



**COMUNITÀ MONTANA
del PIAMBELLO**
Provincia di Varese



Valceresio

Via Matteotti, 18 - 21051 ARCISATE
tel. 0332/47.67.80 - fax 47.43.73 - P.IVA e C. F. 95067540120

**Valganna
Valmarchirolo**

PIANO DI ZONA PER LE POLITICHE SOCIALI

ANNI 2015 / 2017

Ambito Distrettuale di Arcisate

*Comuni di: Arcisate, Besano, Bisuschio, Brusimpiano, Cantello,
Clivio,
Cuasso al Monte, Induno Olona, Porto Ceresio, Saltrio e Viggù.*

INDICE

PREMESSA	4
GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2012/2014.....	5
<i>OBIETTIVI DI VALLE</i>	5
<i>SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE</i>	6
<i>AMBITI DI SPERIMENTAZIONE E DI INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA</i>	7
<i>AREA MINORI E FAMIGLIA</i>	8
<i>AREA DIPENDENZE/DISAGIO</i>	9
<i>AREA DISABILI</i>	9
<i>AREA ANZIANI</i>	12
<i>AREA EMARGINAZIONE E POVERTÀ</i>	13
LA SPESA SOCIALE DEI COMUNI	14
<i>DETTAGLIO SPESA SOCIALE - ANNO DI RIFERIMENTO 2012</i>	16
LA PROGRAMMAZIONE CONDIVISA CON L'ASL DI VARESE.....	17
<i>INTRODUZIONE</i>	17
<i>LE AREE DI INTEGRAZIONE</i>	18
<i>LA CABINA DI REGIA DELL'ASL</i>	21
<i>GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE</i>	23
GLI INTERVENTI DISTRETTUALI RELATIVI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA	31
<i>AREA NON AUTOSUFFICIENZA</i>	31
<i>ASSISTENZA DOMICILIARE</i>	32
<i>ASSISTENZA EDUCATIVA</i>	32
<i>FREQUENZE NEI SERVIZI DIURNI E RESIDENZIALI PER DISABILI E ANZIANI</i>	33
LA PROGRAMMAZIONE LOCALE	35
<i>I SERVIZI ASSOCIATI</i>	35
<i>INTERVENTI RIVOLTI AI MINORI E ALLA FAMIGLIA</i>	40
<i>INTERVENTI TESI AD AFFRONTARE LA POVERTÀ E LA DISOCCUPAZIONE</i>	47
<i>ASSISTENZA FORNITA DA ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PRESENTI SUL TERRITORIO NEL 2014</i> .	48
<i>INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE IMMIGRATE</i>	51
<i>INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA LUDOPATIA</i>	53
LA COLLABORAZIONE CON IL TERZO SETTORE	57

LA COLLABORAZIONE CON ALTRI AMBITI TERRITORIALI	59
I CANALI DI FINANZIAMENTO DEL PIANO DI ZONA.....	61
<i>SINTESI DEI FINANZIAMENTI</i>	62
<i>IL BILANCIO PREVENTIVO 2015</i>	63
STRUTTURA ORGANIZZATIVA A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE E DELLA GESTIONE DEL PIANO DI ZONA	65
<i>L'ASSEMBLEA DEI SINDACI</i>	65
<i>LA COMUNITÀ MONTANA DEL PIAMBELLO</i>	67
<i>IL TAVOLO DEGLI ASSESSORI AI SERVIZI SOCIALI</i>	67
<i>L'UFFICIO DI PIANO</i>	68
<i>IL TAVOLO DELLE ASSISTENTI SOCIALI DEI COMUNI</i>	71
ALLEGATI AL PIANO DI ZONA.....	72

PREMESSA

La Regione Lombardia con la riforma del Welfare avviata nel 2012, ha posto le basi per una nuova visione di Stato sociale attraverso linee guida che spostano il baricentro di tutte le offerte di servizi sulla domanda della persona (fragile non autosufficiente, con disabilità) con la valutazione dei suoi bisogni e l'attivazione di interventi in grado di offrire un'assistenza adeguata.

Si tratta di un superamento della vecchia concezione di assistenza sociale. I nuovi principi ideati per il welfare lombardo infatti, spostano il focus di tutti i possibili interventi in campo sociale, dalla semplice erogazione di servizi ad ambiti e soprattutto concezioni quali:

- ❖ *Centralità della famiglia*
- ❖ *Passaggio dall'offerta alla domanda*
- ❖ *Una attenta valutazione preliminare del bisogno*
- ❖ *Libertà di scelta per il cittadino*
- ❖ *Semplificazione e sussidiarietà dei servizi e degli interventi*
- ❖ *Inclusione e coesione sociale*

Tutto questo significa mettere al centro di ogni progetto e servizi la persona fragile e la famiglia.

Un welfare moderno, concepito per rafforzare la libertà di scelta del cittadino; per renderlo maggiormente consapevole e responsabile: questo avviene partendo dai reali bisogni della persona, cogliendone non solo la dimensione clinica, ma anche quella funzionale e sociale, secondo una valutazione multidimensionale del bisogno, e attribuendo alla persona le risorse finanziarie, coerenti con il profilo assistenziale riconosciuto.

Queste linee programmatiche esplicitate nella DGR 2941/2014 approvazione del documento "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" hanno rappresentato la guida per l'elaborazione del presente Piano di zona.

La valutazione dei bisogni e la scelta degli obiettivi da inserire nel documento sono stati analizzati dagli Assessori ai Servizi sociali di tutti gli undici Comuni del Distretto insieme alle Assistenti sociali dei Comuni e dall'Ufficio di Piano.

In data 11 Marzo 2015 gli assessori hanno incontrato gli enti del Terzo settore per un confronto sulle modalità di lavoro da stabilire nella prossima triennalità e nello stesso giorno hanno raccolto anche le osservazioni derivanti dai rappresentati dei sindacati.

Il presente documento viene pertanto portato all'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci dopo un percorso di confronto con chi si occupa di servizi sociali all'interno dell'ambito distrettuale.

GLI ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2012/2014

Si riportano i principali obiettivi della programmazione 2012/2014 con una sintesi delle attività svolte.

OBIETTIVI DI VALLE

a) Definizione di principi di cittadinanza sociale

- ✓ *Definizione di criteri omogenei in tutta la Valceresio di accesso ai servizi sociali e di erogazione delle prestazioni*

Tutti gli interventi realizzati a livello distrettuale hanno visto l'applicazione di criteri omogenei di accessi per tutti gli undici comuni dell'ambito distrettuale (interventi per la prima infanzia e interventi per la non autosufficienza) a questi si aggiungono i servizi distrettuali che applicano criteri omogenei anche nel caso del nuovo servizio dell'Amministratore di Sostegno.

- ✓ *Aggiornamento delle quote di compartecipazione alla spesa dei servizi erogati dai Comuni sulla base della normativa in vigore e secondo parametri omogenei in tutto il Distretto*

E' stato elaborato un regolamento per lo svolgimento ed il recupero da utenza per gli incontri protetti rivolti a minori con un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

- ✓ *Approvazione di un regolamento dei Servizi sociali dei Comuni della Valceresio*

Tre Comuni dell'ambito distrettuale hanno elaborato un regolamento per l'accesso ed il pagamento dei servizi sociali. Il documento è stato portato alla discussione degli Enti del terzo settore che si occupano di disabilità in data 11.03.2015 approvato dai Comuni di Arcisate e Cantello.

Altri Comuni dell'ambito distrettuale erano interessati al regolamento, ma a causa del rinnovo delle rispettive amministrazioni non avevano i tempi tecnici per portarlo in approvazione.

b) Costruzione di una conoscenza condivisa sull'offerta di prestazioni e servizi presenti nel distretto a beneficio degli operatori e degli utenti

- ✓ *Utilizzo del sito internet della Comunità Montana Valceresio quale strumento di comunicazione di servizi ed interventi sociali erogati dall'ambito distrettuale*

Il sito della Comunità Montana del Piambello è stato strutturato in modo da poter accogliere tutti i documenti programmatori derivanti dall'Ufficio di Piano

c) Integrazione dei servizi sociali con la rete dei servizi socio-sanitari ed educativi

- ✓ *Sviluppo della rete dei servizi sociali con l'attenzione a garantire l'appropriatezza degli interventi*

Si è costruito nel corso degli ultimi due anni di programmazione una stretta collaborazione tra Servizio sociale e Servizi socio-sanitari del Distretto in particolare per l'elaborazione di progetti individuali per persone non autosufficienti.

SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

OBIETTIVI

Il Servizio Sociale di base deve continuare ad essere il punto di riferimento per la cittadinanza.

- a. E' opportuno definire livelli di risposta e le modalità di accesso al servizio sociale da applicare in tutto il Distretto in modo da ridurre le disomogeneità presenti nei diversi servizi.

