti stati di disagio/pregiudizio di minori presenti nel nucleo	
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali	
	Strumenti utilizzati	Consolidamento della mediazione del conflitto nella metodologia d'azione del Servizio Famiglia e Minori Incontri, colloqui, relazioni.	
	Indicatori di esito	Percorsi di mediazione del conflitto attivati	
	Range di valutazione	>80% dei casi di separazione conflittuale in carico con prescrizione specifica dell'autorità giudiziaria >50% dei casi di separazione conflittuale complessivamente in carico al servizio	
	Strumenti di valutazione	Dati, ore di intervento di mediazione, cartelle sociali	
	Tempistica	Triennale	

SCHEDA 2	TITOLO OBIETTIVO	Consolidare le azioni di sostegno alla genitorialità nelle situazioni di grave disagio	
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico	
	Interventi – azioni di sistema	Presenza stabile del servizio di sostegno alla genitorialità in ambito psico-sociale, gestito dal servizio Famiglia e Minori	Realizzazione del servizio di assistenza domiciliare educativa in forma voucherizzata
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali	Finanziarie e Professionali
	Strumenti utilizzati	Analisi casistica, progetti, incontri, colloqui, relazioni	Procedure, Albo operatori accreditati per il servizio ADM Voucher per l'accesso al servizio
	Indicatori di esito	Continuità dell'intervento	Attivazione per tutti i minori con prescrizione dell'autorità giudiziaria
	Range di valutazione	> 400 ore annue	=100% richieste di intervento da parte dell'AG
	Strumenti di valutazione	Dati, ore di intervento, cartelle sociali	Dati, decreti, cartelle sociali
	Tempistica	Triennale	Triennale

SCHEDA 3	TITOLO OBIETTIVO	Sviluppare il servizio di Assistenza Domiciliare Minori in gestione associata e il raccordo funzionale con il servizio Famiglia e Minori	
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Strategico	
	Interventi – azioni di sistema	Definizione e approvazione di criteri uniformi per l'accesso al servizio ADM sul territorio; consolidamento della gestione associata	Raccordo funzionale tra operatori e con il servizio di tutela minori per condivisione metodologia, prassi operative e strumenti di monitoraggio/verifica
	Risorse impiegate	Professionali	Professionali
	Strumenti utilizzati	Analisi dei dati di contesto, incontri di raccordo, stesura linee guida/regolamento. Convenzione distrettuale per la gestione associata del servizio	Costituzione tavolo di raccordo, Incontri di confronto su aspetti metodologici, prassi e strumenti, per condividere e sviluppare modalità di intervento sinergiche
	Indicatori di esito	Presenza di criteri uniformi e di convenzione distrettuale	Incontri di confronto metodologico tra operatori ADM e servizio Famiglia e Minori
	Range di valutazione	SI/NO	Almeno 2 incontri l'anno
	Strumenti di valutazione	Verbali incontri, atti, documentazione	Verbali di incontro
	Tempistica	Triennio	Avvio tavolo di raccordo nella prima annualità, gestione incontri di confronto nel biennio a seguire

SCHEDA 4	TITOLO OBIETTIVO	Consolidare il Servizio Famiglia e Minori, gestito in forma associata, per attuare azioni di sostegno e protezione di minori in situazioni di disagio e/o pregiudizio	
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico	
	Interventi – azioni di sistema	Presenza stabile del servizio, con equipe psico-sociale dedicata e specializzata, gestito in forma associata per tutti i Comuni dell'Ambito; attività di indagine psico-sociale, presa in carico e stesura del progetto quadro, regia degli interventi di protezione, supporto e sostegno al nucleo e al minore, monitoraggio ecc. Ottimizzazione della presa in carico e contenimento della lista d'attesa.	
	Risorse impiegate	Professionali e finanziarie	
	Strumenti utilizzati	Procedure e modalità operative specifiche, incontri, colloqui, visite domiciliari, lavoro in team, sviluppo di comunità, case management, servizi specialistici (spazio neutro, ADM, affido, comunità, ASL, NPI, ecc.)	
	Indicatori di esito	Presa in carico immediata per fronteggiamento necessità di protezione dei minori Contenimento dell'attesa in caso di segnalazioni di disagio non connotate da elementi di urgenza.	
	Range di valutazione	100% dei minori necessitanti protezione collocati in idoneo contesto (disposti A.G. o Sindaco) Presa in carico non oltre 60 giorni dalla segnalazione/disposto in casi non urgenti.	
	Strumenti di valutazione	Dati quantitativi e qualitativi, documentazione (decreti, cartelle sociali)	
	Tempistica	Triennio	

