

AMBITO DISTRETTUALE DI VIGEVANO

costituito ex lege 328/2000 tra i comuni di:



Comune di Vigevano



Comune di Gambolò



Comune di Gravellona
Lomellina



Comune di Cassolnovo

PIANO DI ZONA 2015 - 2017

PIANI DI ZONA 2015-2017

Indice

Contesto istituzionale e organizzativo	pag. 3
Introduzione: I principi ispiratori della programmazione 2015-17	pag. 3
Il quadro normativo di riferimento	pag. 7
La governance del Piano di Zona:	
Funzione e composizione degli organismi di programmazione.....	pag. 10
 Contesto demografico-sanitario della provincia di Pavia	pag. 12
 Contesto socio-demografico del Piano di Zona	pag. 66
 Valutazione dei risultati della triennalità 2012-14	pag. 70
Commento dei risultati	pag. 70
<i>Tabella riassuntiva degli esiti della precedente triennalità</i>	<i>pag. 71</i>
 Programmazione del nuovo triennio 2015-17	pag. 84
Integrazione sociale e socio-sanitaria	pag. 84
Il percorso di integrazione sovra-distrettuale:	
Lavori dei Tavoli tematici per la definizione degli obiettivi comuni sovra-zonali	pag. 88
<i>Tabella riassuntiva degli obiettivi comuni sovra-zonali</i>	<i>pag. 95</i>
Il Piano di Zona: criticità e obiettivi	pag. 100
<i>Tabella riassuntiva degli obiettivi specifici del Piano di Zona</i>	<i>pag. 101</i>

Contesto istituzionale e organizzativo

I principi ispiratori della programmazione 2015-17

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

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

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

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

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

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

Conseguentemente, questa programmazione si discosta dalle precedenti per alcuni elementi di innovazione sostanziali. Al fine di raggiungere un maggior grado di integrazione e procedere nella direzione di una reale ricomposizione degli interventi, aumentando la prossimità ai soggetti che godono dei servizi erogati dalla rete territoriale, la programmazione 2015-17 pone maggiormente l'accento sul ruolo dei Piani di Zona perché ritenuti gli attori titolati a compiere una funzione di "integrazione" tra i diversi soggetti del *welfare* locale. In quest'ottica di integrazione e di ricomposizione, l'accento è posto sulla formazione delle scelte inerenti la politica sociale, basate sulla lettura dei bisogni: come recita la d.g.r. 2941/14, è necessario superare un sistema fondato "sull'erogazione delle prestazioni" per giungere ad un sistema fondato sui "bisogni di ascolto, cura, sostegno e presa in carico".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il quadro normativo di riferimento

Riferimenti normativi nazionali

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

Art. 1 - Principi generali e finalità

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

Art. 19 - Piano di zona

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

- c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
 - d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.
3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.
- **Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 "Conferimento di funzioni dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali"**

Art. 128 - Oggetto e definizioni

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

Riferimenti normativi regionali

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

Art. 1 - Finalità

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

Art. 18 - Piano di zona

1. Il piano di zona è lo strumento di programmazione in ambito locale della rete d'offerta sociale. Il piano definisce le modalità di accesso alla rete, indica gli obiettivi e le priorità di intervento, individua gli strumenti e le risorse necessarie alla loro realizzazione.

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

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

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

7. Indicazioni per la definizione della programmazione locale

7.1 Il Piano di Zona

Il Piano di Zona rappresenta il documento di programmazione che integra la programmazione sociale con quella sociosanitaria regionale e definisce il quadro unitario delle risorse. Obiettivo della programmazione è quello di integrare risorse e conoscenze degli attori territoriali. In quantotale la programmazione sociale si deve connettere con gli altri strumenti di programmazione degli enti locali del territorio e con le altre iniziative di promozione di interventi di rete (ad esempio in tema di conciliazione dei tempi di vita e lavoro ed iniziative rivolte ai giovani). Il Piano di Zona, che costituisce il tradizionale strumento di programmazione sociale, deve esplicitare gli altri strumenti di programmazione degli interventi che concorrono a definire le politiche sociali del territorio (il

Documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'A.S.L., i Piani integrati locali di promozione della salute, il Piano di governo del territorio, il Piano territoriale degli orari dei servizi, i Patti territoriali per l'occupazione, Reti territoriali di conciliazione).

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

Il territorio di riferimento è di norma coincidente con il distretto sociosanitario con facoltà di aggregazione tra distretti afferenti alla stessa A.S.L.. Laddove si 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

Il documento definisce i seguenti soggetti come componenti della governance del Piano di Zona per il triennio 2015/2017:

1. **Organismo politico** rappresentato dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci che è chiamata a:
 - approvare il documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;
 - verificare annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
 - aggiornare le priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
 - approvare annualmente i piani economico-finanziari di preventivo e i rendiconti di consuntivo;
 - approvare i dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.
2. **Organismo di supporto tecnico ed esecutivo** rappresentato dall'Ufficio di Piano, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del piano di zona. L'ufficio di Piano deve garantire un servizio di:
 - programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi;
 - costruzione e gestione del budget;

- amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, quote dei comuni e di altri eventuali soggetti);
- coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscritti e aderenti all'Accordo di Programma.

3. **La Cabina di Regia** a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale

La d.g.r. n. 326/13 ha identificato nella Cabina di Regia il luogo dove garantire la programmazione, il governo, il monitoraggio e la verifica degli interventi sociosanitari e sociali erogati da A.S.L. e

Comuni, singoli o associati, nell'ambito delle aree Comuni di intervento. Ciò al fine di evitare duplicazioni e frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli interventi e contestualmente garantirne appropriatezza. La Cabina di regia rappresenta un'importante risorsa che si pone in sinergia ed integra il ruolo degli uffici che le A.S.L. hanno istituito a supporto delle funzioni del Consiglio di rappresentanza dei sindaci e delle Assemblee distrettuali.

La cabina di regia è composta da:

- figure professionali dell'A.S.L. che si occupano dei temi discussi al fine di dare un maggiore apporto e approfondimento sulle questioni a forte valenza sociosanitaria,
- soggetti politici (rappresentanti delle Assemblee distrettuali e/o del Consiglio di rappresentanza dei sindaci)
- tecnici (prevalentemente i coordinatori degli Uffici di Piano).

Analisi descrittiva del contesto epidemiologico e della rete delle UdO territoriali

IL CONTESTO EPIDEMIOLOGICO	Pag. 12
I CITTADINI CON DISABILITA'	Pag. 15
I CITTADINI IN CONDIZIONI DI POVERTA'	Pag. 18
L'ANAGRAFE FRAGILITA'	Pag. 20
LE RISORSE DEL TERRITORIO	Pag. 21
L'UTILIZZO DELLE RETE DELLE UdO SOCIO SANITARIE	
AREA ANZIANI	Pag.23
OFFERTA TERRITORIALE RSA	Pag.23
PROVENIENZA DELL'OSPITE RSA	Pag.24
UTILIZZO DELLE RSA: IL TASSO DI SATURAZIONE	Pag. 25
LA COMPLESSITA DELL'OSPITE DELLE RSA	Pag. 26
LISTE DI ATTESA RSA	Pag. 27
OFFERTA TERRITORIALE CDI	Pag. 29
UTILIZZO CDI: IL TASSO DI SATURAZIONE	Pag. 30
GLI OSPITI DEI CDI: alcune caratteristiche	Pag. 31
AREA DISABILI	
OFFERTA TERRITORIALE RSD	Pag. 32
UTILIZZO DELLE RSD : il TASSO DI SATURAZIONE	Pag. 34
OFFERTA TERRITORIALE CSS	Pag. 34
UTILIZZO DELLE CSS: il TASSO DI SATURAZIONE	Pag. 36
OFFERTA TERRITORIALE CDD	Pag.37
L'UTILIZZO DEI CDD: IL TASSO DI SATURAZIONE	Pag.38
ISTITUTI DI RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE (IDR)	Pag.39
SERVIZI TERRITORIALI PER DIPENDENZE (SER.T.)	Pag. 27
LE COMUNITA' TERAPEUTICHE PER LE DIPENDENZE	Pag.50
ALCUNE PROBLEMATICITA' DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA ANZIANI	Pag. 54
ALCUNE PROBLEMATICITA' DELL'OFFERTA TERRITORIALE AREA MINORI	Pag. 60

Contesto epidemiologico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Distretto	Popolazione residente al 31/12/2013	% Popolazione residente al 31/12/2010 sulla popolazione provinciale	popolazione con età $\geq 75\text{aa}$	% popolazione con età $\geq 75\text{aa}$ sulla popolazione provinciale $\geq 75\text{aa}$
Pavese	225.084	40,9	23.521	35.1
Lomellina	182.146	33.2	22.588	33.7
Oltrepo	142.272	25.9	20.819	31.1
Provincia	549.502	100,0	66.928	100.0

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

Cittadini con disabilità

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

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

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

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

La stima delle persone residenti sul territorio provinciale che potrebbero essere portatrici, ad oggi, di una condizione di grave o gravissima disabilità è stato effettuato attraverso uno studio di prevalenza dei delle seguenti patologie: Corea di Huntington, distrofie muscolari (congenita ereditaria e progressiva ereditaria), Malattie del Motoneurone (Atrofia muscolare spinale, SLA, paralisi bulbare progressiva, Scleroso laterale primaria), Sclerosi Multipla e paraplegia/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.