- b. Occorre rendere stabile la collaborazione tra i Servizi sociali comunali come sistema professionale in grado di evolvere con il modificare dei bisogni:
 - ✓ *Incentivare la collaborazione tra i servizi sociali dei Comuni della Valceresio in modo da garantire, attraverso il confronto, l'attenzione ai bisogni dei cittadini e soprattutto la costruzione di risposte omogenee su tutto il territorio*

Nel corso della programmazione i Comuni di Besano, Brusimpiano, Cuasso al Monte e Porto Ceresio hanno aderito al Servizio sociale associato della Comunità Montana del Piambello e questo ha rappresentato la base per la costruzione di risposte omogenee per i Comuni aderenti.

Le Assistenti sociali dei Comuni, attraverso lo strumento del tavolo delle assistenti sociali, si sono confrontate su diversi argomenti e hanno, in alcuni settori, applicato metodi di lavoro omogenei.

Il lavoro sulla omogeneità delle risposte complessive dai servizi sociali non è ancora ultimato e viene riportato come obiettivo nella programmazione zonale 2015/2017.

AMBITI DI SPERIMENTAZIONE E DI INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

OBIETTIVI

- a) **Integrazione tra le prestazioni SAD erogate dai Comuni e quelle ADI erogate dall'ASL per la gestione di situazioni di non autosufficienza**
- Utilizzo dell'ADI WEB come strumento in grado di facilitare l'integrazione delle prestazioni sociali erogate dai Comuni con quelle socio-sanitarie erogate dall'ASL.
 - Tutte le Assistenti sociali hanno ottenuto le credenziali per l'utilizzo del programma ed alcuni comuni hanno iniziato ad utilizzarlo. Questo strumento è in fase di potenziamento nel 2015.
 - Erogazioni di voucher tutelari previa una valutazione integrata (Servizio sociale del Comune e servizi socio sanitari dell'ASL) delle condizioni di bisogno delle persone non autosufficienti.
 - Tutti gli obiettivi rivolti alle persone non autosufficienti hanno trovato applicazione all'interno delle progettazioni annuali rivolte a questa particolare fascia di popolazione.
- b) **Consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria per la gestione di minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria**
- ✓ *Mantenimento delle modalità di collaborazione con il Consultorio di Arcisate ed i servizi accreditati dall'ASL ed il Servizio tutela minori distrettuale.*

Le prestazioni inerenti l'elaborazione delle capacità genitoriali, le valutazioni psico diagnostiche dei bambini e la psicoterapia vengono erogati da servizi afferenti all'area socio-sanitaria e si integrano con quelle erogate dal servizio tutela minori.

La collaborazione tra questi Enti permette un'analisi delle situazioni sotto diversi punti di vista e con maggiori garanzie per i minori sottoposti a decreti dell'Autorità Giudiziaria.

La collaborazione con il Consultorio di Arcisate è stata proficua fino alla metà del 2014, in quanto successivamente, a causa del pensionamento della psicologa, non sono stati in grado di rispondere alle richieste derivanti dal servizio tutela minori.

Complessivamente nel periodo dal gennaio 2012 a dicembre 2014 hanno svolto n.13 prestazioni per il servizio tutela minori dell'ambito distrettuale

AREA MINORI E FAMIGLIA

OBIETTIVI

- a) Misure di sostegno per i minori in situazione di disagio e di tutela per minori in gravi difficoltà e sottoposti ad un Decreto dell'Autorità Giudiziaria
- o *consolidamento del servizio tutela minori gestito in forma associata;*
 - o *potenziamento e sviluppo dei progetti tesi a garantire interventi educativi e di prevenzione al disagio;*
 - o *sostegno alla rete dei servizi sociali, educativi, socio-sanitari e sanitari rivolti alle famiglie ed ai minori.*

L'attività del servizio tutela minori viene descritta all'interno della sezione relativa alla programmazione locale. Si evidenzia che nei primi mesi del 2015 si è partecipato ad un bando di co-progettazione dell'ASL per la realizzazione di interventi educativi rivolti a ragazzi con problemi di penale minorile.

Tra i servizi accreditati che possono essere erogati dai Comuni tramite voucher sono sempre stati mantenuti gli interventi educativi rivolti a minori, in quanto rappresentano una delle principali risposte per ragazzi in situazione di disagio sociale.

- b) Iniziative a sostegno della prima infanzia in continuità con il Piano nidi approvato nel 2010
- *Erogazione dei voucher alle famiglie con bambini da 0 a 3 anni per l'accesso ai nidi privati accreditati in Valceresio;*
 - *Sostegno ai nidi pubblici attraverso l'erogazione del Fondo Sociale Regionale.*

Attraverso due Bandi sono stati accreditati gli Asili nido privati per l'erogazione dei voucher.

Attualmente i nidi privati accreditati sono n.3 (Piccole Impronte di Besano- Nido dei bambini di Cuasso al Monte e Primo Nido di Cantello) con numero totale di 123 posti autorizzati.

I voucher erogati nel corso del triennio sono stati complessivamente 19 per un totale complessivo di 38.145,96 €.

Si evidenzia che con la programmazione 2014 l'ambito distrettuale ha formalmente rinunciato all'erogazione del contributo per la prima infanzia in quanto i fondi a disposizione sono più che sufficienti per far fronte alle richieste derivanti dai Comuni.

c) Consolidamento dei servizi di sostegno al ruolo educativo dei genitori

- *Sostegno ai Centri di Aggregazione Giovanile attraverso il Fondo Sociale Regionale*

Nel corso del triennio è sempre stato garantito il sostegno ai due centri di aggregazione giovani presenti nel territorio.

Le quote di finanziamento destinate complessivamente a questi servizi sono state:

ANNO	QUOTA
2012	€ 7.000,00 *
2013	€ 12.233,60
2014	€ 12.723,00

(*dato ridotto poiché un C.A.G. non era finanziabile in quanto non convenzionato con nessun Comune del Distretto nell'anno 2012).

AREA DIPENDENZE/DISAGIO

In questa area non sono state attivate nuove progettualità all'interno del triennio, sono state portate a conclusione i due progetti, già finanziati, e realizzati dalla Cooperativa Il Sorriso e dalla Coop. COLCE.

AREA DISABILI

OBIETTIVI

I. Supporto alla domiciliarità e all'autonomia

- *Elaborazione di progetti individuali in cui la finalità riabilitativa volta al recupero e al mantenimento del massimo grado possibile di autonomia sia prioritaria e preminente rispetto a quella assistenziale;*
- *Erogazioni di prestazioni domiciliari o attivazione di progetti che prevedono la frequenza a centri diurni o ad attività risocializzanti;*
- *Riconoscimento dei care giver familiari, che prestano assistenza a persone con grave disabilità, tramite l'erogazione di buoni sociali.*

La risposta a questo obiettivo è stata garantita attraverso il Piano della non autosufficienza e l'utilizzo di servizi diurni quali il Centro Diurno Disabili di Saltrio ed il Centro Diurno accreditato de "Il Millepiedi".

II. Facilitazione al raggiungimento dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari

- *potenziamento dei servizi di trasporto, garantiti dal Terzo settore, verso le strutture socio- assistenziali, socio-sanitarie e ospedaliere;*
- *supporto alle sedi AUSER presenti in Valceresio sia per l'espletamento dei servizi che per la ricerca di volontari.*

L'ambito distrettuale ha stipulato un accordo con l'associazione Auser-Arcisate per i servizi di trasporto e grazie anche al contributo economico derivante dal Piano di zona, l'associazione è riuscita a garantire i seguenti trasporti:

AUSER PERIODO Gennaio - Dicembre 2014		
COMUNI	Ore totali	Numero servizi
Arcisate	1570,7	837
Bisuschio	563,9	280
Induno Olona	1153,8	576
Cuasso M.	330	132
Brusimpiano	86,5	42
Porto Ceresio	1042,5	356
Varese	54	36
Saltrio	254,65	111
Viggiù	27,3	19
Besano	78,5	43
Clivio	21	9
Totale	5182,85	2441,00
<i>Media mese</i>	<i>471,17</i>	<i>221,91</i>

III. Interventi finalizzati all'integrazione sociale e lavorativo

- *valutazione delle abilità lavorative delle persone disabili e supporto nell'inserimento del mondo del lavoro;*
- *attivazione di strumenti che facilitano l'inserimento lavorativo quali l'attivazione di tirocini lavorativi o l'erogazione di borse lavoro.*

Il servizio è stato svolto fino al mese di Maggio 2013 attraverso un affidamento diretto alla cooperativa sociale *Solidarietà e Servizi* di Busto Arsizio e successivamente è stato garantito tramite l'Accreditamento e l'erogazione di voucher agli utenti.