SCHEDA 5	TITOLO OBIETTIVO	Favorire la socializzazione e la vita di relazione dei minori disabili
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Gestione associata: assistenza domiciliare educativa, titoli sociali per l'accesso a contesti/servizi aggregativi e socializzanti
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Procedure, operatori accreditati e/o convenzionati, titoli sociali, criteri di accesso alle misure uniformi per i cittadini dell'ambito territoriale
	Indicatori di esito	N° progetti di integrazione sociale attivati
	Range di valutazione	Attivazione di almeno 20 annui (o il 100% se il numero di richieste < 20)
	Strumenti di valutazione	Dati, flusso informazioni sui servizi erogati
Tempistica	Triennio	

SCHEDA 6	TITOLO OBIETTIVO	Intercettare e contenere il disagio fisiologico dei preadolescenti
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Gestione associata del servizio di ascolto in tutte le scuole secondarie del distretto Percorsi sull'affettività e sulla gestione del conflitto tra pari e con gli adulti Servizio in rete con la tutela minori, con funzioni di antenna sui disagi più franchi
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali
	Strumenti utilizzati	Ascolto e orientamento, raccordo con i servizio Famiglia e Minori e con la scuola, promozione di percorsi sulla gestione del conflitto e sull'affettività
	Indicatori di esito	Attivazione degli sportelli di ascolto psicologico, presenza di attività di raccordo e avvio sperimentazioni sulla gestione dei conflitti e sull'affettività
	Range di valutazione	Attivazione degli sportelli nel 100% delle scuole secondarie dell'Ambito; Almeno 2 incontri/anno di raccordo con il servizio tutela; Avvio di sperimentazioni sulla gestione dei conflitti nel 10% delle scuole presenti nell'Ambito
	Strumenti di valutazione	Analisi dati quantitativi e qualitativi emergenti
Tempistica	Triennale	

SCHEDA 7	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere consapevolezza del ruolo genitoriale
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Percorsi formativi e informativi, itineranti, su specifiche aree riguardanti il ciclo evolutivo/familiare
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Incontri, laboratori esperienziali, gruppi di discussione
	Indicatori di esito	N° incontri/laboratori/gruppi, N° famiglie partecipanti
	Range di valutazione	>9 incontri nel triennio; > 50 famiglie partecipanti
	Strumenti di valutazione	Calendario attività promosse, n. iscrizioni
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 8	TITOLO OBIETTIVO	Potenziare il sistema informativo sul disagio di minori e famiglie, e sugli interventi avviati, al fine di monitorare e analizzare l'andamento del fenomeno
CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	Strategico
	Interventi – azioni di sistema	Potenziamento sistema informativo, mediante specifica strumentazione informatizzata Analisi del flusso e condivisione/rielaborazione zonale dei dati di ritorno
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Dati di attività, Sistema informativo,
	Indicatori di esito	Presenza di sistema potenziato e di dati di flusso aggiornati nei tempi previsti Presenza di documento di analisi
	Range di valutazione	SI/NO
	Strumenti di valutazione	Flussi di dati aggiornati con cadenza semestrale; documentazione.
	Tempistica	Potenziamento del sistema informativo entro il 2016.