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

Tabella 4 numero di cittadini affetti da COREA DI HUNTINGTON

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

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

Tabella 5 numero di cittadini affetti da DISTROFIA MUSCOLARE

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

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

Tabella 6 numero di cittadini affetti da MALATTIA DEL MOTONEURONE

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

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

Tabella 7 numero di cittadini affetti da SCLEROSI MULTIPLA

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

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

Tabella 8 numero di cittadini affetti da PARAPLEGIA o QUADRIPLEGIA

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

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

Cittadini in condizione di povertà

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

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

	2012	2013
--	-------------	-------------

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

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

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

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

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

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

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

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

L'anagrafe fragilità

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

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

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

Problemi sanitari: coloro che hanno avuto un ricovero ospedaliero in almeno una o più delle seguenti condizioni, Cardiopatia cronica, vasculopatia coronarica, polmonare o cerebrale, Nefropatia cronica, Anemia da carenza, Cancro invasivo, Disturbi della personalità, Diabete, Iperiparatiroidismo, Ipoperiparatiroidismo, Morbo di Addison, ipoparatiroidismo, Pnenumopatia cronica,

Utilizzo farmaci: coloro che consumano cronicamente uno o più dei farmaci indicati più sotto, Anticolinergici, Barbiturici, Butirrofenoni, Fenotiazinici, Amine simpaticomimetiche, Efedrina

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

Le variabili sociali sono:

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

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

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

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

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

Le risorse del territorio

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

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

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

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 Sociosanitarie

AREA ANZIANI

LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER ANZIANI (RSA)

OFFERTA TERRITORIALE RSA

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

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

Ambito territoriale/Distretto	N PL Contratto	pop 75+	Pop di riferimento (27,31% pop. 75+)	Offerta ogni 100
Pavia	358	12.964	3.540	10,1
Corteolona	258	4.699	1.283	20
Certosa	514	5.112	1.396	37
PAVESE	1.130	22.775	6.220	18,2
Voghera	976	9.812	2.680	36,4
Casteggio	207	4.767	1.302	16
<i>Broni</i>	<i>519</i>	<i>5.908</i>	<i>1.613</i>	<i>32,2</i>
OLTREPO	1.702	20.487	5.595	30,4
Vigevano	419	9.380	2.562	16
Mortara	825	5.438	1.485	56
Garlasco	1.216	7.199	1.966	62
LOMELLINA	2.460	22.017	6.013	40,9
PROVINCIA	5.292	65.279	17.828	29,6

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

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

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

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

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

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

PROVENIENZA DELL'OSPITE RSA

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

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

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

E stata valutata anche la mobilità intra ASL, cioè l'allontanamento dei cittadini residenti nella ASL di Pavia dal proprio Distretto di residenza per essere inseriti in una RSA. Come conseguenza del differente indice di copertura nei tre Distretti dalla ASL di Pavia, è evidente (Fig. 5-), che in alcuni casi i cittadini sono inseriti in una RSA lontana dalla propria residenza e quindi dal contesto familiare e socio-relazionale di origine. Gli spostamenti maggiori riguardano i cittadini che risiedono in uno dei tre Ambiti territoriali del Distretto Pavese, che solo nel 76% dei casi sono inseriti in una struttura allocata nel Distretto di residenza: il 13,8% sono inseriti in una RSA situata nel Distretto dell'Oltrepò e il 10,2% in Lomellina.

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

Figura 5- mobilità intra ASL

UTILIZZO DELLE RSA: IL TASSO DI SATURAZIONE

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

Tabella 13 – tasso di saturazione

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

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

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

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

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

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

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

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

LA COMPLESSITA DELL'OSPITE DELLE RSA

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

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

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

Se si analizza la complessità dell'ospite dopo aver stratificato per Distretto di allocazione delle RSA sembra che la complessità dell'ospite sia inversamente proporzionale all'offerta territoriale. È evidente (Fig. 8-) che nel Distretto della Lomellina, che presenta un indice di offerta territoriale pari a 40.9 (il più alto tra i tre Distretti e rispetto al dato provinciale – vedi **Tabella 12-** Offerta

territoriale, stratificazione per Distretto e Ambito), solo il 24.9% degli ospiti delle RSA sono in Classe 1 o 2, e per contro il 25.3% degli ospiti si trova nelle classi di minore fragilità (Classi 7-8). Le RSA che si trovano sul Distretto Pavese hanno invece la più alta percentuale di pazienti “gravi”, infatti il 52.9% dei pazienti sono in classe 1 o 2: si ricorda che il Distretto Pavese ha un indice di offerta territoriale pari a 18.2 – il più basso sul territorio provinciale.

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

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

LISTE DI ATTESA RSA

Premessa metodologica: gestione informatizzata delle liste di attesa RSA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I dati esposti nella tabella 17 si riferiscono esclusivamente ai cittadini che hanno fatto domanda di inserimento in RSA, con esclusione delle richieste di trasferimento in altra U.d.O.: utilizzando questo criterio, senza tener 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 \geq 80 anni. I Bisogni Complessi sono stati attivati in 7 CDI per un numero complessivo di 81 ospiti: le figure professionali coinvolte, oltre a Medici, Infermieri, Fisioterapisti, Educatori e ASA/OSS, sono state anche quella dello Psicologo e del

Massofisioterapista. I Bisogni Complessi hanno riguardato progetti di sostegno individuale per complessità assistenziale, oltre a estensione dell'orario e/o ricovero notturno per fragilità sociale.

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

Tabella 21- ospiti CDI 2013 per classe di età

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

AREA DISABILI

LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI PER DISABILI (RSD)

OFFERTA TERRITORIALE RSD

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

Tabella 22 – offerta residenziale area disabili, le Residenze 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 Ambiti 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 dalla tabella 24 e nella figura 14 il tasso di saturazione a livello provinciale è vicino al 99% e non si evidenziano differenze sostanziali stratificando tale indicatore per i tre Distretti dove è stato calcolato un tasso di saturazione sovrapponibile al dato provinciale.

Figura 14- tasso di saturazione RSD; stratificazione per Distretto

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

COMUNITA' SOCIOSANITARIE PER DISABILI (CSS)

OFFERTA TERRITORIALE CSS

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

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

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

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

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

Distretto	N° UdO	POP		POP 18-64	POP 64 -74	TARGET	COPERTURA 2013	COPERTURA 2014
		2013	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		Broni	3.650	3.650	100,0
3			3.650	3.650	100,0
4	Oltrepò	Voghera	1.825	1.802	98,7
5			3.650	3.606	98,8
6			2.920	2.880	98,6
7	Pavese	Corteolona	3.650	3.610	98,9
8		Pavia	3.650	3.648	99,9
9			3.650	3.648	99,9
10			2.920	2.555	87,5
11			3.285	2.920	88,9

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

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

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

CENTRI DIURNI PER DISABILI (CDD)

OFFERTA TERRITORIALE CDD

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

Tabella 28 – offerta diurna area disabili, 2014 vs 2013

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

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

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

Tabella 29- indice di copertura CDD, 2014 vs 2013

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

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

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

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

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

L'UTILIZZO DEI CDD: IL TASSO DI SATURAZIONE

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

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

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

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

Figura 19- tasso di saturazione CDD; stratificazione per Distretto

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

ISTITUTI DI RIABILITAZIONE E CURE INTERMEDIE (IDR)

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

Tabella 31 - età media dei pazienti per Istituto di Riabilitazione

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

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

Tabella 32 - fascia di età per Istituto di Riabilitazione

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

Segue una sintetica descrizione per ognuno dei tre Centri di Riabilitazione

IDR 2

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

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

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

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

F età	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 in DH dal 2,6%.

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

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

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

F età	AMBULATORIALE INDIRETTE MINORI	AMBULATORIALE INDIVIDUALE MINORI	AMBULATORIALE VISITA GENERALE (PRIMA VISITA)	DIURNO CONTINUO INDIVIDUALE MINORI	SPECIALISTICA RICOVERO	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 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 geriatrica si contano complessivamente 302 ricoveri.

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

FASCIA ETA	AMB IND MIN	AMB IND F 1 2 3	AMBU IND MINI	amb 1^ visita	DOM ADULTI	GENERALE RIC	GERIATRICA RIC	SPEC RIC	TOT
<14	202	0	330	0	0	0	0	0	532
14-17	17	0	29	0	0	0	0	0	46
18-24	0	1	1	0	1	0	0	0	3
24-44	0	12	0	0	32	1	0	3	48
45-64	0	32	0	1	145	24	0	28	230
65-74	0	9	0	3	140	2	38	44	236
75+	0	10	0	12	117	1	236	213	589
TOT	219	64	360	16	435	28	274	288	1.684

LISTE ATTESA IDR 1

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

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

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

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

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

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

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

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

IDR 3

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

- Specialistica residenziale: 18 posti
- Generale Geriatrica residenziale: 156 posti
- Mantenimento: 18 posti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LISTE ATTESA IDR 3

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

Tabella 43 – IDR 3- liste attese 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 COMPORTAMENTI DI ADDICTION

SERVIZI TERRITORIALI PER DIPENDENZE (SER.T.)

Negli ultimi quattro anni il numero degli utenti afferenti ai servizi per la diagnosi e cura della dipendenza si è stabilizzato. Nel 2014 gli utenti che si sono rivolti ai servizi territoriali per problematiche legate all'uso di sostanze legali ed illegali o per 'interventi di prevenzione', sono state 3069. Si è trattato per lo più di maschi (circa l'83% dei pazienti totale), con un'età media di 38,5 anni ($\pm 10,8$), 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 e solo l'19% circa fa uso di cocaina.

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

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

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

La situazione del poliabuso nel territorio

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

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

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

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

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER LE DIPENDENZE

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

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

OFFERTA TERRITOERIALE: L’INDICE DI COPERTURA

Nel dettaglio sono disponibili i seguenti posti letto a contratto:

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

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

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

L’indice di copertura ha valori differenti nei tre Distretti: è più alto nel Distretto Pavese, dove si contano 1,56 posti a contratto ogni 1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 65 anni. Nel Distretto della Lomellina e nel Distretto dell’Oltrepò è stato calcolato un indice di copertura inferiore al dato provinciale (rispettivamente 0.63 e 0.46 ogni 1000 target)

Tabella 49- offerta territoriale residenziale e semiresidenziale per le Dipendenze

Residenti 15-64 aa		N° PL contratto		Indice di copertura per 1000		
		Residenziale	Semiresidenziale	Residenziale	Semiresidenziale	Totale
Garlasco	34.657	14		0,40		0,40
Mortara	26.697	49		1,84		1,84
Vigevano	52.141	8		0,15		0,15
LOMELLINA	113.495	71	0	0,63		0,63
Broni	24.503	0		0,00		0,00
Casteggio	21.178	0		0,00		0,00
Voghera	40.721	30	10	0,74		0,98
OLTREPO	86.402	30	10	0,35	0,12	0,46
Certosa	49.275	51		1,04		1,04
Corteolona	29.501	87		2,95		2,95
Pavia	63.179	60	23	0,95		1,31
PAVESE	141.955	198	23	1,39	0,16	1,56
PROVINCIA	341.852	299	33	0,87		0,97