I percorsi attivati (sino a maggio 2013) dalla Coop. Solidarietà e Servizi sono stati i seguenti:

PRESE IN CARICO	
2012	
Giugno	1
Luglio	7
Agosto	0
Settembre	7
Ottobre	0
Novembre	4
Dicembre	2
2013	
Gennaio	5
Febbraio	1
Marzo	4
Aprile	0
Maggio	0
TOT	31

DIMISSIONI	
2012	
Giugno	2
Luglio	2
Agosto	0
Settembre	2
Ottobre	1
Novembre	0
Dicembre	0
TOT	7
2013	
Gennaio	0
Febbraio	0
Marzo	1
Aprile	0
Maggio	7
TOT	8

ORIENTAMENTI - RICERCA ATTIVA	
Anno	n°
2012	9
2013	6
TOT	15
TIROCINI AVVIATI	
	n°
Febbraio	6
Marzo	2

TOTALI SITUAZIONI IN CARICO	
al 31 maggio 2012 (persone già in carico prima della gestione della Cooperativa Solidarietà e	35
Giugno 2012 - Maggio 2013	31
TOT	66

IV. Diffusione dell'istituto dell'Amministratore di sostegno

- *collaborazione con il progetto "AdS Varese" per la diffusione dell'Istituto dell'Amministratore di sostegno nei Comuni del Distretto;*
- *apertura di uno sportello in grado di garantire il livello informativo e l'aiuto ai parente di persone disabili, con meno di 65 anni, nella compilazione dei ricorsi da presentare in Tribunale a Varese.*

E' stato attivato a partire dal Novembre 2013 servizio di AdS presso la sede del Centro Diurno Disabili di Saltrio.

AREA ANZIANI

OBIETTIVI:

a) Supporto alla domiciliarità

- ✓ *Garantire servizi di assistenza domiciliare, che possono essere erogati anche nei giorni festivi attraverso l'utilizzo dei voucher*
- ✓ *Migliorare l'integrazione tra i servizi sociali e sanitari per l'assistenza al domicilio e in fase di dimissione dall'ospedale*
- ✓ *Mantenere il servizio di teleassistenza per la tutela degli anziani che vivono soli*
- ✓ *Erogazione di buoni sociali per l'assistenza familiare erogata da badanti*

Lo strumento dei voucher ha permesso di ampliare i tempi di erogazione del servizio, infatti l'Accreditamento distrettuale prevede la copertura anche degli interventi pomeridiani e del sabato.

Gli Enti accreditati per questo servizio iscritti nello specifico ALBO sono:

SOGGETTI PRODUTTORI DI SERVIZI E PRESTAZIONI SOCIALI PER L'EROGAZIONE DI VOUCHER

L'Aquilone	società coop. sociale	via V. Veneto, 13/b 21018 Sesto Calende (VA)
Baobab	coop. sociale onlus a r.l	via Brodolini, 19 21049 Tradate (VA)
Codess Sociale	coop. sociale onlus	via Boccaccio,96 35128 Padova
Eureka a R.L.	coop. sociale a r.l	via Di Vittorio,113 20097 San Donato Milanese (MI)
Coop. Lombarda FAI	coop. sociale onlus	via M. D'Azeglio, 2 20900 Monza
I.D.E.A. Piccola Coop.	coop. sociale onlus	Via Roma, 2 21050 Cuasso al Monte (VA)
IGEA SRL	medicina e servizi alla persona	via F. Aprile, 92 21100 Varese
Itaca	coop. sociale a r.l.	via Carlo Noè, 45 21013 Gallarate (VA)

Il Millepiedi	coop. sociale	via Monte Cristallo, 1 21056 Induno Olona (VA)
Comunità Il Nucleo	coop. sociale onlus	Via San Gervasio, 3 25032 Chiari (BS)
"Siamo qui"	coop. sociale onlus	via Elvezia, 35 21050 Cantello (VA)
Soleluna	coop. sociale onlus	via Crispi, 130 21100 Varese
Solidarietà e Servizi	coop. sociale	via Isonzo, 2 21052 Busto A. (VA)
Totem	coop. sociale onlus	via Brennero, 64 21100 Varese

b) **Regolamentare l'accesso ai servizi residenziali**

- ✓ *conferma della convenzione in essere con la RSA "Le Residenze" al fine di poter usufruire di posti a prezzi agevolati.*

La convezione è stata regolarmente stipulata ed attualmente è in fase di rinnovo.

AREA EMARGINAZIONE E POVERTÀ

OBIETTIVI

Azioni mirate al supporto di persone con più di 50 anni e che hanno perso il posto di lavoro

- ⇒ *Creazione di gruppi di supporto e accompagnamento alla ricerca attiva del lavoro*
- ⇒ *Supporto nella stesura del curriculum e preparazione ai colloqui di lavoro*
- ⇒ *Affiancamento e guida ad una ricerca del lavoro*

L'Accreditamento del servizio di inserimenti lavorativi ha previsto la possibilità di ampliare il target di utenti anche a persone disoccupate.

L'appalto del servizio di trasporto disabili è sempre stato effettuato verso cooperative sociali di tipo B per facilitare e permettere l'inserimento lavorativo di persone fragili.

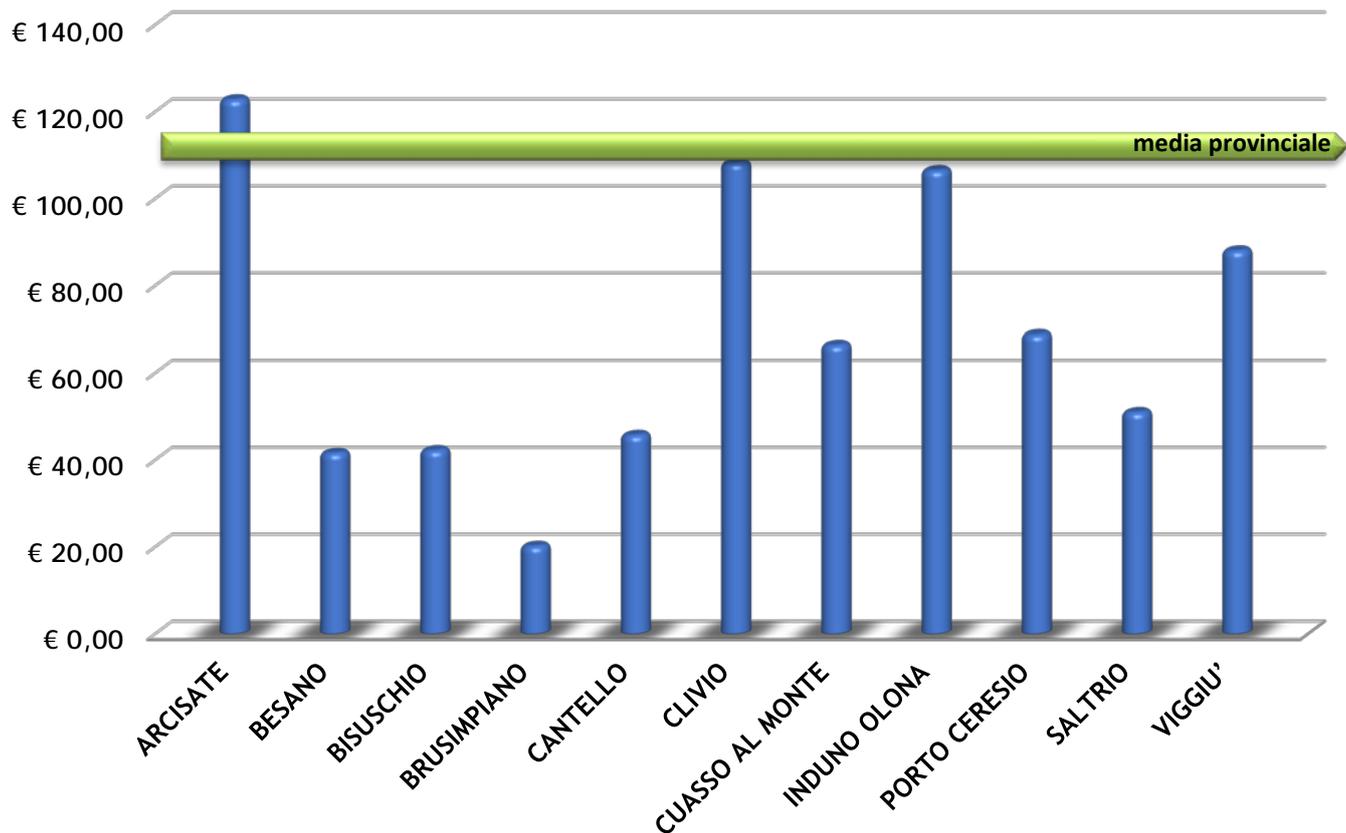
LA SPESA SOCIALE DEI COMUNI

COMUNE	N. ABITANTI AL 31/12/2013	TOTALE SPESA SOCIALE in €	SPESA SOCIALE PER ABITANTE
ARCISATE	9.902	1.215.555,24	€ 122,76
BESANO	2.583	107.329,31	€ 41,55
BISUSCHIO	4.362	183.975,84	€ 42,18
BRUSIMPIANO	1.229	24.762,51	€ 20,15
CANTELLO	4.634	211.666,81	€ 45,68
CLIVIO	1.986	214.669,39	€ 108,09
CUASSO AL MONTE	3.649	242.177,09	€ 66,37
INDUNO OLONA	10.422	1.109.478,23	€ 106,46
PORTO CERESIO	3.038	208.928,90	€ 68,77
SALTRIO	3.049	155.272,80	€ 50,93
VIGGIU'	5.340	469.832,12	€ 87,98