SCHEDA 9	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere la conoscenza e partecipazione alle occasioni di aggregazione e socializzazione sul territorio per minori e famiglie, pubbliche e private
CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Definizione di un processo per garantire il flusso informativo verso l'Ambito; definizione di un sistema per integrare e circuitare le informazioni, diffusione e aggiornamento
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Sistemi divulgativi distrettuali e locali
	Indicatori di esito	Presenza mappatura e sistema di circuitazione informazioni sul sito dell'ambito
	Range di valutazione	SI/NO
	Strumenti di valutazione	Continuità del flusso informativo
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 10	TITOLO OBIETTIVO	Aumentare la conoscenza sui bisogni di inclusione scolastica dei minori disabili e analisi delle risposte attivate
CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Mappatura e analisi dei servizi di inclusione scolastica di alunni disabili garantiti dai Comuni; Analisi delle buone prassi, condivisione ed individuazione elementi qualificanti
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Raccordo con le scuole, dati qualitativi e quantitativi forniti dagli Enti
	Indicatori di esito	Presenza mappatura
	Range di valutazione	SI/NO
	Strumenti di valutazione	Documentazione e dati
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 11	TITOLO OBIETTIVO	Sostenere la motivazione ad apprendere di minori con DSA e contrastare la dispersione scolastica
SERVIZI CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Mappare le buone prassi esperite a livello locale, con analisi dati. Sperimentazione progetti di prevenzione dei disturbi di apprendimento e potenziamento della prontezza scolastica.
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Rilevazione e mappatura progetti locali, raccordo con le scuole dell'infanzia e primaria, definizione piano di sperimentazione distrettuale, attività di screening per individuare aree di fragilità, attività di potenziamento specifica, monitoraggio e analisi dei dati a livello trasversale e longitudinale
	Indicatori di esito	Mappatura; attivazione azioni sperimentali
	Range di valutazione	SI/NO; almeno 3 sperimentazioni in scuole dell'infanzia dell'ambito
	Strumenti di valutazione	Documentazione, flusso di dati
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 12	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere comportamenti e stili di vita sani e contrastare le forme di dipendenza ed abuso
SERVIZI CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	GENERALE
	Interventi – azioni di sistema	Analisi degli stili di vita dei minori (alimentazione, sport, utilizzo della rete, aggregazione) Avvio di percorsi formativi e informativi in collaborazione con le istituzioni scolastiche Azioni di sensibilizzazione di minori e famiglie sui pericoli della rete
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Questionario conoscitivo sugli stili di vita somministrato agli alunni della scuola dell'obbligo, incontri e percorsi specifici
	Indicatori di esito	N° studenti e N° classi coinvolte, N° famiglie coinvolte
	Range di valutazione	Somministrazione del questionario al 20% della popolazione scolastica del distretto Attuazione di percorsi nel 20% delle classi della scuola dell'obbligo
	Strumenti di valutazione	Analisi dei dati emergenti dal questionario, dati percorsi formativi e informativi
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 13	TITOLO OBIETTIVO	Riduzione degli ostacoli allo sviluppo delle potenzialità dei minori stranieri derivanti da scarsa conoscenza della lingua e della cultura italiana
SERVIZI CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Gestione associata di percorsi di mediazione culturale e facilitazione linguistica nelle scuole dell'obbligo per minori stranieri di recente arrivo in Italia e/o con difficoltà linguistiche e di integrazione Attività di mediazione per il raccordo con strutture specialistiche in caso di difficoltà di apprendimento Monitoraggio flusso immigratorio e mappatura del bisogno
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Procedure e strumenti specifici, raccordo con le scuole, mappatura del bisogno (n. minori, paese di provenienza, bisogni di supporto per l'integrazione), servizi specialistici (ASL, NPI)
	Indicatori di esito	Presenza mappatura annua del bisogno, n° studenti coinvolti, n° scuole coinvolte
	Range di valutazione	Mappatura annua SI/NO Interventi >80% dei minori stranieri arrivati in Italia nell'ultimo biennio
	Strumenti di valutazione	Dati, report di monitoraggio e verifica finale, ore di mediazione e facilitazione linguistica
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 14	TITOLO OBIETTIVO	Riduzione degli ostacoli di natura economica che impediscono l'accesso ai servizi per la prima infanzia e a luoghi di aggregazione e socializzazione
SERVIZI - RISORSE	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Convenzionamento delle unità d'offerta pubbliche e private Indizione e gestione di bando distrettuale per l'erogazione di voucher prima infanzia e centri estivi
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Procedure e definizione criteri d'accesso uniformi, titoli sociali, rete delle Unità d'Offerta
	Indicatori di esito	Erogazione voucher centri estivi Erogazione voucher prima infanzia
	Range di valutazione	Voucher centri estivi erogati > 200 Voucher prima infanzia erogati > 20 Utilizzo dei fondi assegnati almeno nella misura del 90%
	Strumenti di valutazione	Dati, frequenza, % su target afferente al servizio
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 15	TITOLO OBIETTIVO	Sostenere i Comuni, con particolare attenzione ai piccoli Comuni, nelle spese relative al collocamento di minori in comunità
RISORSE	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Gestione, su delega, del collocamento in affidamento/comunità di minori residenti in piccoli Comuni; Studio di fattibilità per realizzare azioni congiunte di sostegno ai Comuni >3.000 abitanti che sostengono ingenti spese per la protezione dei minori
	Risorse impiegate	Professionali, finanziarie
	Strumenti utilizzati	Gestione amministrativa e contabile con anticipazione fondi e tenuta del rendiconto
	Indicatori di esito	Anticipo di risorse economiche, assolvimento debiti informativi, incasso risorse specifiche, rendiconto e richiesta saldo. Realizzazione studio di fattibilità per supporto comuni > 3.000 ab.
	Range di valutazione	Gestione > 80% dei minori inseriti e residenti nei piccoli comuni
	Strumenti di valutazione	Dati sul numero di minori in affidamento o in comunità, residenti nei piccoli Comuni
	Tempistica	Triennale