L'UTILIZZO DELLE COMUNITA' TERAPEUTICHE: IL TASSO DI SATURAZIONE**Tabella 50- tasso di saturazione per le 15 Comunità Terapeutiche**

Distretto	Giorni disponibili	Giorni utilizzati	%saturazione
Vigevano	2.920	1.244	42,6
Garlasco	5.110	3.814	74,6
Mortara	17.885	14.888	83,2
LOMELLINA	25.915	19.946	77,0
Voghera	10.950	8.577	78,3
Voghera	2.610	671	25,7
Corteolona	13.870	13.393	96,6
Certosa	13.140	11.746	89,4
Corteolona	7.300	6.957	95,3
OLTREPO	47.870	41.344	86,4
Pavia	7.300	4.092	56,1
Pavia	5.475	5.126	93,6
Pavia	3.650	3.630	99,5
Pavia	6.003	5.890	98,1
Pavia	5.475	5.371	98,1
Certosa	5.475	3.867	70,6

Corteolona	10.585	7.148	67,5
PAVESE	43.963	35.124	79,9
PROVINCIA	117.748	96.414	81,9

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

INDIVIDUAZIONE DI ALCUNI BISOGNI AREA ANZIANI E AREA MONIRI

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

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

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

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

CENNI SUL CONTESTO TERRITORIALE

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

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

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

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

Presso il territorio della ASL di Pavia insistono 84 Residenze Sanitario Assistenziali (RSA) e complessivamente 5.798 posti letto autorizzati, di cui 5.670 accreditati (tab. 1). Il 91,3% delle RSA (76) ha un contratto stipulato con la ASL, per un totale di n. 5292 posti a contratto al 30-06-2014.

Nella tabella 51 viene illustrata la distribuzione dei posti letto nel territorio della provincia di Pavia, dalla quale emerge una maggiore offerta in Lomellina. Infatti presso le 76 strutture, accreditate ed a contratto che insistono sul territorio della ASL di Pavia, i posti letto sono dislocati prevalentemente in Lomellina (46,6%), segue l'Oltrepo, con il 32,0% del totale provinciale ed infine il Pavese, che con le 11 RSA a contratto presenta il 21,3% del totale provinciale.

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

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

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

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

Ambito territoriale/Distretto socio-san.	n pl contratto	pop 75+	Offerta territoriale
Pavia	358	12.964	2,8
Corteolona	258	4.699	5,5
Certosa	514	5.112	10,1
PAVESE	1.130	22.775	5,0
Voghera	962	9.812	9,8
Casteggio	207	4.767	4,3
Broni	519	5.908	8,8
OLTREPO	1.688	20.487	8,2
Vigevano	419	9.380	4,5
Mortara	825	5.438	15,2
Garlasco	1.216	7.199	16,9
LOMELLINA	2.460	22.017	11,2
PROVINCIA	5.278	65.279	8,1

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

ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE IN CLASSI SOSIA SUL TERRITORIO

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

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

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

Se si analizza la complessità dell'ospite dopo aver stratificato per Distretto di allocazione delle RSA, risulta che gli ospiti maggiormente complessi trovano accoglienza nelle strutture del Pavese e

dell'Oltrepò piuttosto che in Lomellina, dove, pur essendo presente un numero maggiore di RSA, vengono accolti ospiti con minor carico assistenziale (fig. 26).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tale distribuzione può essere imputata alla concomitanza di diversi fattori:

1. le caratteristiche geografiche del territorio: il richiamo della zona collinare e la presenza di centri termali;
2. le rette applicate dalle RSA che giocano un ruolo importante nell'ottica della risposta del territorio ai bisogni: le strutture sociali non collocate nella rete delle unità d'offerta presentano una retta media pari ad €. 1.600, corrispondenti a circa € 53/die, a fronte di una retta media di €€ 55,56 delle RSA dell'Oltrepò e di € 59,18 nel Pavese), risultando sicuramente più avvicinabile dalle famiglie; al contrario in Lomellina, a fronte di una retta media richiesta dalle RSA inferiore (€.49,75/die), si rileva una presenza minima di case famiglia, stante l'accoglienza più alta di classi SOSiA 7 e 8 nelle strutture socio-sanitarie;
3. la congiuntura economica che ha determinato negli ultimi anni la perdita di posti di lavoro in soggetti di età media che difficilmente riescono a riconvertirsi, con particolare riferimento all'occupazione femminile: tali strutture vedono in prevalenza l'impiego di donne, diplomate ASA/OSS, che rientrano nel mercato del lavoro diventando imprenditrici (soggetti gestori delle Case famiglia); le case famiglia inoltre vedono uno sbocco per l'impiego di lavoratori stranieri e per giovani donne;
4. il livello di fragilità degli ospiti: incrociando i dati tra la tipologia degli ospiti accolti nelle RSA dei tre Territori e la distribuzione territoriale delle unità d'offerta situate al di fuori della rete sociale, si può individuare una correlazione tra la maggior presenza di persone anziane valutate in classi SOSiA 7 e 8 nelle RSA della Lomellina ed un minor numero di strutture fuori rete (case famiglia e le comunità alloggio per anziani); viceversa in Oltrepò, ad una maggiore presenza di case famiglia corrisponde una minore percentuale di ospiti appartenenti alle classi SOSiA 7 e 8 delle stesse RSA. A tale proposito, si è riscontrato inoltre che alcune RSA dell'Oltrepò gestiscono anche strutture fuori rete, che rappresentano un'offerta "ponte" tra il domicilio e la RSA, dedicata a pazienti che presentano situazioni di fragilità sociale e che non necessitano ancora di un ricovero protetto socio-sanitario.

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

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

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

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

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

CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito di tali controlli sono risaltate diverse situazioni particolarmente difficoltose, soprattutto in merito alla complessità delle condizioni di alcuni minori ed alla presenza di minori con disturbi di carattere psicopatologico dell'età adolescente e preadolescente inseriti in tali strutture.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. OSSERVAZIONI DIAGNOSTICHE / DIAGNOSI DI PSICOPATOLOGIE

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

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

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

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

2. OSPITI IN CARICO ALLO PSICOLOGO DELLA STRUTTURA / IN CARICO PRESSO ALTRI SERVIZI SPECIALISTICI

Oltre alle citate prese in carico dallo psicologo della struttura residenziale, in n. 199 ospiti, stante la complessità delle problematiche emerse dopo l'inserimento dei minori in Comunità, che spesso ha richiesto la necessità di integrare gli interventi educativi, pedagogici e psicologici messi in atto

con percorsi specialistici mirati, si è reso necessaria l'integrazione con gli interventi di strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche o private accreditate presenti sul territorio (fig. 27).

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

Nel dettaglio:

- n. 110 ospiti delle strutture, di età compresa fra i 2 ed i 19 anni, sono in carico all'Ambulatorio UONPIA dell'A.O di Pavia;
- n. 35 ospiti, di età compresa tra i 2 ed i 20 anni, afferiscono agli Ambulatori di riabilitazione neuropsichiatrica privati e accreditati;
- n. 21 utenti, in età compresa tra i 18 ed i 20 anni, sono in carico al C.P.S.;
- n. 33 utenti, di età compresa fra i 15 e i 25 anni, sono seguiti con un percorso di cura presso i Ser.D.

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

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

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

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

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

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

4. DIMISSIONI

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

Complessivamente è risultato che **23** minori sono stati dimessi per incompatibilità con la tenuta del progetto educativo. In particolare n. 4 minori sono stati trasferiti in altre comunità, n. 10

minori sono stati inseriti in Comunità terapeutica, n. 4 minori hanno interrotto il percorso per “fuga”, ed infine n. 5 minori sono stati dimessi con rientro in famiglia. (fig. n. 29).

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

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

CONCLUSIONI

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

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

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

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

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

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

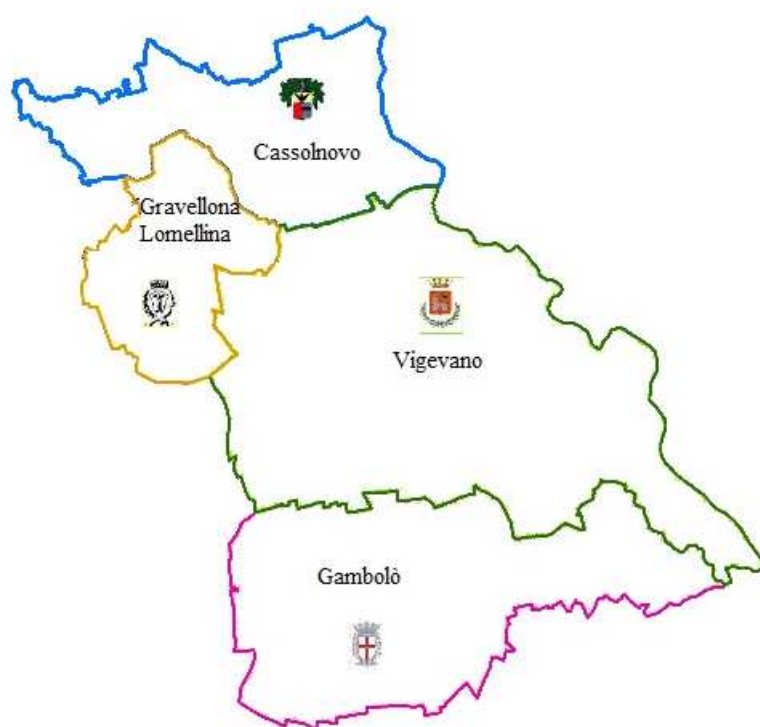
Obiettivo primario della Misura 6 D.G.R. 856/2013 "Comunità per minori" è quello di "garantire ai minori, qualunque sia il territorio di appartenenza, pari opportunità di accesso a interventi e prestazioni" e ancora nella Circolare Regionale del 15.01.2014 n.1, nel paragrafo dedicato alla "Gestione del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