MEDIA IN PROVINCIA DI VARESE: 110,94 €

(fonte dati: schede di monitoraggio trasmesse dai Comuni in sede di debito informativo, tramite l'Ufficio di Piano alla Regione)

SPESA SOCIALE PER ABITANTE nel DISTRETTO di ARCISATE



DETTAGLIO SPESA SOCIALE - ANNO DI RIFERIMENTO 2012

Distretto di Arcisate													
Area di intervento	Comune di Arcisate	Comune di Besano	Comune di Bisuschio	Comune di Brusimpiano	Comune di Cantello	Comune di Clivio	Comune di Cuasso al Monte	Comune di Induno Olona	Comune di Porto Ceresio	Comune di Saltrio	Comune di Viggù	Gestione Associata	Totale
Anziani	€ 43.351,00	€ 3.746,25	€18.433,00	€ 2.691,54	€29.770,70	€ 18.172,00	€ 6.600,72	€ 34.050,00	€ 42.868,00	€25.457,00	€ 83.755,48	€ 18.000,00	€ 326.895,69
Disabili	€ 12.642,04	€ 6.539,60	€11.075,44	€ 7.040,35	€33.712,99	€106.667,43	€44.013,10	€163.305,71	€38.720,66	€50.116,25	€ 65.484,35	€ 107.463,95	€ 746.781,87
Minori/Famiglia	€ 757.208,00	€ 3.669,00	€73.729,40	€ -	€ 9.285,00	€ 52.549,00	€115.435,00	€643.990,00	€20.624,00	€12.856,00	€ 185.915,44	€ -	€ 1.905.260,84
Immigrazione	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 11.400,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 11.400,00
Emarginazione/ Povertà	€ 50.832,00	€ 5.308,00	€13.245,42	€ 1.275,02	€ 22.401,90	€ 2.250,00	€ 13.480,00	€ 8.165,00	€16.343,00	€ -	€ 7.750,00	€ -	€ 141.050,34
Dipendenze	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.300,00	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.300,00
Salute mentale	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.600,00	€ -	€ -	€ 560,00	€ -	€ 2.160,00
Compartecipazione e spesa	€ 168.443,20	€44.201,46	€42.892,58	€ 7.974,20	€93.292,55	€13.230,96	€ 45.198,27	€168.067,52	€ 67.373,24	€15.419,60	€ 97.606,20	€ 468.433,00	€ 1.232.132,78
Servizi sociali	€ 83.079,00	€13.865,00	€24.600,00	€ 5.781,40	€23.203,67	€21.800,00	€ 17.450,00	€ 75.600,00	€23.000,00	€51.423,95	€28.760,65	€ 100.632,95	€ 469.196,62
Servizi di funzionamento	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 201.766,05	€ 201.766,05
Totali	€1.215.555,24	€107.329,31	€183.975,84	€ 24.762,51	€211.666,81	€214.669,39	€242.177,09	€1.109.478,23	€208.928,90	€155.272,80	€ 469.832,12	€ 896.295,95	€ 5.039.944,19

(fonte dati: ASL Varese)

LA PROGRAMMAZIONE CONDIVISA CON L'ASL DI VARESE

INTRODUZIONE

La programmazione zonale 2015-2017 vedrà impegnati la Direzione Sociale dell'ASL, i Distretti Socio-sanitari e gli Ambiti Territoriali nello sviluppo del processo di ricomposizione del welfare locale.

Sarà necessario prevedere, anche negli accordi di programma tra ASL e Ambiti Territoriali circa l'attuazione delle azioni previste nei Piani di Zona (2015-2017), lo sviluppo di modelli di intervento in grado di integrare maggiormente l'azione dei diversi soggetti che operano nei sistemi di welfare locale, consolidando e rafforzando i livelli di integrazione tra gli Enti Locali, l'A.S.L. e l'Azienda Ospedaliera, tra i soggetti pubblici e quelli privati, tra intervento pubblico e risposta autonoma organizzata dalle famiglie.

Il processo di accompagnamento della Direzione Sociale si sostanzia, **in stretto raccordo con la Cabina di Regia-Organo di Indirizzo e Organo Tecnico-Operativo (ex DGR 326/13)**, nell'individuazione di strumenti utili alla ricomposizione delle conoscenze relative ai servizi offerti ai cittadini e alle risorse impiegate nel sistema di welfare locale.

L'Accordo di Programma tra l'ASL di Varese e gli Ambiti Territoriali dei Comuni associati verterà sulla definizione dei **percorsi metodologici** finalizzati a implementare il livello di integrazione delle conoscenze e dei servizi/interventi a livello locale, basando gli eventuali protocolli operativi sulla reale sostenibilità della collaborazione tra gli enti e tra gli operatori.

A partire dall'attuazione del *'Patto Territoriale tra l'Azienda Sanitaria Locale di Varese e gli Enti Capofila degli Ambiti Territoriali della provincia di Varese per lo sviluppo del sistema di integrazione socio-sanitaria e sociale in merito all'assistenza domiciliare'* (**Allegato nella specifica sezione al presente documento ed approvato contestualmente al Piano di zona**) lo scopo è quello di rafforzare le connessioni operative e gestionali impegnando la Direzione Sociale, gli Ambiti Territoriali e i Distretti socio-sanitari nella definizione dei percorsi di integrazione gestionale ed operativa che meglio rispondano alle esigenze della ricomposizione delle conoscenze, dei servizi e delle risorse.

L'attuazione del 'Patto Territoriale' più sopra richiamato e gli ulteriori processi di integrazione attivati a livello locale saranno oggetto di monitoraggio e valutazione sia a livello centrale che a livello territoriale grazie al lavoro dell'istituendo 'Comitato per l'Integrazione Territoriale' (Vedi Obiettivo 'Integrazione socio-sanitaria sotto riportato).

Dagli incontri effettuati nei primi mesi dell'anno 2015 con la Cabina di Regia - Organo tecnico-Operativo e Organo di Indirizzo - sono emerse le aree di attenzione di seguito argomentate.

LE AREE DI INTEGRAZIONE

Area della Non Autosufficienza e della Fragilità

Finalità

Implementazione e sviluppo del Patto Territoriale tra l'Azienda Sanitaria Locale di Varese e gli Enti Capofila degli Ambiti Territoriali della provincia di Varese per lo sviluppo del sistema di integrazione socio-sanitaria e sociale in merito all'assistenza domiciliare.

Soggetti della rete coinvolti

1. Direzione Sociale ASL
2. Distretto socio-sanitario ASL
3. Ambito Territoriale dei Comuni associati
4. Azienda Ospedaliera
5. Privato-sociale accreditato
6. Medico di Assistenza Primaria

Indicatore

Applicazione del set di indicatori individuati per la misurazione degli interventi in ambito domiciliare (ADI e SAD).

Gli indicatori, di seguito elencati, sono tutti calcolabili su base annuale e/o semestrale.

Si precisa che tutti gli indicatori possono essere calcolati sia con riferimento all'intero territorio provinciale, così da garantire una visione organica dei fenomeni indagati, sia con riferimento ai singoli Ambiti Territoriali, permettendo eventuali comparazioni interdistrettuali.

Incidenza ADI sulla popolazione *over 65/over 75*

N° utenti *over 65/over 75* in ADI

Totale popolazione residente *over 65/over 75*

Incidenza SAD sulla popolazione *over 65/over 75*

N° utenti *over 65/over 75* in SAD

Totale popolazione residente *over 65/over 75*

Integrazione SAD-ADI

N° utenti *over 65/over 75* con SAD e ADI attivati congiuntamente

Totale utenti *over 65/over 75* contemporaneamente in SAD e ADI

Area Trattamentale (giovani 14-24 anni)

Finalità

Definizione di un protocollo territoriale tra l'Azienda Sanitaria Locale di Varese, l'Azienda Ospedaliera e gli Enti Capofila degli Ambiti Territoriali della provincia di Varese per lo sviluppo del sistema di integrazione sociosanitaria e sociale in merito al trattamento e alla presa in carico di 1° e 2° livello dell'adolescente (14-24 anni)

Soggetti della rete coinvolti

1. Direzione Sociale ASL
2. Distretto socio-sanitario ASL
3. Ambito Territoriale dei Comuni associati
4. Azienda Ospedaliera
5. Consultorio Familiare pubblico
6. Consultorio privato-accreditato
7. Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile
8. Centro Psico-sociale
9. Ser.T
10. Servizio Sociale Comunale
11. U.S.S.M.