AREA ADULTI

SCHEDA 16	TITOLO OBIETTIVO	Sviluppare interventi integrati la permanenza a domicilio	
SERVIZI RISORSE	Tipologia obiettivo	Specifico	
	Interventi – azioni di sistema	Attivazioni misure in favore di persone con grave disabilità, previste dalle normative in materia, Potenziamento del raccordo inter-istituzionale	Approvazione regolamento SADH distrettuale e avvio gestione associata ed uniforme del servizio
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali	Finanziarie e Professionali
	Strumenti utilizzati	Attivazione di interventi sociali o socio-sanitari integrati, titoli sociali, definizione di criteri di intervento e di accesso uniformi, operatori accreditati, equipe e strumenti di valutazione	Definizione di criteri di intervento e di accesso uniformi, regolamento distrettuale, operatori accreditati, cartelle sociali, procedure, modalità, soglie di agevolazione
	Indicatori di esito	Valutazioni multidimensionali per utenti con bisogni complessi; utilizzo risorse assegnate	Attivazione della gestione associata del servizio, presenza di regolamento distrettuale, utenti in carico
	Range di valutazione	100% valutazioni multidimensionali richieste; +80% utilizzo risorse assegnate	SI/NO; > 10 utenti/annui in carico al servizio associato
	Strumenti di valutazione	Dati, n. valutazioni	Ore di assistenza erogate, n. utenti
	Tempistica	Triennale	Triennale

SCHEDA 17	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere attività per il tempo libero delle persone disabili	
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico	
	Interventi – azioni di sistema	Prosecuzione e consolidamento del progetto "Andare Oltre" , con mantenimento delle attività su 4 poli del Distretto	
	Risorse impiegate	Professionali e finanziarie	
	Strumenti utilizzati	Laboratori, blog, uscite sul territorio, fattoria didattica, attività sportive, condivisione con la comunità d'appartenenza	
	Indicatori di esito	Consolidamento percorsi per il tempo libero	
	Range di valutazione	SI/NO	
	Strumenti di valutazione	Partecipazione di almeno 25 utenti	
	Tempistica	Triennale	