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

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

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

Contesto socio-demografico del Piano di Zona



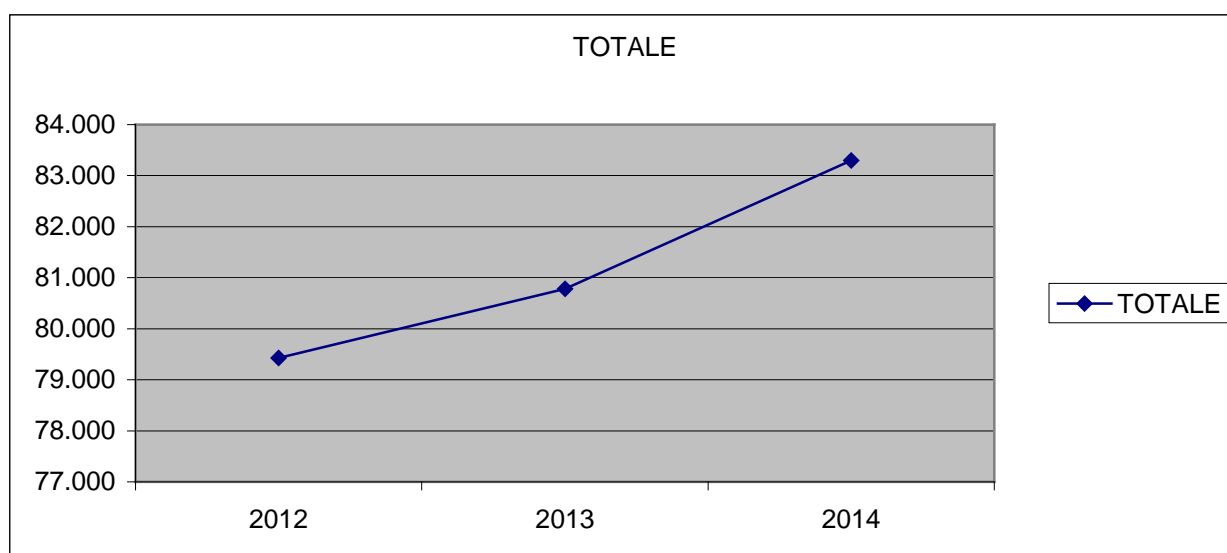
L'Ambito Distrettuale di Vigevano è costituito dai Comuni di Cassolnovo, Gambolò, Gravellona Lomellina e Vigevano ed occupa una superficie di kmq. 186 circa.

La popolazione del Distretto di Vigevano, alla data del 01.01.2014, è di 83.298 abitanti.

Tab. 1 Andamento demografico nel triennio 2012-2014

POPOLAZIONE RESIDENTE NELL' AMBITO DISTRETTUALE			
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
CASSOLNOVO	6.937	6.959	7.091
GAMBOLO'	9.794	9.834	10.149
GRAVELLONA LOM.	2.694	2.748	2.790
VIGEVANO	60.002	61.242	63.268
TOTALE	79.427	80.783	83.298

Grafico 1 Andamento demografico nel triennio 2012-2014



Tab. 2 -3-4-5 Popolazione residente nei comuni dell'ambito per fascia di età

POPOLAZIONE RESIDENTE NEL COMUNE DI GAMBOLO' PER FASCIA DI ETA'			
FASCE DI ETA'	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
0 - 3	372	354	357
0 - 17	1.752	1.736	1.791
18 - 64	6.173	6.183	6.344
65 E OLTRE	1.869	1.915	2.014
TOTALE	9.794	9.834	10.149

POPOLAZIONE RESIDENTE NEL COMUNE DI CASSOLNOVO PER FASCIA DI ETA'

FASCE DI ETA'	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
0 - 3	295	280	263
0 - 17	1.164	1.127	1.149
18 - 64	4.428	4.424	4.488
65 OLTRE	1.393	1.408	1.454
TOTALE	6.937	6.959	7.091

POPOLAZIONE RESIDENTE NEL COMUNE DI GRAVELLONA LOM. PER FASCIA DI ETA'

FASCE DI ETA'	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
0 - 3	113	121	118
0 - 17	445	477	479
18 - 64	1.672	1.678	1.710
65 E OLTRE	577	593	601
TOTALE	2.694	2.748	2.790

POPOLAZIONE RESIDENTE NEL COMUNE DI VIGEVANO PER FASCIA DI ETA'

FASCE DI ETA'	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
0 - 3	2.279	2.255	2.307
0 - 17	9.370	9.656	10.071
18 - 64	36.132	36.678	38.024
65 E OLTRE	14.500	14.908	15.173
TOTALE	60.002	61.242	63.268

Tab. 6 Popolazione residente nell'ambito per fascia di età

POPOLAZIONE RESIDENTE NELL'AMBITO DISTRETTUALE PER FASCIA DI ETÀ'			
FASCE DI ETÀ'	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
0 - 3	3.059	3.010	3.045
0 - 17	12.731	12.996	13.490
18 - 64	39.493	48.963	50.566
65 E OLTRE	18.339	18.824	19.242
TOTALE	73.622	83.793	86.343

Tab. 7 Popolazione straniera residente nel distretto (triennio 2012/14)

POPOLAZIONE STRANIERA RESIDENTE NEL DISTRETTO TRIENNIO 2012/2014			
	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014
CASSOLNOVO	319	322	379
GAMBOLO'	353	407	504
GRAVELLONA LOM.	115	132	136
VIGEVANO	6.669	7.638	8.729
TOTALE	7.456	8.499	9.748

Valutazione dei risultati della triennalità 2012-14

Il consuntivo della programmazione triennale 2012-2014 si è concluso per il Piano di Zona di Vigevano con un saldo nettamente positivo. Innanzitutto i fondi annualmente assegnati con deliberazioni regionali all'ambito distrettuale hanno integrato le risorse dei Comuni per garantire l'erogazione/attivazione dei servizi previsti nella triennalità 2012-14 su tutto il territorio del distretto, con particolare attenzione per quei Comuni che sino all'entrata in vigore della legge 328/2000 e dell'adozione dei PdZ erano del tutto o parzialmente privi di alcune tipologie di interventi sociali.

Per quel che riguarda gli obiettivi definiti dal documento di piano per la triennalità 2012-14 il risultato è estremamente positivo, avendo l'ufficio di piano raggiunto tutti gli obiettivi preposti.

La previsione finanziaria e la programmazione delle politiche sociali hanno permesso l'evasione di tutte le richieste pervenute nel triennio, garantendo così un'adeguata risposta al bisogno.

Estremamente soddisfacente è stata la risposta all'emergenza lavorativa tramite il Servizio Inserimento Lavorativo che nel corso del triennio a fronte della crescente crisi occupazionale, è stato in grado di mettere in campo una serie crescente di risposte al problema.

Particolarmente importante e produttivo è il livello di collaborazione raggiunta dai tre Ambiti della Lomellina, che possono vantare un collaudato grado di cooperazione nella condivisione della conoscenza (circolazione di informazioni, messa a sistema di buone prassi) e nell'offerta dei servizi. A questo proposito si evidenzia l'effettiva collaborazione nella stesura dei regolamenti e nelle linee guida necessarie per l'accesso ai servizi (ad esempio gli interventi del FNNA), che per tanto nel territorio lomellino possono vantare un elevato grado di omogeneità e integrazione.

La cooperazione tra i tre distretti può essere evinta anche dall'erogazione di servizi tramite convenzione (ad esempio il Servizio Spazio Neutro).

Rilevante è anche la collaborazione per quel che riguarda la partecipazione a progetti cofinanziati tramite fondi derivanti da bandi e che hanno permesso l'implementazione di alcuni servizi presenti sul territorio; ad esempio è il caso del progetto "A spasso con Bagheera" (capofila ambito di Mortara, partner ambito di Vigevano) finanziato attraverso un bando Cariplo, specifico sull'Affido Familiare e il progetto SIMPLICITER per la condivisione uniforme delle cartelle sociali.

Obiettivo di programmazione	Interventi/progetti/servizi previsti - azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni Realizzate	Risultati
1. Garantire il servizio di assistenza domiciliare al fine di ridurre o almeno ritardare la istituzionalizzazione di persone anziane in condizione di totale non autosufficienza.	Assistenza domiciliare erogata tramite voucher. Il servizio comprende le seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc; - Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione, preparazione dei pasti, spesa, ecc; - Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali; - Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi. 	Risorse preventivate 2012/2014: Risorse Impiegate 2012: 154.725 € 2013: 49.972,53 € 2014: 47.600 €	Erogazione voucher a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti. Nr. voucher erogati 2012 nr. 208 2013 nr. 173 2014 nr. 130	Raggiunto
2. Continuità di erogazione dei voucher socio assistenziali. Persone anziane con invalidità superiore al 74%	Assistenza domiciliare erogata tramite voucher. Il servizio comprende le seguenti prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> - Aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc; - Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione, preparazione dei pasti, spesa, ecc; - Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali; - Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi. 	Risorse preventivate 2012/2014: € 195.000 Risorse Impiegate 2012: 97.193 € 2013: 60.439 € 2014: 33.903 €	Erogazione voucher a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti. Nr. Voucher erogati 2012 nr. 266 2013 nr. 276 2014 nr. 160	Raggiunto

<p>3. Continuità di attribuzione del buono socio assistenziale per prestazioni rese a domicilio dai familiari o caregiver non professionali nell'ambito della rete informale di solidarietà (disabili)</p>	<p>Prosecuzione dell'assegnazione del buono sociale ai soli soggetti già titolari.</p>	<p>Risorse preventivate 2012/2014: € 4.320,00</p> <p>2012: 1.440 € 2013: 1.440 € 2014: 1.440 €</p> <p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 1.440 € 2013: 1.440 € 2014: 1.440 €</p>	<p>Buoni sociali</p> <p>Nr. Buoni erogati (per mese)</p> <p>2012 nr. 12 2013 nr. 12 2014 nr. 12</p>	<p>Raggiunto</p>
<p>4. Sostenere il cittadino nell'esercizio della libertà di scelta</p>	<p>Garantire alla persona presa in carico o, se incapace, ad uno dei familiari la possibilità di scelta dell'ente accreditato nell'apposito albo per l'erogazione di voucher socio – assistenziali o di sostituire l'ente prescelto con un'altra cooperativa qualora subentrino motivi di insoddisfazione durante l'erogazione delle prestazioni medesime. Tale garanzia viene prevista dal Patto di Accreditamento che le cooperative devono sottoscrivere.</p>		<p>Voucher</p> <p>(nr. di persone che hanno cambiato cooperativa)</p> <p>2012 nr. 3 2013 nr. 1 2014 nr. 1</p>	<p>Raggiunto</p> <p>Tutti i soggetti interessati hanno usufruito della libertà di scelta.</p>
<p>5. Elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato per assicurare all'assistito una valutazione complessiva della situazione personale e</p>	<p>Predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e del Piano di Intervento da parte dell'Assistente Sociale</p>		<p>Pai predisposti</p> <p>2012 nr. 92 2013 nr. 102</p>	<p>Raggiunto</p>