Per quanto attiene all' Area Trattamentale (giovani 14-24 anni) si procederà a:

- analizzare la situazione attuale ambito per ambito circa la dimensione del fenomeno a livello quali-quantitativo;
- verificare la praticabilità e la sostenibilità dei modelli di intervento presenti a livello territoriale;
- definire le linee guida generali finalizzate alla condivisione/sottoscrizione di un protocollo operativo relativo all'Area Trattamentale (giovani 14-24 anni).

Indicatore

Elaborazione delle linee guida;

n° incontri congiunti con Aree Distrettuali Sociosanitarie e Ambiti Territoriali → Almeno 6 incontri congiunti nel corso dell'anno 2015;

n° incontri con Uffici di Piano afferenti agli Ambiti Territoriali → almeno 6 incontri nel corso dell'anno 2015.

Area della Tutela Minorile

Finalità

Ridefinizione delle linee guida in tema di Tutela Minorile

Soggetti della rete coinvolti:

1. Direzione Sociale ASL
2. Distretto socio-sanitario ASL
3. Ambito Territoriale dei Comuni associati
4. Azienda Ospedaliera
5. Consultorio Familiare pubblico
6. Consultorio privato-accreditato
7. Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile
8. Centro Psico-sociale
9. Ser.T
10. Soggetti del privato-sociale accreditato nel campo del trattamento del minore
11. Servizio Tutela Minorile

Per quanto attiene all'Area della Tutela Minorile si procederà, in stretta connessione con il Dipartimento ASSI, ad individuare le aree di forza e di criticità relative alle linee guida del percorso di integrazione socio-sanitario in merito alla tutela del minore a livello territoriale.

Si procederà pertanto ad aggiornare il ruolo e i compiti definiti con i soggetti che fanno parte della rete indicata nelle linee guida *'Percorso diagnostico-terapeutico in materia di integrazione socio-sanitaria nell'area della tutela dei minori soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria* (Deliberazione del Direttore Generale dell'ASL di Varese del 26.06.2008 - n.396): Enti del privato-accreditato, Servizi Tutela Minori afferenti agli Ambiti Territoriali, Consultori Pubblici, del Privato-accreditato e Ser.T. afferenti all'ASL, Centri Psico-sociali e Neuropsichiatrie Infantili afferenti alle Aziende Ospedaliere.

Le linee guida più sopra richiamate, una volta aggiornate, dovranno essere declinate in specifici accordi da contestualizzarsi all'interno dell'articolazione della rete socio-sanitaria a livello di ambito territoriale.

Indicatore

Revisione delle linee guida *'Percorso diagnostico-terapeutico in materia di integrazione socio-sanitaria nell'area della tutela dei minori soggetti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria*

Lo sviluppo integrato della rete di intervento nelle aree sopra descritte necessita di luoghi, di tempi e di strumenti finalizzati a garantire una lettura condivisa dei fenomeni sociali (bisogni emergenti, appropriatezza delle risposte trattamentali, emersione della domanda implicita) e un coordinamento sinergico tra gli attori del welfare (raccordo tra organismi di coordinamento e tra servizi territoriali, contaminazione dei modelli di intervento, definizione di accordi operativi).

In tal senso occorre potenziare gli organismi di governo già identificati a livello regionale (**Cabina di Regia**) e formalizzare i luoghi di coordinamento territoriale eventualmente già presenti, rafforzandone il ruolo di motore dell'integrazione operativa (**Comitato per l'Integrazione Territoriale**).

LA CABINA DI REGIA DELL'ASL

Bilancio e prospettive dell'attività della cabina di regia

Funzioni e Composizione

Organo di Indirizzo

Composto dai membri della CABINA DI REGIA istituita con deliberazione del Commissario Straordinario dell'ASL di Varese n. 362 del 15 luglio 2013, con funzioni di indirizzo, governo e verifica degli interventi sociali e sociosanitari erogati dall'ASL e dai Comuni nell'ambito delle aree comuni di intervento, opportunamente integrato dai Direttori delle aree distrettuali socio sanitarie afferenti all'ASL di Varese.

La CABINA DI REGIA Organo di Indirizzo risulta composta da: tre rappresentanti dei Comuni (Sindaco o Assessore), tre rappresentanti degli Uffici di Piano, quattro funzionari della Direzione Sociale, tre rappresentanti dei Distretti Socio-Sanitari.

Organo Tecnico-Operativo

Composto dai membri dell'allora Organismo di Coordinamento Interdistrettuale (dodici Responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali dei Comuni associati) opportunamente integrato dai Direttori delle aree distrettuali socio sanitarie dell'ASL di Varese, con funzioni di coordinamento tecnico-operativo della programmazione degli interventi sociali e sociosanitari e di facilitazione dei processi organizzativi e di integrazione operativa degli stessi. La CABINA DI REGIA Tecnico-Operativo risulta composta da: dodici Responsabili degli Uffici di Piano o loro delegati, sei Direttori delle aree distrettuali socio sanitarie o loro delegati, tre funzionari della Direzione Sociale.

I membri dell'Organismo di Coordinamento Interdistrettuale e i Direttori delle aree distrettuali socio sanitarie dell'ASL hanno facoltà di individuare, quale partecipante, il referente tecnico più appropriato relativamente agli argomenti e alle misure di intervento oggetto delle convocazioni della CABINA DI REGIA.

Il raccordo tra il livello di indirizzo e quello tecnico della CABINA DI REGIA è garantito dalla Direzione Sociale dell'ASL di Varese attraverso le proprie unità operative.

L'integrazione socio-sanitaria nella provincia di Varese - *la Governance degli aspetti gestionali ed operativi*

A livello istituzionale si è proceduto a potenziare la CABINA DI REGIA ex DGR 326/2013 integrandola con la partecipazione dei Direttori delle Aree Distrettuali socio-sanitarie e con i Responsabili degli Uffici di Piano, ciò al fine di poter condividere gli indirizzi fondamentali dei processi di integrazione territoriale e di coinvolgimento degli attori del welfare locale come i Medici di Assistenza Primaria e i Pediatri di Famiglia.

Indicazioni generali per lo sviluppo del sistema di integrazione socio-sanitaria - *l'atto di indirizzo*

La costruzione dei processi e degli strumenti per giungere alla definizione dei percorsi diagnostici e assistenziali integrati e di *case management* integrato hanno tenuto in debito conto delle specificità territoriali, in tal senso il perimetro delle connessioni di rete, nella logica dell'integrazione sociosanitaria, è stato definito da appositi Patti Territoriali che derivano da un atto di indirizzo (*'Indicazioni generali per lo sviluppo del sistema di integrazione socio-sanitaria - approvato in sede di Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci in data 23 settembre 2014 e dalla CABINA DI REGIA - Organo di Indirizzo in data 27 ottobre 2014*) che ha definito gli obiettivi, gli strumenti, le risorse professionali, le procedure gestionali e valutative per la presa in carico integrata delle persone non autosufficienti.

Patti territoriali per l'integrazione di personale, per l'orientamento, la valutazione multidimensionale e multi-professionale del bisogno in ambito domiciliare - *La definizione delle risorse organizzative, delle procedure e delle risorse gestionali e di personale*

La 'CABINA DI REGIA - Organo di Indirizzo', ha proposto, d'intesa con i Distretti socio-sanitari e gli Ambiti Territoriali dei Comuni associati, di indire degli incontri regolari presso la Direzione Sociale della 'CABINA DI REGIA - Organo Tecnico-Operativo' finalizzati da una parte a studiare i percorsi operativi e gestionali di integrazione, individuando gli strumenti a sostegno del lavoro congiunto relativo alla valutazione multi-professionale, dall'altra a monitorare i processi di integrazione gestionali ed operativi in modo da garantire una pronta risposta ad eventuali criticità che dovessero palesarsi durante il percorso di accoglienza, di valutazione e di assistenza del cittadino.

Il 'Patto Territoriale' per l'integrazione sottoscritto tra l'ASL e gli Ambiti territoriali individua nelle Unità di Valutazione Multi-professionale il luogo e lo spazio in cui la collaborazione tra i diversi attori del sistema territoriale (Infermieri professionali ASL, Medici ASL, Medici di Assistenza Primaria, Pediatri di Famiglia, Assistenti Sociali ASL e Assistenti Sociali Comunali) ha la funzione di "garantire l'integrazione degli interventi evitando duplicazioni e assicurare l'appropriatezza assistenziale, evitando così la lievitazione dei costi".

Dal punto di vista dell'integrazione gestionale ed operativa sono stati incontrati i Responsabili degli Uffici di Piano e le assistenti sociali referenti degli Ambiti Territoriali congiuntamente ai Direttori delle Aree distrettuali socio-sanitarie e agli operatori dell'ADI per trattare ed analizzare gli obiettivi di collaborazione inserendoli in un arco temporale di breve e medio termine per la messa a regime, fatto salvo la pronta accoglienza e l'attivazione delle procedure per accogliere e soddisfare la richiesta del cittadino e della sua famiglia.