SCHEDA 18	TITOLO OBIETTIVO	Favorire l'inserimento delle persone disabili e/o portatori di fragilità sociali (dipendenza, detenzione) in contesto lavorativo
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi - azioni di sistema	Attività di ascolto e orientamento, valutazione capacità residue e formazione; verifica delle buone prassi presenti nel territorio provinciale e definizione possibili sperimentazioni
	Risorse impiegate	Professionali e finanziarie
	Strumenti utilizzati	Sistema dotale, percorsi formativi, tutoraggio, progetti garanzia giovani, raccordo con il sistema produttivo, convenzioni
	Indicatori di esito	Accoglienza e orientamento dei richiedenti verso opportunità formative e di inserimento lavorativo
	Range di valutazione	>80% delle persone che si rivolgono annualmente al servizio
	Strumenti di valutazione	Report annuale, dati
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 19	TITOLO OBIETTIVO	Sostenere i nuclei familiari fragili per il fronteggiamento di situazioni di emergenza abitativa
RISORSE SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi - azioni di sistema	Costituzione di apposito fondo con il concorso di risorse distrettuali (70%) e comunali (30%), sulla base di progetti di soluzione positiva dell'emergenza predisposti dai nuclei stessi con il supporto dell'Assistente Sociale
	Risorse impiegate	Finanziarie, professionali
	Strumenti utilizzati	Contributi per cauzione, anticipo mensilità, prolungamento permanenza, collocamento in residence, spese di trasloco, ecc., nel limite di € 3.000 e a fronte di progetto attendibile e realistico
	Indicatori di esito	Costituzione Fondo; Realizzazione interventi di fronteggiamento
	Range di valutazione	SI/NO; > 20 interventi/anno o il 100% degli interventi se <20
	Strumenti di valutazione	Dati, relazioni sociali, atti amministrativi
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 20	TITOLO OBIETTIVO	Favorire l'integrazione della popolazione adulta straniera
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Apertura di sportelli di orientamento della popolazione immigrata, itineranti sul territorio distrettuale;
	Risorse impiegate	Finanziarie, professionali
	Strumenti utilizzati	Sportelli informativi; attività di back-office; supporto per la gestione di pratiche complesse
	Indicatori di esito	Apertura degli sportelli
	Range di valutazione	6 aperture mensili per 10 mesi/anno
	Strumenti di valutazione	Dati di accesso
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 21	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere interventi finalizzati a favorire la conciliazione dei tempi casa/lavoro
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Realizzazione del progetto SOS Vacanze scolastiche inserito nel Piano per la Conciliazione dei Tempi: centri gioco invernali, corso di formazione per operatori di centri estivi, borse lavoro per i migliori corsisti, incentivi economici alle famiglie per l'accesso a servizi di conciliazione
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali
	Strumenti utilizzati	Convenzione e accreditamento enti, partnership con la rete pubblica e privata, voucher sociali, servizi per la conciliazione, opportunità formative e di inserimento lavorativo di giovani
	Indicatori di esito	Realizzazione delle azioni come programmate
	Range di valutazione	>80% risultati attesi
	Strumenti di valutazione	Dati quantitativi e qualitativi, n. unità d'offerta convenzionate, n. voucher erogati, n. utenti a percorsi formativi, n. utenti nei servizi per la conciliazione
	Tempistica	Biennio 2015/2016