situazione personale e un intervento adeguato (anziani).			2014 nr. 93	
6. Buono socio assistenziale per prestazioni rese a domicilio ad anziani non autosufficienti da assistenti familiari	Erogazione di buono sociale per il pagamento dei contributi e concorso alle spese di retribuzione delle assistenti familiari	Risorse preventivate 2012/2014: € 180.000,00 Risorse Impiegate 2012: 50.100 € 2013: 51.800 € 2014: 72.647 €	Buono sociale erogato (per mesi) Nr. Buoni erogati 2012 nr. 145 2013 nr. 135 2014 nr. 196	Raggiunto
7. Garantire il servizio di assistenza domiciliare erogato tramite voucher al fine di ridurre o almeno ritardare la istituzionalizzazione di persone disabili in condizione di totale non autosufficienza.	Assistenza domiciliare erogata tramite voucher. Il servizio comprende le seguenti prestazioni: - Aiuto per la cura della persona: igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc; - Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione, preparazione dei pasti, spesa, ecc; - Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali; - Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi.	Risorse preventivate 2012/2014: € 126.000,00 Risorse Impiegate 2012: 45.638 € 2013: 39.275 € 2014: 40.416 €	Erogazione voucher a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti. Nr. voucher erogati 2012 nr. 113 2013 nr. 105 2014 nr. 72	Raggiunto
8. Continuità di erogazione dei voucher socio assistenziali. Persone disabili con invalidità superiore al	Assistenza domiciliare erogata tramite voucher. Il servizio comprende le seguenti prestazioni: - Aiuto per la cura della persona:	Risorse preventivate 2012/2014:	Erogazione voucher a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti.	Raggiunto

invalidità superiore al 74%	<p>igiene personale, compagnia, mobilitazione, ecc;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aiuto per il governo della casa: pulizia dell'abitazione, preparazione dei pasti, spesa, ecc; - Aiuto per favorire la socializzazione attraverso il mantenimento ed il rafforzamento delle relazioni familiari e sociali; - Disbrigo pratiche e collegamento con altri servizi. 	<p>€ 46.000,00</p> <p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 8.506 €</p> <p>2013: 24.172 €</p> <p>2014: 12.362 €</p>	<p>2012 nr. 40</p> <p>2013 nr. 97</p> <p>2014 nr. 42</p>	
9. Continuità di attribuzione del buono socio assistenziale per prestazioni rese a domicilio dai familiari o caregiver non professionali nell'ambito della rete informale di solidarietà (misura per anziani)	Prosecuzione dell'assegnazione del buono sociale ai soli soggetti già titolari.	<p>Risorse preventivate 2012/2014:</p> <p>€ 26.000,00</p> <p>2012: 8.640 €</p> <p>2013: 8.640 €</p> <p>2014: 8.640 €</p> <p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 8.640 €</p> <p>2013: 8.640 €</p> <p>2014: 8.520 €</p>	<p>Buoni sociali</p> <p>2012 nr. 72</p> <p>2013 nr. 72</p> <p>2014 nr. 71</p>	Raggiunto
10. Consolidamento del servizio di assistenza educativa domiciliare (attuazione Legge 104/92 modificata dalla Legge	Interventi di assistenza educativa domiciliare resi attraverso l'erogazione di voucher socio educativi attivati tramite <i>caregiver</i> professionali accreditati, previa presa in carico del soggetto, avente i requisiti prescritti dal Regolamento, da parte del	<p>Risorse preventivate 2012/2014:</p> <p>€ 105.000,00</p>	<p>Erogazione voucher socio educativi a copertura di tutte le prestazioni indicate negli interventi previsti (per mesi).</p> <p>2012 nr. 86</p>	Raggiunto

162/98 relativa a misure di sostegno in favore di persone con handicap grave – <u>ex legge di settore</u>)	<p>Servizio Sociale Professionale. Il servizio erogato con personale qualificato (educatori professionali) comprende le seguenti prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi educativi, ludici e ricreativi domiciliari (mantenimento abilità scolastiche, mantenimento dell'autonomia personale, supporto alla relazione in ambito familiare e all'espressione di sé); - Assistenza alla socializzazione e accompagnamento della persona anche presso strutture esterne. 	<p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 30.512 €</p> <p>2013: 32.031 €</p> <p>2014: 39.052 €</p>	<p>2013 nr. 62</p> <p>2014 nr. 105</p>	
11. Prosecuzione degli interventi volti alla ricerca di opportunità di tipo occupazionale a favore di persone disabili al fine di favorire l'integrazione e l'inserimento lavorativo	<p>Preso in carico da parte dell'Assistente Sociale territorialmente competente in collaborazione con il SIL</p>	<p>Risorse preventivate 2012/2014:</p> <p>€ 40.000,00</p> <p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 3.828 €</p> <p>2013: 17.075 €</p> <p>2014: 15.303 €</p>	<p>Borse lavoro (per mesi)</p> <p>2012 nr. 13</p> <p>2013 nr. 47</p> <p>2014 nr. 44</p>	Raggiunto.
12. Elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato per assicurare all'assistito una totale valutazione della situazione personale e un intervento adeguato (disabili).	<p>Predisposizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) e del Piano di Intervento da parte dell'Assistente Sociale in collaborazione con il Responsabile della cooperativa scelta dall'utente, l'operatrice che sarà addetta al servizio, l'utente stesso e, ove necessario, il familiare. Il modello della scheda PAI viene predisposto dall'Ufficio di Piano e distribuito a tutte le cooperative accreditate.</p>		<p>Voucher socio – assistenziale</p> <p>2012 nr. 36</p> <p>2013 nr. 53</p> <p>2014 nr. 60</p>	Raggiunto

<p>13. Evadere la crescente domanda di cura ed incrementare la permanenza a domicilio delle persone adulte non autosufficienti.</p>	<p>Erogazione di buono sociale per il pagamento dei contributi e concorso alle spese di retribuzione delle assistenti familiari che abbiano sottoscritto con l'assistito o, se impossibilitato, un familiare un regolare contratto di lavoro</p>	<p>Risorse preventivate 2012/2014: € 3.000,00 Risorse Impiegate 2012: 2.400€ 2013:0 2014:0</p>	<p>Buono sociale 2012 nr. 12 2013 nr. 0 2014 nr. 0</p>	<p>Non sono pervenute richieste nel corso del triennio.</p>
<p>14. Proseguimento delle attività del Servizio "Spazio Neutro" istituito all'interno dei servizi resi dall'Ambito Distrettuale per l'esercizio di visita e di relazione.</p>	<p>Assistenza gli adulti a mantenere e/o ricostruire una continuità genitoriale nei confronti dei propri figli. Annualmente vengono stipulate convenzioni per l'accesso al servizio di altri Ambiti Distrettuali. Al servizio possono, inoltre, accedere singoli comuni che ne fanno richiesta. Per l'accesso dei Comuni e degli Ambiti Distrettuali convenzionati viene richiesto il versamento di un contributo determinato dall'Assemblea dei Sindaci</p>	<p>Risorse preventivate 2012/2014: € 200.000,00 Risorse Impiegate Costi totali per il funzionamento del Servizio Spazio Neutro 2012: 63.000 € 2013: 67.376 € 2014: 70.000 €</p>	<p>Incontri. Conferma convenzioni con altri Ambiti Distrettuali. Nr. Minori che incontrano i genitori in Spazio Neutro: 113 utenti triennio</p>	<p>Raggiunto</p>
<p>15. Consolidamento del Servizio di Tutela Minorile</p>	<p>Assistere, accompagnare e tutelare i minori e le loro famiglie in situazioni di fragilità, difficoltà e bisogno al fine di rimuovere e ridurre i rischi di disagio, emarginazione, pregiudizio.</p>	<p>Personale (assistente sociale)</p>	<p>Assistenza, accompagnamento e tutela dei minori in situazioni di fragilità. Nr. Casi 2012 nr. 47 2013 nr. 50 2014 nr. 55</p>	<p>Raggiunto</p>

16. Continuità delle azioni di integrazione delle funzioni socio – assistenziali e socio – sanitarie al fine di assicurare l'assolvimento dei compiti in materia di adozione.	Sviluppo del percorso adottivo attraverso una procedura che prevede la stretta collaborazione tra il Tribunale per i Minorenni, l'ASL e l'Ambito Distrettuale	Personale (assistente sociale)	Attivazione dei percorsi adottivi. 1) Indagine psico-sociale richiesta dal Tribunale per i minorenni sulla coppie che offrono disponibilità per l'adozione (nazionale e/o internazionale) 2012 nr. 10 2013 nr. 13 2014 nr. 11 2) Monitoraggio post adozione (minori stranieri) e affidamento pre - adottivo (minori italiani) 2012 nr. 10 2013 nr. 12 2014 nr. 4	Raggiunto
17. Consolidamento e sviluppo del servizio di Assistenza Educativa Domiciliare Minori	Assistenza Domiciliare Educativa ai Minori. Servizio rivolto ai minori in situazioni di disagio sociale ed a rischio di emarginazione, ed alle loro famiglie, quando queste si trovino in difficoltà nello svolgimento delle funzioni genitoriali ed educative.	Risorse preventivate 2012/2014: € 220.000,00	Voucher da <i>caregiver</i> professionali accreditati. 2012 nr. 72 2013 nr. 160 2014 nr. 249	Raggiunto