La Cabina di Regia - *La ricomposizione a livello provinciale*

All'inizio dell'anno 2014, alla luce delle indicazioni regionali relativamente all'integrazione sociale e socio- sanitaria, si è ritenuto di modificare l'articolazione organizzativa della CABINA DI REGIA (istituita con deliberazione del Commissario Straordinario dell'ASL di Varese n. 362 del 15 luglio 2013) mediante la deliberazione del Commissario Straordinario dell'ASL di Varese n. 59 del 6 febbraio 2014.

Le funzioni, la composizione, i temi trattati e in corso di approfondimento della Cabina di Regia 'Organo di Indirizzo' e 'Organo Tecnico-Operativo' sono descritti al punto **Bilancio e prospettive dell'attività della Cabina di Regia**.

Finalità

Potenziamento e affinamento delle attività della Cabina di Regia ex DGR 326/2013.

Nel corso dell'anno 2015 si procederà al potenziamento delle attività della Cabina di Regia mediante:

- L'adozione di un regolamento di funzionamento per rafforzarne la struttura organizzativa;
- L'affinamento delle procedure di validazione dei documenti e delle proposte di integrazione frutto del lavoro di confronto dei Comitati per l'Integrazione Territoriale;
- La diffusione a livello provinciale delle 'buone prassi' individuate.

La dinamica di indirizzo della Cabina di Regia dovrà contemperare sia le indicazioni che provengono dal livello locale (dinamica *bottom-up*) sia la capacità di orientare e indirizzare verso modelli omogenei a livello dell'intero territorio (dinamica *top-down*).

Indicatore

Adozione del regolamento di Funzionamento della Cabina di Regia- Organo di Indirizzo;

n° incontri della Cabina di Regia- Organo di Indirizzo nei quali vengono approvati i documenti inerenti la programmazione degli interventi sociali e i documenti relativi all'integrazione sociosanitaria → N° documenti approvati / N° documenti presentati = a 1

GLI STRUMENTI PER L'INTEGRAZIONE

Comitato per l'Integrazione Territoriale (C.I.T.) - una regia territoriale dei processi di integrazione

Presso ciascun Ambito Territoriale verrà istituito il 'Comitato per l'Integrazione Territoriale' composto dal Responsabile dell'Ufficio di Piano, dal Direttore del Distretto Socio-sanitario o loro delegati e dagli attori del welfare che ogni territorio riterrà utile far partecipare (Servizi afferenti all'Azienda Ospedaliera, Medici di Assistenza Primaria, Enti del Privato-sociale, etc.).

Cardine del lavoro di confronto sarà il perfezionamento delle procedure operative relative all'integrazione degli interventi a carattere sociosanitario delle aree sopraccitate.

Gli attori del welfare locale, mediante incontri ad hoc, definiranno l'intensità dell'integrazione e la sua sostenibilità all'interno dell'area sistema.

Il lavoro di confronto a livello locale troverà sintesi a livello della Direzione Sociale e della Cabina di Regia - Organo di Indirizzo e Tecnico-Operativo.

Il Comitato per l'Integrazione Territoriale (C.I.T.) si può configurare come l'articolazione territoriale della Cabina di Regia la cui opera di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi necessita di una forte declinazione locale dei percorsi di assistenza socio-sanitaria.

La Direzione Sociale organizzerà pertanto degli incontri ad hoc con i Comitati per l'Integrazione Territoriale finalizzati ad affrontare eventuali criticità e al perfezionamento delle procedure operative relativamente all'integrazione degli interventi a carattere socio-sanitario afferenti alle aree più sopra identificate.

Indicatore

Attivazione del Comitato per l'Integrazione Territoriale in almeno 6 Distretti socio-sanitari nel corso dell'anno 2015.

Percorso di ricerca-intervento - *La forma-azione continua*

Si procederà ad attivare un percorso di accompagnamento con gli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali e con i Distretti socio-sanitari al fine di:

- rappresentare le aree di integrazione su cui concentrare il processo di approfondimento e valutazione dei percorsi di integrazione socio-sanitaria ricompresi negli eventuali accordi territoriali.
- analizzare la situazione attuale relativamente alle collaborazioni in essere così come configurate nella nuova triennalità della programmazione zonale ed in riferimento al patrimonio di conoscenze quali-quantitative in possesso dell'ASL, degli Ambiti Territoriali e dell'Azienda Ospedaliera.
- individuare specifici interventi e obiettivi all'interno dell' area di integrazione su cui lavorare nell'ambito del Comitato per l'Integrazione Territoriale e a livello di Direzione Sociale - Cabina di Regia;
- attivare Gruppi di Lavoro ad hoc con i tecnici degli Uffici di Piano finalizzati ad individuare il grado di omogeneità/eterogeneità di ogni Ambito territoriale relativamente:
 - *all'offerta di servizi e interventi sociali;*
 - *ai criteri per l'accesso ai servizi;*
 - *alle regole che definiscono la compartecipazione al costo dei servizi da parte dei cittadini.*

La nuova programmazione zonale dovrà essere orientata ad una definizione il più possibile puntuale dei livelli di integrazione delle risorse all'interno di ogni singolo Ambito Territoriale, va quindi esplicitato in quale settore di intervento è prioritario una gestione comune dei finanziamenti e tra quali attori del welfare locale.

Indicatore

Attivazione entro il mese di maggio 2015 del percorso di accompagnamento 'forma-azione' agli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali dei Comuni associati e ai Distretti socio-sanitari ASL.

Di seguito vengono riportate N.3 tabelle relative all'individuazione degli obiettivi e delle azioni condivise per la realizzazione dell'integrazione sociale e sociosanitaria:

- *Tabella 1 - INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - Il Comitato per l'Integrazione Territoriale;*
- *Tabella 2 - PROTOCOLLI OPERATIVI - Le aree di integrazione possibile;*
- *Tabella 3 - PERCORSO DI ACCOMPAGNAMENTO FORMATIVO - La ricerca-intervento.*

Tabella 1 - INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA - Il Comitato per l'Integrazione Territoriale

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
Istituzione del Comitato per l'Integrazione Territoriale (Operatori Distretto socio-sanitario e Ambito Territoriale)	Strategico	Azione di sistema	Analisi e condivisione dei processi di integrazione già in atto e loro implementazione nel triennio nell'ambito della Cabina di regia - Organo di Indirizzo e Tecnico-Operativo	Professionali afferenti all'ASL, all'A.O. e agli Enti Locali	Incontri cadenzati tra Distretto Socio-sanitario ASL, Servizi afferenti all'Azienda Ospedaliera e Servizi afferenti Enti Locali, Incontri a livello centrale con Direzione Sociale	Costituzione del Comitato Territoriale per l'Integrazione a livello distrettuale	Costituzione del C.T.I. in almeno il 50% dei distretti	Numero riunioni effettuate dal C.T.I.	Triennio 2015-2017

Tabella 2 - PROTOCOLLI OPERATIVI- Le aree di integrazione possibili

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
Definizione di Protocolli Operativi sulle aree di integrazione identificate nella programmazione zonale	Specifico	Azione di sistema	Analisi e condivisione delle linee guida, dei processi operativi, delle prassi in uso circa l'area della non autosufficienza, l'area trattamentale giovani adulti e l'area minorile	Professionali afferenti all'ASL, all'A.O. e agli Enti Locali	Incontri cadenzati tra Distretto Socio-sanitario ASL, Servizi afferenti all'Azienda Ospedaliera e Servizi afferenti Enti Locali, Incontri a livello centrale con Direzione Sociale e Direzione Sanitaria. Partecipazione agli Organismi di coordinamento di Neuropsichiatria e Psichiatria.	Numero di Linee guida e protocolli operativi rivisitati e ridefiniti nell'ambito degli organismi previsti dalla Direzione Sociale e dalla Direzione Sanitaria e nell'ambito degli Organismi di coordinamento dell'ASL e dell'A.O. e del costituendo Comitato Territoriale per l'Integrazione.	Definizione di almeno 3 protocolli operativi generali e della loro modulazione territoriale in almeno il 50% degli ambiti territoriali.	Numero riunioni effettuate dagli Organismi di Coordinamento, dal C.T.I. e dalla Cabina di Regia finalizzati alla definizione dei protocolli operativi.	Triennio 2015-2017

Tabella 3 - PERCORSO DI ACCOMPAGNAMENTO FORMATIVO - La ricerca-intervento

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
Accompagnamento formativo di formazione-azione	Specifico	Intervento formativo	Analisi e condivisione dei processi di integrazione già in atto e loro implementazione nel triennio nell'ambito dei lavori di gruppo con operatori dell'Ambito Territoriale e del Distretto socio-sanitario	Professionali afferenti all'ASL e agli Enti Locali Docente esterno accreditato ASL	Gruppi di lavoro su tematiche specifiche - lezioni frontali - didattica attiva con lavoro in piccolo gruppo - Analisi di casi	Attuazione del percorso formativo con elaborazione di un documento che contenga le linee guida relative agli argomenti trattati	Produzione di almeno 1 documento/protocollo inerente l'integrazione socio-sanitaria	Partecipazione all'80% delle giornate formative Raccolta firme presenza Presentazione documento/protocollo alla Cabina di Regia per la validazione	Anno 2015

L'Unità di Valutazione Integrata - La Multi-professionalità

I referenti dell'UVM (Unità di Valutazione Multi-professionale) sono stati identificati nel Direttore dell'Area Distrettuale socio-sanitaria e nel Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale dei Comuni associati o loro delegati.