SCHEDA 22	TITOLO OBIETTIVO	Diffondere la conoscenza sui servizi di contrasto alla violenza di genere e di protezione e supporto delle vittime
SERVIZI CONOSCENZA	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Monitoraggio presenza fenomeno sul territorio; attività di sensibilizzazione; Messa a disposizione di consulenza legale, psicologica, sportello anti-stalking, accoglienza e supporto, casa rifugio, mediante convenzione con centro antiviolenza.
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali
	Strumenti utilizzati	Convenzione, sistemi divulgativi distrettuali e locali
	Indicatori di esito	Monitoraggio annuo; diffusione;
	Range di valutazione	SI/NO
	Strumenti di valutazione	Dati, report, brochure, area dedicata sul sito del distretto
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 23	TITOLO OBIETTIVO	Ridurre ostacoli di natura economica che impediscono l'accesso a centri diurni disabili
RISORSE	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Definizione del sistema solidaristico e approvazione di regole comuni. Costituzione fondo di solidarietà. Erogazione voucher finalizzati al contenimento dei costi
	Risorse impiegate	Finanziarie, professionali
	Strumenti utilizzati	Erogazione annuale voucher /utente e voucher piccoli comuni
	Indicatori di esito	Costituzione Fondo solidarietà in misura > € 80.000
	Range di valutazione	SI/NO; Voucher in favore del 100% delle persone residenti che frequentano centri diurni
	Strumenti di valutazione	Dati di analisi e rendiconto annuale
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 24	TITOLO OBIETTIVO	Realizzare progetto sperimentale per favorire l'esercizio del diritto alla vita indipendente delle persone disabili
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Specifico
	Interventi – azioni di sistema	Progetto inserito nel Piano regionale per la sperimentazione di sistemi integrati di azioni atte a favorire l'esercizio del diritto alla vita indipendente comprendente: attività di sensibilizzazione del territorio e aumento della conoscenza sul tema, valutazione multidimensionale, consulenza specifica e supporto specialistico per la costruzione di progetti di vita consapevoli, attività di formazione per assistenti personali, finanziamento percorsi, sperimentazione del cohousing
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Risorse specialistiche dei CTVAI, collaborazioni e attività di rete, sistemi divulgativi, sistemi tecnologici e demotici, spazi per il cohousing
	Indicatori di esito	Realizzazione delle attività previste dal progetto
	Range di valutazione	>80% risultati previsti
	Strumenti di valutazione	Dati, analisi congiunta, tavolo di programmazione, monitoraggio e verifica
	Tempistica	Biennio 2015/2016

SCHEDA 25	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere politiche giovanili integrate a livello distrettuale, con particolare riferimento al sostegno dell'imprenditoria giovanile
SERVIZI CONSOCCENZA	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Messa in rete di spazi per il coworking e per la formazione correlata all'imprenditoria giovanile, creazione di spazi informa-giovani gestiti da associazioni giovanili, Bandi premiali per progetto innovativi (START-UP) e incubazione di idee
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Partecipazione a bandi, messa in comune delle risorse locali, mappatura e valorizzazione dei gruppi giovanili, costruzione di una rete a supporto
	Indicatori di esito	Finanziamento del progetto e avvio delle azioni, messa in rete degli spazi e delle azioni avviate a livello locale, programmazione congiunta con le forze giovanili
	Range di valutazione	Si/no
	Strumenti di valutazione	Fondi attratti, flussi informativi, bandi pubblicati, progetti presentati
	Tempistica	Biennio 2015/2016

AREA ANZIANI

SCHEDA 26	TITOLO OBIETTIVO	Sviluppare interventi integrati la permanenza a domicilio degli anziani non autosufficienti	
SERVIZI RISORSE	Tipologia obiettivo	Specifico	
	Interventi – azioni di sistema	Attivazioni misure in favore di persone anziane non autosufficienti, previste dalle normative in materia, Potenziamento del raccordo inter-istituzionale	Approvazione regolamento SAD distrettuale e avvio gestione associata ed uniforme del servizio
	Risorse impiegate	Finanziarie e Professionali	Finanziarie e Professionali
	Strumenti utilizzati	Attivazione di interventi sociali o socio-sanitari integrati, titoli sociali, definizione di criteri di intervento e di accesso uniformi, operatori accreditati, equipe e strumenti di valutazione	Definizione di criteri di intervento e di accesso uniformi, regolamento distrettuale, operatori accreditati, cartelle sociali, procedure, modalità, soglie di agevolazione
	Indicatori di esito	Valutazioni multidimensionali per utenti con bisogni complessi; utilizzo risorse assegnate	Attivazione della gestione associata del servizio, presenza di regolamento distrettuale, utenti in carico
	Range di valutazione	100% valutazioni multidimensionali richieste; +80% utilizzo risorse assegnate	SI/NO; > 10 utenti/annui in carico al servizio associato
	Strumenti di valutazione	Dati, n. valutazioni	Ore di assistenza erogate, n. utenti
	Tempistica	Triennale	Triennale