		<p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 39.000 €</p> <p>2013: 80.080 €</p> <p>2014: 89.930 €</p>		
18. Garantire assistenza educativa a bambini e pre – adolescenti	<p>Convenzionamento con Fondazione Comunita' Di Accoglienza "Madre Amabile" per utilizzo in forma privilegiata ed esclusiva di dodici posti di accoglienza presso struttura educativa diurna in Vigevano</p>	<p>Risorse preventivate 2012/2014:</p> <p>2012: 40.000 €</p> <p>2013: 40.000 €</p> <p>2014: 56.500 €</p> <p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 40.000 €</p> <p>2013: 40.000 €</p> <p>2014: 56.500 €</p>	<p>Posti convenzionati nel triennio: 12</p>	<p>Raggiunto</p>
19. Prosecuzione degli interventi volti alla ricerca di opportunità di tipo occupazionale a favore di persone in grave disagio economico sociale, con problematiche legate alla dipendenza, o detenute o in esecuzione penale esterna.	<p>Preso in carico da parte dell'Assistente Sociale territorialmente competente in collaborazione con il SIL; collaborazione con Agente di Rete ed UEPE (per le persone detenute o in esecuzione penale esterna); collaborazione con il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.).</p>	<p>Risorse preventivate 2012/2014:</p> <p>€ 100.000,00</p> <p>Risorse Impiegate</p> <p>2012: 12.383 €</p> <p>2013: 32.475 €</p>	<p>Borse lavoro (per mesi)</p> <p>2012 nr. 30</p> <p>2013 nr. 98</p> <p>2014 nr. 126</p>	<p>Raggiunto</p> <p>Nr. Assunzioni</p> <p>2012: 1</p> <p>2013: 1</p>

		2014: 43.630 €		
20. Coinvolgimento delle figure specialistiche sociali e sanitarie, con particolare riferimento ai medici competenti del Centro Psico Sociale e di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Vigevano in funzione di uno sviluppo della rete integrata di servizi.	Attivare momenti di confronto al fine di garantire un approccio ed un percorso condiviso a favore delle persone prese in carico dal servizio sociale e/o dal servizio sanitario.	Personale (assistente sociale)	Incontri di equipe 2012 nr. 5 2013 nr. 2	Raggiunto
21. Mantenimento del Segretariato Sociale	Le azioni previste sono: <ul style="list-style-type: none"> • garantire e facilitare l'accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie; • orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta e fornire adeguate informazioni sulla modalità di accesso e sui relativi costi; • assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni; • segnalare le situazioni complesse agli uffici competenti (ASL, unità di offerta, ecc.) affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale. 	Risorse preventivate 2012/2014: € 90.000,00 Risorse Impiegate 2012: 35.000 € 2013: 26.000 € 2014: 26.000 €	<ul style="list-style-type: none"> • Garantire e facilitare l'accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie; • orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta e fornire adeguate informazioni sulla modalità di accesso e sui relativi costi; • assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni; • segnalare le situazioni complesse agli uffici competenti (ASL, unità di offerta, ecc.) affinché sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e di continuità assistenziale. 	Raggiunto
22. Inserimento minori in comunità		Risorse preventivate 2012/2014: € 160.000,00 Risorse Impiegate	Inserimento minori in comunità. Numero minori inseriti	Raggiunto

		2012: 22.350 € 2013: 60.225 € 2014: 72.150 €	2012 nr. 1 2013 nr. 3 2014 nr. 3	
23. Attività di accoglienza temporanea abitativa di donne e mamme con minori.	Accoglienza di donne e mamme con minori che necessitano di ospitalità temporanea in condizione di abitazione insicura o inadeguata, secondo la definizione ETHOS (tipologia europea sulla condizione dei senza dimora e sull'esclusione sociale).	Risorse preventivate 2013: 6.000 € 2014: 6.000 € Risorse impiegate 2013: 6.000 € 2014: 6.000 €	Nr. Inserimenti 2013: 2 nuclei familiari 2014: 2 nuclei familiari	Raggiunto
24. Progetto "A spasso con Bagheera" finalizzato alla promozione e al sostegno di reti dell'Affido Familiare	Progetto realizzato in partnership con Ambito Distrettuale di Mortara (ente capofila), Fondazione Madre Amabile. Hanno aderito al progetto realtà del Terzo settore degli Ambiti di Mortara e Vigevano e Diocesi di Vigevano. Finanziato attraverso bando CARIPLO. Azioni realizzate: Costituzione centro per l'affido familiare Sensibilizzazione e informazione Laboratori tematici nelle scuole Corsi di formazione per gli operatori della tutela minorile	Risorse preventivate 2012/2014: 2012: 11.000 € 2013: 11.500 € 2014: 10.500 € Risorse Impiegate 2012: 11.000 €	Azioni realizzate: ➤ Costituzione centro per l'affido familiare: Costituzione equipe, individuazione della sede, raccordo con i servizi di tutela minorile. ➤ Sensibilizzazione e informazione: Convegno apertura, incontri scuole per illustrare il progetto, concorso LOGO (sono pervenuti circa 500 disegni provenienti dalle scuole dell'infanzia, elementari e medie inferiori) Premiazione dei vincitori . CINEFORUM Volantini sui mezzi pubblici. Volantinaggio nei Comuni degli Ambiti di Mortara e Vigevano, nelle	Raggiunto

	<p>tutela minorile</p> <p>Sportello di consulenza pedagogica</p> <p>Attivazione di progetti di affidamento etero-familiare</p> <p>Attivazioni gruppi famiglie affidatarie</p>	<p>2013: 11.500 €</p> <p>2014: 10.500 €</p>	<p>scuole, nelle biblioteche e negli esercizi commerciali.</p> <p>Banchetti promozionali in occasione di Fiere e Manifestazioni varie.</p> <p>Cena sociale con associazioni del Terzo Settore.</p> <p>Lecture in Biblioteca</p> <p>Incontri presso le Parrocchie con i gruppi delle famiglie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Laboratori tematici nelle scuole: <p>Laboratori nella Scuola Primaria di Mortara con realizzazione finale di spettacolo teatrale (hanno partecipato le classi prima e seconda)</p> <p>Peer education in collaborazione con gli studenti del corso di Tecnico dei Servizi Sociali dell'Istituto Pollini di Mortara.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Corsi di formazione per gli operatori della tutela minorile : <p>N. 2 corsi di durata annuale di 80 ore tenuti dal Centro Psico Pedagogico per la Pace di Piacenza accreditati all'Ordine degli Assistenti Sociali n. partecipanti 30 ad ogni corso.</p> <p>Partecipazione a Convegno Internazionale :Foster Care in Europe: What do we know about outcomes and evidence? N. partecipanti 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sportello di consulenza pedagogica <p>Sportello tenuto dal Dott. Daniele Novara. N. accessi</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazione di progetti di affidamento etero-familiare <p>n. attivazioni 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attivazioni gruppi famiglie affidatarie. <p>Incontri mensili</p>	
<p>25. Progetto "Così lontani così vicini" finalizzato alla</p>	<p>Progetto realizzato in partnership con Associazione Caritas Diocesana di Vigevano – Onlus (ente capofila), Centro di Consulenza</p>	<p>Personale</p>	<p>Azioni realizzate:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Attività a favore dell'adulto:</i> 	<p>Raggiunto</p>

<p>creazione di percorsi di sostegno alla famiglia nell'assolvimento dei compiti educativi dei minori in situazioni di fragilità, isolamento e difficoltà socio-economiche.</p>	<p>Familiare e in collaborazione con Provincia di Pavia, Ambito di Mortara, Compagnia dei Carabinieri di Vigevano e soggetti del terzo settore degli ambiti di Mortara e Vigevano. Il progetto prevedeva lo sviluppo di una rete di soggetti pubblici e privati capaci di realizzare congiuntamente la pianificazione di interventi mirati a favorire l'assolvimento dei compiti educativi e di cura da parte dei genitori per quelle famiglie in isolamento e difficoltà socio-economiche e culturali. Il progetto si articola in attività declinate a favore dell'adulto, del minore e del territorio.</p>	<p>Risorse impiegate per il proseguimento del progetto nei mesi di aprile-giugno 2013: 5.341 €</p>	<p>Accompagnamento psico-assistenziale: attivazione di uno sportello Genitori con cadenza settimanale. Nr. Contatti: 44</p> <p>Percorsi sulla genitorialità: organizzazione di gruppi di training formativo per l'acquisizione di competenze sul tema genitori-figli. Nr. Incontri realizzati: 7</p> <p>Orientamento ai servizi sociali e socio-sanitari del territorio: attivazione di uno sportello telefonico (numero Caritas) e accoglimento delle famiglie richiedenti presso il centro Caritas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Attività a favore del minore:</i> <p>Attivazione di percorsi di promozione, educazione e prevenzione nelle classi elementari, medie inferiori e superiori e di cicli di laboratori di empowerment. Nr. Alunni partecipanti: 350</p> <p>Spazio d'ascolto psicologico tramite sportello. Nr. Accessi: 162</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Attività a favore del territorio:</i> <p>Sensibilizzazione del territorio attraverso campagne informative realizzate con molteplici metodi di comunicazione.</p> <p>Organizzazione del convegno "La sfida dell'educazione dei genitori e il ruolo degli social network come nuovi strumenti di comunicazione giovanile"</p>	
---	--	--	---	--

Programmazione del nuovo triennio 2015-17

Integrazione sociale e socio-sanitaria

Ricomposizione di conoscenza, risorse, servizi

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

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

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

- **Conoscenza.** Il primo livello da ricomporre è quello della conoscenza e delle informazioni disponibili; un contesto è tanto più frammentato quanto minore è la condivisione e la circolazione della conoscenza e delle informazioni. La necessità è quella di potenziare la conoscenza delle strutture presenti sul territorio, dei servizi da esse offerte, delle domande degli utenti e dei bisogni presenti nella comunità. Per questo motivo diventa prioritario rafforzare percorsi di condivisione e scambio delle informazioni tra soggetti che operano nello stesso territorio, mettendo in rete e a sistema dati, informazioni, letture e buone prassi. Questo passaggio consente di procedere verso una più efficace lettura integrata degli interventi di *policy* nel contesto locale: una corretta filiera informativa è il presupposto per una migliore programmazione, che, seguendo questo approccio, può effettivamente fornire una adeguata lettura e risposta ai bisogni, superando il semplice incontro tra domanda e offerta di servizi.

- **Risorse.** Dal punto di vista delle risorse è necessario implementare il livello di collaborazione tra i diversi Enti e procedere verso una sempre maggiore integrazione. Questo percorso è reso ancora più necessario dalla contrazione delle risorse pubbliche a disposizione, che devono essere gestite con una maggiore capacità di programmazione, rispetto alle spese da sostenere. Frequentemente la spesa sociale non è solo diversa tra gli Ambiti ma anche all'interno degli stessi Ambiti. La riduzione di tali disparità richiede un approfondito esame sulle risorse attualmente disponibili, sulla loro articolazione e sugli ambiti nei quali si ritiene prioritario procedere alla ricomposizione.