Le funzioni dell'unità di valutazione multi-professionale possono essere così sintetizzate:

- *raccoglie sia le richieste dei diretti interessati/famiglie sia le segnalazioni dei servizi presenti sul territorio di situazioni di persone in condizioni di fragilità con un alto grado di complessità assistenziale;*
- *verifica l'attivazione del piano terapeutico-assistenziale individualizzato e integrato;*
- *aggiorna e rivaluta il piano terapeutico-assistenziale individualizzato e integrato relativamente alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali che dovessero rendersi necessarie e promuove l'attivazione di interventi complementari a sostegno della domiciliarità;*
- *orienta la persona e i suoi familiari verso la scelta assistenziale ritenuta più appropriata;*
- *informa sulle procedure in atto per l'accesso a servizi e provvidenze destinati a persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità;*
- *si interfaccia con le strutture sanitarie per facilitare i percorsi di diagnosi e cura anche al fine di facilitare la continuità assistenziale in fase di dimissioni ospedaliere.*

Il portale ADIWEB - l'implementazione del sistema e la formazione degli operatori - Verso il 'Portale della Domiciliarità'

ADIWEB è il Portale informatico condiviso tra gli Ambiti Territoriali dei Comuni associati e le Aree Distrettuali socio-sanitarie dell'ASL.

L'utilizzo del portale ADIWEB da parte degli operatori afferenti all'Unità di Valutazione Multi-professionale è una delle condizioni essenziali per consentire l'attivazione del processo di integrazione assistenziale.

L'operatività del portale ADIWEB consente lo scambio reciproco, tramite apposite funzioni di avviso, delle informazioni relative al processo assistenziale tra gli operatori del Distretto socio-sanitario, gli operatori dei Servizi Sociali dei Comuni, i Medici di Assistenza Primaria e i Pediatri di Famiglia.

I dati inseriti in ADIWEB consentono di configurare il Fascicolo Sociale Integrato e di redigere la specifica gestionale del piano terapeutico-assistenziale individualizzato e dei servizi sociali e socio-sanitari attivati.

Il portale ADIWEB contempla, inoltre, gli elementi per ottemperare al debito informativo attraverso il monitoraggio quali-quantitativo.

Nel corso dell'anno 2014 sono state attivate, da parte degli operatori della Direzione Sociale, delle giornate di formazione rivolte al personale sociale degli Ambiti Territoriali per affinare la gestione del portale ADIWEB e degli strumenti in esso presenti (Fascicolo Sociale Integrato).

Gli adeguamenti del portale ADIWEB, come l'inserimento delle scale ADL e IADL e gli aggiornamenti che via via si rendono necessari saranno supportati da apposita formazione garantita dalla Direzione Sociale e rivolta agli operatori degli Ambiti Territoriali.

L'attuazione del Patto Territoriale - *le buone prassi*

Verrà attivato nel primo semestre 2015 un percorso di 'formazione-azione' con gli Ambiti Territoriali e i Distretti Socio-sanitari finalizzato all'individuazione di indicatori di processo relativi alle attività oggetto di integrazione (Valutazione Multi-professionale in ambito domiciliare).

Nel percorso di 'formazione-azione' verranno analizzati, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- ⇒ *analisi e confronto circa le modalità operative e le procedure indicate nel 'Patto Territoriale' tra Ambito Territoriale e ASL;*
- ⇒ *condivisione dei livelli sostenibili di integrazione sociosanitaria (Processo di Valutazione Multi-professionale) con eventuale ri-determinazione delle risorse umane ed organizzative a disposizione di ogni singolo territorio;*
- ⇒ *lettura dei dati di contesto;*
- ⇒ *verifica del funzionamento delle Unità di Valutazione Multi-professionale;*
- ⇒ *monitoraggio integrazione interventi nella logica del budget di cura;*
- ⇒ *sviluppo delle prassi operative finalizzate all'integrazione delle competenze sociali e socio-sanitarie e all'implementazione del processo di presa in carico (prendersi cura) della persona con fragilità.*

Accesso e utilizzo del portale informatico ADIWEB - *Lo scambio informativo*

Si procederà a verificare l'utilizzo da parte degli Ambiti Territoriali del portale ADIWEB relativamente all'utenza in carico (Cittadini che beneficiano delle misure previste dai provvedimenti attuativi di cui alle DD.GG.RR. n. 2655/2014, n.2942/14 e n.2942/2014) mediante il monitoraggio del numero di cittadini registrati con modalità informatizzata tramite ADIWEB ed il monitoraggio dell'utilizzo del portale ADIWEB da parte degli operatori a livello di Ambito Territoriale.

In sede di Cabina di Regia - Organo Tecnico-Operativo verrà individuato un indicatore di esito sull'utilizzo del portale ADIWEB relativamente alle Misure previste dalle DD.GG.RR. 2883/2014; 2655/2014 e 2942/2014.

Sono previste entro il primo semestre 2015 delle sessioni di aggiornamento formativo rivolto agli operatori afferenti agli Ambiti territoriali sull'utilizzo del portale ADIWEB soprattutto per le novità introdotte nel sistema informativo.

Ci si attende che in almeno il 70% degli ambiti territoriali, per le misure più sopra richiamate, vi sia un utilizzo completo del portale ADIWEB (inserimento dei dati relativi al cittadino e ai servizi attivati) a fine anno 2015.

GLI INTERVENTI DISTRETTUALI RELATIVI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

AREA NON AUTOSUFFICIENZA

Comuni	N. persone over 65	N. contrassegno disabili rilasciati
Arcisate	2032	600
Induno Olona	2347	405
Saltrio	693	156
Clivio	487	71
Viggiù		
Porto Ceresio		
Brusimpiano		
Cuasso al Monte		
Bisuschio		
Cantello		
Besano		

Il gruppo di lavoro si è riunito e ha lavorato con l'obiettivo di individuare le linee di programmazione per il prossimo triennio 2015/2017 a livello distrettuale per l'area della non autosufficienza.

Per far ciò il gruppo ha analizzato le risorse territoriali esistenti, i servizi che ciascun Comune dell'ambito territoriale di Arcisate eroga in favore dell'utenza disabile e non autosufficiente, nonché le modalità operative che vengono utilizzate da ciascuno.

Il gruppo ha inteso individuare quale target di utenza del proprio lavoro le persone non autosufficienti allargando il bacino di utenza, non solo alla fascia adulta e anziana della popolazione ma includendo anche i minori di età.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Dopo una valutazione delle situazioni di ogni Comune appartenente al Distretto di Arcisate è emerso che:

- ❖ Il servizio di assistenza domiciliare è presente in tutti i Comuni del distretto. L'accesso dell'utenza avviene mediante contatto diretto dell'utente, di un suo familiare o di altri servizi territoriali (es. Cps, medico curante, ospedale...). L'assistente sociale valuta la situazione effettuando una verifica dei requisiti di accesso (certificazioni mediche ed economiche) ed in quasi tutti i Comuni procede ad effettuare una visita domiciliare per approfondire la conoscenza dell'utente e concorda il progetto di intervento. In alcuni casi la visita viene effettuata in collaborazione con l'operatore che svolgerà la prestazione a domicilio.
- ❖ L'attivazione del servizio viene fatta in quasi tutti i casi compilando apposita modulistica ed allegando la dichiarazione ISEE del nucleo familiare beneficiario, utile per determinare la tariffa di compartecipazione al costo del servizio, ad eccezione del Comune di Induno Olona che eroga il SAD in maniera gratuita e pertanto non richiede il calcolo ISEE. Alcuni comuni danno accesso prioritario e/o esclusivo ai disabili gravi che presentano certificati di invalidità e di handicap grave (L. 104/92 art. 3 c. 3).
- ❖ Il servizio è gestito da tutti i Comuni, tranne Induno Olona, mediante appalto o affidamento diretto. Il Comune di Induno Olona gestisce direttamente, con proprio personale, il SAD anziani e disabili; il SAD disabili gravi è invece gestito mediante appalto.
- ❖ Il monitoraggio avviene mediante visite domiciliari o colloquio, contatti con operatori ASA, coordinatore cooperativa, riunioni d'equipe ed operatori del territorio.