SCHEDA 27	TITOLO OBIETTIVO	Sviluppare azioni di contrasto alla solitudine e all'emarginazione	
SERVIZI CONSCENZA	Tipologia obiettivo	Generale	
	Interventi – azioni di sistema	Mappatura degli interventi avviati a livello locale, analisi e studio, individuazione buone prassi. Avvio sperimentazione distrettuale , in collaborazione con volontariato sociale , per «custodi sociali».	
	Risorse impiegate	Professionali	
	Strumenti utilizzati	Attivazione di reti anche di volontariato per stabilire relazioni di fiducia con l'anziano solo. Sostegno e promozione di attività autogestite dagli anziani.	
	Indicatori di esito	Sviluppo dell'esperienza a livello di ambito e potenziamento dell'attività di rete	
	Range di valutazione	Coinvolgimento di almeno 5 Comuni del Distretto, 2 associazioni di volontariato e azioni in favore di almeno 30 persone anziane sole	
	Strumenti di valutazione	Documento di analisi, Report dati, n. incontri	
	Tempistica	Triennale	

SCHEDA 28	TITOLO OBIETTIVO	Favorire la partecipazione attiva della persona anziana alla vita della comunità
CONSOCCENZA	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Mappatura degli interventi avviati a livello locale, analisi e studio in collaborazione con le associazioni del privato sociale , individuazione buone prassi, raccolta dati su interventi, servizi, utenti serviti, n. volontari.
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Attività di rilevazione, intervista, analisi delle organizzazioni
	Indicatori di esito	Mappatura e documento di analisi
	Range di valutazione	SI/NO
	Strumenti di valutazione	Dati, buone prassi
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 29	TITOLO OBIETTIVO	Promuovere stili di vita sani
SERVIZI CONSOCCENZA	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Mappatura degli interventi avviati a livello locale, analisi e studio, individuazione buone prassi Avvio di azioni coordinate a livello zonale, in rete con le associazioni del privato sociale
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Attività di rilevazione, interviste/questionari, analisi dei dati ; percorsi informativi/formativi sui temi della corretta alimentazione, del mantenimento delle funzioni motorie e cognitive, promozione e diffusione dei gruppi di cammino.
	Indicatori di esito	Mappatura e documento di analisi, diffusione buone prassi, avvio percorsi distrettuali
	Range di valutazione	SI/NO; minimo 3 percorsi coordinati e realizzati a livello zonale
	Strumenti di valutazione	Dati, buone prassi, dati questionari, incontri di rete
	Tempistica	Triennale

SCHEDA 30	TITOLO OBIETTIVO	Ricomporre le esperienze di volontariato attivo presenti e frammentate nel territorio distrettuale
CONSOCCENZA	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Avviare un sistema di convenzionamento con le realtà del volontariato sociale, al fine di renderne più organica l'azione, in interazione anche con i servizi istituzionali; sostenere il prezioso contributo del volontariato integrandolo nel sistema di interventi in favore delle persone non autosufficienti
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Promozione della cultura del volontariato tra la popolazione anziana, valorizzando saperi e competenze; promozione del lavoro di rete; convenzioni e accordi
	Indicatori di esito	Interventi coordinati e inseriti in un sistema organico e dinamico di risposta a bisogni
	Range di valutazione	Minimo 3 associazioni convenzionate
	Strumenti di valutazione	Documentazione, accordi sottoscritti, dati di intervento
Tempistica	Triennale	