- **Servizi.** L'offerta proposta sul territorio è eterogenea e spesso prevede notevoli differenze tra Comuni posti a poca distanza l'uno dall'altro. Sebbene queste disuguaglianze siano il prodotto dell'autonomia degli Enti, è necessario che questi provvedano ad una maggiore integrazione nel percorso di erogazione dei servizi, non solo per renderli più efficienti, ma anche per facilitare l'accesso degli utenti agli stessi. Usando il sistema di conoscenza sarà possibile, per i diversi Ambiti, avere un ventaglio di modelli di riferimento e, nel caso, attingere alle diverse buone prassi messe a sistema, per implementare la propria rete di servizi. Il percorso di integrazione dei servizi permette di definire anche regole, procedure, standard, criteri di accesso e interventi congiunti tra le varie

realità locali. L'obiettivo è potenziare il grado di integrazione degli Ambiti nella gestione dei servizi (accreditamento e autorizzazione, tariffe ed esenzioni, regole di accesso), rilevando quelle realtà in cui il percorso è già cominciato (e quindi a che livello è) e quelle in cui è ancora in fase embrionale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la frammentazione delle risorse,
- il disallineamento tra i livelli decisionali,
- la mancata integrazione degli interventi,
- lo scarso monitoraggio nell'utilizzo delle risorse e nella valutazione degli esiti,
- la mancata progettazione,
- la staticità nelle misure,
- la parzialità della visione (scarsa conoscenza reciproca degli attori, delle azioni messe in campo da ciascuno di essi e del quadro generale dei bisogni).

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

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

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

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

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

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

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

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

- la *Cabina di Regia* che coinvolge ASL e Comuni e Piani di Zona, luogo di programmazione e di governo degli interventi socio-sanitari e sociali;
- lo *Sportello Unico del Welfare*, evoluzione dei Punti Unici di Accesso e dei Centri per l'Assistenza Domiciliare (CeAD);
- la *Valutazione Multidimensionale* del bisogno, realizzata da equipe pluri-professionali, grazie alla quale la persona è assistita seguendo un progetto individuale nel quale sono organizzate tutte le risposte sociosanitarie e sociali alla pluralità dei bisogni espressi dalla persona

fragile e dalla sua famiglia. Questo strumento consente una lettura integrata dei bisogni, al fine di “facilitare l’accesso del cittadino e della sua famiglia alle diverse unità d’offerta sociali e/o socio-sanitarie” garantendo, attraverso l’informazione e l’orientamento, “risposte appropriate ai bisogni rilevati” (d.g.r. 1185/14). L’efficacia della lettura multidimensionale è garantita dalla scelta di un sistema di valutazione, il VAOR, in grado di leggere e pesare i bisogni in rapporto alle risorse necessarie a garantire una risposta adeguata;

- un *Sistema Informativo condiviso*, capace di garantire l’integrazione degli interventi evitandone la sovrapposizione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Area Minori

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

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

Strutture e servizi prima infanzia

In apertura di discussione è stato esposto da parte degli assegnisti dell'Università degli Studi di Pavia il lavoro per il settore vigilanza, sulle Udo prima infanzia (asili nido, micro nidi, nidi famiglia, centri prima infanzia) della provincia di Pavia, consistente nella raccolta ed elaborazione dei dati disponibili, che sono stati completati da una breve analisi descrittiva dei risultati. In merito, è stata avanzata la proposta di monitorare l'andamento delle sezioni primavera, anche se non rientrano fra le Udo sociali, considerata l'indubbia concorrenza che esse creano agli altri servizi prima infanzia. Si rileva la possibile difficoltà nel raccogliere i dati in tempi brevi, soprattutto considerando che, alcune di esse, costituiscono di fatto una sotto-categoria della scuola d'infanzia. Al fine di implementare la capacità descrittiva/esplicativa del lavoro di ricerca, si è convenuto, con i rappresentanti dei PdZ, di procedere alla raccolta dei dati inerenti il *trend* del numero dei bambini iscritti nelle Udo prima infanzia, la domanda non coperta e la loro residenza, per calcolare gli indici di saturazione e i tassi di migrazione; il bacino di utenza di possibili corsi di formazione per il personale; il numero di Udo prima infanzia (pubbliche e private) in possesso di: certificazioni qualità ISO 9001, voucher, dote conciliazione, dote INPS. A questo proposito, è stata preparata una tabella da sottoporre agli Uffici di Piano per raccogliere questi dati a partire dai Comuni di loro competenza. Tutti i partecipanti hanno concordato che sarebbe interessante osservare il rapporto pubblico/privato in merito al numero di strutture e ai posti offerti.

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

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

Minori inseriti in strutture residenziali sociali

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

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

È emerso il problema della corretta integrazione dei vari interventi sociali e socio-sanitari rispetto ai bisogni del minore, la necessità di una maggiore interazione tra gli attori coinvolti (istituzioni,

scuola, operatori del settore) e l'impegno nell'individuare strumenti e percorsi di comunicazione istituzionali, che operino per la prevenzione e la tempestiva comprensione del disagio.

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

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

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

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

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

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

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

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

- *Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori, che recepisca procedure condivise per tutela dei minori, penale minorile, adozioni (obiettivo 3);*
- *Condividere criteri uniformi per accreditare le strutture residenziali per minori (obiettivo 4),* arrivando così ad interfacciarsi con soggetti che possano rispondere ad esigenze sempre più articolate;

- *Creare una banca dati uniforme e integrata per i minori, basata sulla categorizzazione delle Udo in funzione dei servizi erogati (obiettivo 5), sulla base di competenze presenti e prestazioni erogate, che consenta un agile monitoraggio delle strutture e l'individuazione del percorso migliore di inserimento del minore;*
- *Monitorare il disagio minorile attraverso la costituzione e l'aggiornamento di una banca dati uniforme e integrata (obiettivo 6), in un'ottica di consolidamento della conoscenza.*

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

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

Area Adulti

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

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

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

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

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

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

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

necessità di procedere a una corretta definizione dei criteri standard atti a definire quando avviene la presa in carico.

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

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

- Evitare gli sfratti, anche attraverso l’erogazione diretta di contributi per il pagamento dell’affitto, procedendo ad ottimizzare le risorse ora in mano ai Comuni. Si potrebbe pensare alla creazione di un fondo comune sull’emergenza sfratti e/o alla presentazione di progetti per ottenere finanziamenti dalle fondazioni bancarie;
- Implementare gli spazi abitativi disponibili tramite nuovi accordi con ALER, anche per l’utilizzo degli alloggi sfitti, che 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/iniziativa 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.

Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
1. <i>Creare un sistema integrato di interventi sovrazonali per la prevenzione e il contrasto delle ludopatie</i>	Specifico	Condivisione strategie di interventi ASL/Ambiti; Condivisione sovrazonale 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 sovrazonale N.° di interventi/iniziativa 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/iniziativa realizzati	Triennio
2. <i>Valutare in modo uniforme il livello qualitativo delle strutture per la prima infanzia presenti sul territorio a livello sovrazonale</i>	Generale	Condivisione sovrazonale degli standard qualitativi	Formazione; Costituzione tavoli operativi.	Professionali	Costituzione di una commissione ASL/PdZ sulla qualità percepita; Costituzione di una commissione Vigilanza/PdZ per i controlli congiunti sulla qualità erogata; Realizzazione, distribuzione e monitoraggio di un questionario di customer satisfaction condiviso fra i piani di zona.	N.° di questionari di soddisfazione compilati	% di risposte sul totale dei questionari somministrati	Analisi delle risposte e valutazione degli interventi migliorativi	1 anno per costituire la commissione e, i due successivi per completare l'obiettivo
3. <i>Realizzare un protocollo d'intesa fra ASL/PdZ per l'area minori (tutela dei minori, penale minorile, adozioni)</i>	Strategico	Condivisione di procedure ASL/PdZ	Incontri cadenzati; Costituzione tavoli operativi ASL/PdZ/Comuni; Formazione specialistica.	Professionali	Procedure comuni; Costituzione di Gruppi Operativi	Redazione del Protocollo ASL/PdZ	SI/NO	Monitoraggio delle procedure realizzate	Triennio

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

<p>8. <i>Condividere le buone prassi per gli interventi di emergenza abitativa</i></p>	<p>Specifico</p>	<p>Condivisione sovrazonale delle buone prassi e delle strategie di intervento</p>	<p>Costituzione tavoli operativi; Incontri cadenzati; Informazione; Cabina di Regia ASL/PdZ.</p>	<p>Professionali</p>	<p>Buone prassi; Banca dati integrata.</p>	<p>Realizzazione e condivisione delle buone prassi a livello sovra-zonale</p> <p>Presenza di un flusso regolare di dati dai Comuni ai PdZ per l'aggiornamento della banca dati</p>	<p>SI/NO</p> <p>SI/NO</p>	<p>Monitoraggio delle buone prassi</p> <p>Completezza dei dati, Regolarità nella trasmissione del flusso di dati</p>	<p>Triennio</p>
<p>9. <i>Costituire un tavolo sulle nuove povertà e condividere le buone pratiche</i></p>	<p>Generale</p>	<p>Condivisione sovrazonale di esperienze/buone prassi/sperimentazioni avviate nei distretti, al fine di definire un ventaglio di modalità d'azioni diversificate che ogni Ambito può attuare in base ai bisogni e ai dati del proprio contesto territoriale.</p>	<p>Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Documento condiviso di analisi e studio del fenomeno sul territorio e delle modalità con cui affrontarlo.</p>	<p>Professionali</p>	<p>Incontri; Buone prassi rilevate sul territorio.</p>	<p>N° di incontri</p> <p>N.° di buone prassi</p>	<p>Almeno 1 incontro annuale per distretto</p> <p>SI/NO</p>	<p>Dati; documento finale</p>	<p>Triennio</p>
<p>10. <i>Mettere a sistema interventi di assistenza a favore di donne vittime di abusi</i></p>	<p>Specifico</p>	<p>Condivisione degli interventi con PdZ, ASL, Centri anti violenza, Consultori e Tribunali.</p>	<p>Informazione capillare sul territorio; Costituzione tavoli operativi; Protocollo.</p>	<p>Professionali</p>	<p>Procedure</p>	<p>Sottoscrizione di un protocollo comune sovra-zonale</p>	<p>SI/NO</p>	<p>Report di monitoraggio</p>	<p>Triennio</p>