SCHEDA 31	TITOLO OBIETTIVO	Favorire la fruizione consapevole delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie
SERVIZI	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi – azioni di sistema	Favorire l'acquisizione di competenze informatiche per l'accesso a servizi e informazioni in rete; semplificazione accesso alle informazioni con area sito dedicata o sviluppo di applicazioni
	Risorse impiegate	Finanziarie e professionali
	Strumenti utilizzati	Corsi gratuiti per l'utilizzo del PC, riservati alla popolazione anziana. Sviluppo di app/sito di facile accesso per orientamento e informazioni su opportunità/servizi
	Indicatori di esito	Sviluppo dell'esperienza a livello di ambito, con il coinvolgimento di Comuni del distretto
	Range di valutazione	Minimo 3 corsi nel distretto
	Strumenti di valutazione	Report dati
Tempistica	Triennale	

SCHEDA 32	TITOLO OBIETTIVO	Ridurre ostacoli di natura economica che impediscono l'accesso a strutture residenziali per anziani
RISORSE	Tipologia obiettivo	Generale
	Interventi - azioni di sistema	Avviare mappatura del bisogno sul territorio distrettuale, analisi dei dati e ipotesi di sistema solidaristico a livello zonale. Verifica fattibilità
	Risorse impiegate	Professionali
	Strumenti utilizzati	Incontri, strumenti di rilevazione, dati
	Indicatori di esito	Mappatura, presenza di studio di fattibilità per avvio sistema solidaristico distrettuale
	Range di valutazione	SI/NO
	Strumenti di valutazione	Dati, documentazione
	Tempistica	Triennale

Flessibilità e dinamicità dell'azione integrata a livello zonale

Il Piano di Zona per la realizzazione integrata dei servizi e degli interventi sociali nel triennio 2015-2017 costituisce per l'Ambito Territoriale di Certosa un documento programmatico di ampio respiro, che delinea gli indirizzi e le priorità di risposta ai bisogni della comunità.

La sostenibilità delle azioni e dei percorsi ipotizzati nel Piano presuppone la disponibilità delle forze istituzionali e sociali a fare rete, dando vita ad un sistema dinamico capace di ottimizzare le risposte ed apprendere dall'esperienza condotta, incrementando il sistema di conoscenza, diffondendo le buone prassi, integrando processi d'azione in un'ottica sussidiaria e solidale.

Non si tratta quindi solo di realizzare un ventaglio di servizi, progetti ed interventi utili per il cittadino, ma di connettere competenze, esperienze e saperi, spostando l'attenzione dalla rigidità dell'offerta alla dinamicità della domanda.

Nella nuova dimensione gli indicatori di performance e di risultato individuati non saranno funzionali a fotografare unicamente un percorso già definito e misurabile in termini di efficacia; costituiranno altresì spunto di riflessione e di analisi congiunta, parte fondamentale dell'azione di rete che si intende consolidare.

Si ritiene rilevante che alla valutazione dei percorsi e dei progetti avviati partecipino costantemente tutti gli attori sociali coinvolti, interpretando il momento valutativo come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie. La valutazione costituisce infatti uno strumento di valore per imparare a governare insieme il processo sociale avviato e concorrere, dinamicamente, alla sua trasformazione.

Ciò non esclude tuttavia l'attenzione all'utilizzo di strumenti per la raccolta di dati misurabili, che consentano comparazioni e lettura dei risultati e dei cambiamenti avvenuti, ma la loro definizione e messa a punto sarà elaborata dal tavolo d'area che dettaglierà i percorsi, condividendo quindi la fase di ideazione, gestione e verifica.

Accanto alla valutazione in itinere, base della riprogrammazione e dell'adattamento flessibile dei percorsi, l'Ambito Territoriale di Certosa di Pavia garantirà un accurato monitoraggio di quanto attivato ed esperito, al fine anche di consentire il controllo da parte degli organi deputati ed assolvere al debito informativo con Regione Lombardia.