<p>11. <i>Consolidare la rete territoriale di conciliazione famiglia-lavoro a livello sovrazonale/provinciale</i></p>	<p>Specifico</p>	<p>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.</p>	<p>Accordo territoriale fra ASL/Ambiti/Sindacati/Assoassociazioni di categoria/Terzo Settore/Università/Provincia; Informazione; Formazione; Sensibilizzazione; Incontri periodici con la rete territoriale; Tavolo della alleanze locali di conciliazione.</p>	<p>Finanziarie e professionali</p>	<p>Piano di azione territoriale; Azioni progettuali specifiche.</p>	<p>N.° di incontri della rete territoriale e delle alleanze N.° di azioni progettuali realizzate sul territorio</p>	<p>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</p>	<p>Fogli presenze agli incontri Monitoraggio delle azioni realizzate</p>	<p>Triennio</p>
<p>12. <i>Favorire il mantenimento delle persone non autosufficienti a domicilio, mediante una presa in carico integrata</i></p>	<p>Strategico</p>	<p>Condivisione di criteri comuni per l'accesso ai servizi: strumenti di valutazione e soglia ISEE uniforme; Programmazione condivisa ASL/Ambiti di prestazioni/Servizi in relazione alla normativa di riferimento.</p>	<p>Formazione congiunta; Costituzione di équipe di valutazione multidimensionale ASL/Comuni/PdZ; Incontri cadenzati (Cabina di Regia ASL/PdZ); Costituzione tavoli operativi; Protocollo ASL/Ambiti.</p>	<p>Finanziarie e professionali</p>	<p>Utilizzo delle procedure; Modalità operative; Scale di valutazione condivise uniformi su tutto il territorio: scheda filtro Triage, ADL/IADL; Valutazione multidimensionale tramite VAOR; Banca Dati integrata; PAI.</p>	<p>Somministrazione scheda filtro Triage da parte dell'operatore N.° di valutazioni multidimensionali effettuate in équipe per casi complessi N.° di ore di formazione</p>	<p>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)</p>	<p>Report di monitoraggio e valutazione predisposto dalla Cabina di Regia Cartelle socio-sanitarie e sociali Dati, registro presenze</p>	<p>Triennio</p>

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

Il Piano di Zona: criticità e obiettivi

Alla luce della deliberazione “Un welfare della sostenibilità e della conoscenza - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017” approvata dalla Giunta Regionale in data 19.12.2014 il Piano di Zona di Vigevano ha definito gli obiettivi della nuova programmazione.

La nuova programmazione prende in considerazione:

- le attività svolte nel corso del triennio 2015/17 gli obiettivi raggiunti per consentire la continuità e il consolidamento degli stessi, sulla base delle risorse finanziarie disponibili;
- la necessità di individuare degli obiettivi innovativi in grado di rispondere non solo ai bisogni classici ma alle nuove emergenze e criticità emerse nel territorio del PdZ.

Il percorso intrapreso per la costruzione della nuova triennalità del Piano di Zona ha coinvolto l'Azienda Sanitaria Locale di Pavia, tutti gli Ambiti Distrettuali della provincia di Pavia ed il Terzo Settore. Il lavoro svolto ha consentito di rilevare il bisogno emergente, la necessità di creare un concreto “sistema integrato di interventi e servizi sociali” e l'esigenza di proseguire lo sforzo di incontro al fine di individuare nel corso della triennalità iniziative che possano migliorare e sviluppare la rete dei servizi. Tutti gli obiettivi sono stati pensati tenendo conto della necessità di proseguire nel percorso di ricomposizione delle conoscenze, risorse e servizi al fine di superare la frammentazione presente sul territorio in termini di attori e risorse impiegate nella programmazione delle politiche di welfare locale.

	Titolo obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Strumenti di valutazione	Tempistica
<i>Conoscenza; Risorse; Servizi</i>	<p>1. <i>Continuare l'erogazione di voucher per alleviare la famiglia nei compiti di cura e sostenere la domiciliarità per evitare o ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione dell'anziano o disabile non autosufficiente.</i></p>	Specifico	Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher	Finanziarie e professionali	Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; graduatoria; cartelle sociali; isee; riconoscimento invalidità civile al 100% e accompagnamento; questionario di gradimento del servizio	<p>Adeguatezza della risposta al bisogno tramite somministrazione del questionario di gradimento del servizio</p> <p>N°. Voucher erogati rispetto al n°. di domande pervenute</p>	<p>Raggiungimento ogni anno del 30% di questionari compilati rispetto alle somministrazioni</p> <p>Raggiungimento ogni anno del 90% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute</p>	Analisi dei questionari; dati; cartelle sociali	Triennio
<i>Conoscenza; Risorse; Servizi</i>	<p>2. <i>Continuare l'erogazione di voucher per alleviare la famiglia nei compiti di cura e sostenere la domiciliarità per evitare o ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione dell'anziano o disabile.</i></p>	Specifico	Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher	Finanziarie e professionali	Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; graduatoria; cartelle sociali; isee; riconoscimento invalidità civile superiore al 67%; questionario di gradimento del servizio	<p>Adeguatezza della risposta al bisogno tramite somministrazione del questionario di gradimento del servizio</p> <p>N°. Voucher erogati rispetto al n°. di domande pervenute</p>	<p>Raggiungimento ogni anno del 30% di questionari compilati rispetto alle somministrazioni</p> <p>Raggiungimento ogni anno del 90% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute</p>	Analisi dei questionari; dati; cartelle sociali	Triennio

Risorse; Servizi	3. <i>Continuare l'erogazione di voucher per prevenire o individuare situazioni di disagio nelle relazioni familiari a danno dei minori.</i>	Specifico	Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher	Finanziarie professionali	Linee guida per l'accesso ai titoli sociali; cartelle sociali.	N°. Voucher erogati rispetto al n°. di domande pervenute	Raggiungimento ogni anno del 90% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute	Dati; cartelle sociali	Triennio
Risorse; Servizi	4. <i>Continuare l'erogazione di voucher per il servizio di assistenza educativa domiciliare a sostegno di persone con handicap grave</i>	Specifico	Aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali e degli enti accreditati per l'erogazione delle prestazioni acquistabili con il voucher	Finanziarie professionali	Regolamento per l'accesso ai titoli sociali; graduatoria; cartelle sociali; isee; riconoscimento invalidità civile al 100% e possesso del certificato di gravità ai sensi della Legge 104/92; solo per età compresa tra i 6 e i 50 anni.	N°. Voucher erogati rispetto al n°. di domande pervenute	Raggiungimento ogni anno del 90% di soglia minima dell'erogazione del servizio in base alle richieste pervenute	Dati; cartelle sociali	Triennio
Servizi	5. <i>Continuare le azioni di integrazione delle funzioni socio-assistenziali e socio-sanitarie al fine di assolvimento dei compiti in materia di Adozione</i>	Specifico	Collaborazione con ASL; relazione congiunta ASL/Ambito	Professionali	Procedura; colloqui con la coppia; stesura relazione; lettura della relazione alla coppia aspirante adottiva	Indagine psico-sociale sulle coppie aspiranti adottive. Monitoraggio post adozione e affido pre adottivo	Si/No	Relazione Relazione finale	Triennio
Conoscenza; Risorse	6. <i>Garantire assistenza educativa a bambini e pre – adolescenti</i>	Specifico	Rinnovo della Convenzione con Fondazione Madre Amabile	Finanziarie	Convenzione; Relazioni trimestrale	Controllo dei report trimestrali dell'utenza inviati dalla Fondazione Madre Amabile	Si/No	Flusso di dati ogni trimestre	Triennio

Risorse	7. <i>Interventi e misure per facilitare l'inserimento lavorativo</i>	Specifico	Collaborazione con il SIL del comune di Vigevano	Finanziarie	Scheda di segnalazione al SIL	N°. di attivazioni rispetto alle segnalazioni pervenute	Raggiungimento ogni anno della soglia del 30% di borse lavoro attivate sul totale delle segnalazioni pervenute	Dati; schede finali	Triennio
Risorse	8. <i>Continuare il Servizio "Spazio Neutro" per garantire un rapporto tra il minore e i propri familiari quando sussistono situazioni di grave disagio.</i>	Specifico	Prosecuzione dell'attività del Servizio "Spazio Neutro" del Comune di Vigevano	Finanziarie	Segnalazione da parte del Tribunale al servizio tutela del Comune	N°. di prese in carico rispetto al n. di invii formali.	Raggiungimento ogni anno della soglia dell'80 % dei casi presi in carico rispetto agli invii formali.	Dati, relazione annuale sul N°. di casi.	Triennio
Risorse	9. <i>Continuare l'attività di accoglienza temporanea abitativa di donne, mamme con minori.</i>	Specifico	Rinnovo della Convenzione con Associazione Butterfly	Finanziarie	Convenzione; Relazioni semestrale	Controllo dei report semestrali dell'utenza inviati dall'Associazione Butterfly	Si/No	Flusso di dati ogni semestre	Triennio
Conoscenza; Risorse; Servizi	10. <i>Continuare la gestione in forma associata dei servizi di segretariato sociale e servizio sociale professionale nei comuni privi di assistente sociale propria.</i>	Generale	Gestione associata dei servizi con trasferimento finanziario su quota capitaria da parte dei Comuni aderenti all'Ufficio di Piano	Finanziarie e professionali	Procedure; banche dati; cartelle sociali; relazione finale attività svolta	Mantenimento del servizio	Si/No	Cartella sociale; n°. di utenti presi in carico	Triennio

Conoscenza; Servizi	11. <i>Sostenere il microcredito e incentivare l'autoimpiego.</i>	Specifico	Adesione dell'Ambito al progetto "MICRO - WORK: fare rete per il microcredito e l'occupazione" per la creazione di una rete e a sostegno del microcredito e l'autoimpiego	Personale	Sportello informativo e punti di contatto per le informazioni e il supporto per la fruizione degli strumenti di microcredito e gli incentivi per l'autoimpiego.	Creazione dello sportello informativo	Sì/No (??)	N°. di contatti annuali allo sportello; N° . di imprese attivate	Triennio
---------------------	--	-----------	---	-----------	---	---------------------------------------	------------	--	----------