ASSISTENZA EDUCATIVA

L'assistenza educativa viene concessa a seguito di istanza della famiglia, della scuola o di altri servizi del territorio. La domanda deve essere corredata da diagnosi funzionale o da certificato di invalidità civile o certificati medici rilasciati dalla UONPIA.

Tale prestazione viene riconosciuta a:

- *soggetti portatori di handicap, sia in età pre-scolare che scolare;*
- *soggetti che abbiano concluso l'obbligo scolastico e che non possiedono un'autonomia per avviare un percorso di inserimento lavorativo;*
- *soggetti gravissimi impossibilitati a frequentare centri diurni e riabilitativi.*

L'Assistente sociale redige un progetto individualizzato di intervento con la famiglia, la scuola, l'educatore, la UONPIA ed altri servizi territoriali.

Si effettuano monitoraggi mediante contatti periodici con gli operatori, anche attraverso riunioni d'equipe tra gli attori.

Il servizio è sempre appaltato o direttamente da ciascun comune o mediante la Comunità Montana del Piambello o voucher con fondi comunali.

Per l'attivazione di questo servizio non vengono richiesti redditi. L'intervento è erogato in forma gratuita per l'utente, sia quello scolastico ai sensi della normativa vigente, sia quello domiciliare.

FREQUENZE NEI SERVIZI DIURNI E RESIDENZIALI PER DISABILI E ANZIANI

L'accesso al servizio avviene mediante contatto diretto dell'utente, di suo familiare o di altri servizi territoriali (es. Cps, medico curante, ospedale...). L'Assistente sociale valuta la situazione effettuando una verifica dei requisiti di accesso (certificazioni mediche ed economiche) e concorda il progetto di intervento.

Viene sempre richiesta la presentazione del calcolo ISEE riservandosi di valutare diverse forme di intervento e sostegno in accordo con i familiari.

Da questa analisi sono emersi alcuni elementi di criticità o di non uniformità sul territorio e che sarebbe interessante approfondire con i servizi sanitari:

- *confronto operativo con il servizio fragilità: per una maggiore sinergia sul territorio*
- *definizione modalità di collaborazione con il CPS*
- *servizio trasporto disabili: idea di un servizio di trasporto sovracomunale per l'accesso ai centri più frequentati*

In definitiva l'obiettivo per il triennio è:

- *creare un'offerta di servizi dedicati a persone non autosufficienti omogenea sul territorio del Distretto di Arcisate*
- *garantire una modalità uniforme nelle modalità di accesso ai servizi in favore di persone non autosufficienti*
- *standardizzare le procedure operative di presa in carico, progettazione e monitoraggio delle singole situazioni*
- *creare canale di comunicazione, collaborazione e scambio con i servizi socio-sanitari del territorio*

Azioni da intraprendere

- *fornire informazioni omogenee e complete ai cittadini del Distretto attraverso la creazione/definizione di una carta dei servizi offerti dai singoli Comuni e relativi materiali divulgativi*
- *istituire un tavolo di monitoraggio, con cadenza bimestrale, composto dagli operatori che si occupano di erogare i servizi in favore delle persone non autosufficienti, al fine di omogeneizzare le procedure e costituire un osservatorio privilegiato*

Risorse impiegate: Assistenti sociali dei Comuni/operatori amministrativi dei Servizi sociali

Indicatore/modalità di misurazione:

- *numero di accessi*
- *numero di casi presi in carico*
- *numero di azioni intraprese*
- *numero di ore di assistenza erogate*

Tempistica: Triennio 2015/2017

LA PROGRAMMAZIONE LOCALE

I SERVIZI ASSOCIATI

Servizio Tutela Minori

Il servizio Tutela Minori si occupa della presa in carico di situazioni di famiglie con minori nelle quali sia coinvolta l'Autorità Giudiziaria. L'accesso al servizio avviene unicamente tramite richiesta da parte di uno dei Comuni della Valceresio.

Le Assistenti Sociali dipendono dalla Comunità del Piambello e sono in totale n.3 per un totale di n. 72 ore settimanali.

Le prestazioni psicologiche e l'attività di segreteria sono state appaltate e sono in affidamento alla cooperativa *Unison* di Gallarate fino al 30.06.2015.

Obiettivo: mantenere il servizio tutela minori a livello associato, modificando le prestazioni da esternalizzare: l'attività di segreteria deve essere svolta dall'Ufficio di Piano e deve essere affidato all'esterno unicamente il servizio psicologico.

Azioni:

- elaborazione nuovo capitolato di appalto per le attività da esternalizzare per il periodo da Giugno a Dicembre 2017;
- assunzione di n.3 assistenti sociali per un totale di n.72 ore settimanali di attività.

Risorse: il servizio è finanziato in parte con la quota messa a disposizione dai Comuni ed in parte dal fondo nazionale politiche sociali.

L'analisi del servizio viene inserita all'interno del successivo paragrafo relativo agli interventi per minori e famiglie.

Centro Diurno Disabili

Il Centro Diurno Disabili è una struttura semi residenziale che si occupa dell'accoglienza durante il giorno persone con grave disabilità di età superiore a 18 anni e previa autorizzazione da parte dell'ASL anche di ragazzi con un'età inferiore. L'accesso al servizio avviene unicamente tramite richiesta da parte di uno dei Comuni della Valceresio.

La titolarità del servizio è in capo alla Comunità Montana del Piambello a cui è intestata l'autorizzazione al funzionamento e l'Accreditamento del Centro per un totale di n. 30 posti.

La finalità del servizio è quella di migliorare la qualità della vita delle persone disabili, agevolandone l'integrazione e la socializzazione.

Il servizio è in appalto alla Cooperativa *Codess* fino al 30.06.2015.

Beneficiano del servizio n. 21 utenti provenienti da tutti i Comuni del Distretto ad eccezione di Porto Ceresio.

Obiettivo: mantenere la gestione associata del servizio per tutta la durata della nuova programmazione.

Azioni: elaborazione nuovo capitolato di appalto e affidamento del servizio per n.3 anni, sulla base delle nuove indicazioni regionali.

Risorse: parte dei costi del servizio sono coperti dal fondo sanitario regionale, la quota rimanente è finanziata dai comuni e ripartita per il 50% sul numero di abitanti dei singoli comuni ed il restante 50% sul numero di utenti.

Trasporto disabili

Il servizio garantisce l'accompagnamento al centro diurno "La Sacra Famiglia" di Cocquio Trevisago di persone disabili residenti in Valceresio.

E' previsto un giro al mattino per l'andata e uno nella seconda metà del pomeriggio per il ritorno, il viaggio dura circa 1 ora mezza se si considera la partenza dalla sede della Comunità Montana fino all'arrivo al centro di Cocquio.

Il pulmino attrezzato per il trasporto di persone disabili è un FIAT NUOVO DUCATO COMBINATO 33 MH2 PASSO MEDIO TETTO ALTO 2.3 MULTIJET a 9 posti di cui 2 carrozzine è di proprietà della Comunità Montana del Piambello che lo ha acquistato nell'anno 2008 con i soldi del Piano di zona di Arcisate.

Il servizio è affidato fino al 31.03.2015 alla Cooperativa "Arcisate Solidale".

Beneficiano attualmente del servizio n.5 utenti di Arcisate e n.2 di Induno Olona.

Obiettivo: confermare la gestione associata del servizio fino al 31.12.2017 cercando di trovare delle modalità per ridurre i costi del servizio di accompagnamento.

Azioni: appaltare il servizio di trasporto fino al 31.12.2017. Ricercare volontari, stagisti o altre modalità per ridurre il più possibile i costi per il servizio di accompagnamento.

Risorse: il servizio è pagato dai Comuni, il 50% del costo è coperto dai Comuni con una quota per abitanti, mentre il restante 50% viene suddiviso sulla base del numero di utenti.

Sportello per Amministratore di Sostegno

All'interno del CDD viene garantito lo *Sportello Amministratore di Sostegno di Saltrio*, coordinato dal *Comitato Varese AdS - rete di tutela dei diritti*, dove ottenere:

- *informazioni in merito all'Amministrazione di Sostegno;*
- *consulenza nella compilazione del ricorso da presentare presso il Tribunale di competenza e compilazione dell'istanza.*

Il servizio è gestito da due operativi che hanno partecipato alle riunioni della rete distrettuale AdS.

Il servizio funziona su appuntamento, chiunque desideri accedere allo sportello può contattare gli operatori addetti via mail all'indirizzo: adsaltrio@gmail.com o telefonicamente al numero 331.7417035, per i contatti telefonici è definito un tempo specifico che corrisponde al LUNEDI' - MERCOLEDI' - VENERDI' dalle 10.30 alle 15.00.

Da quando è stato aperto (Novembre 2013) lo sportello ha accolto: 1 richiesta informativa e n. 2 ricorsi seguiti ed inoltrati in Tribunale.

Obiettivo: far conoscere il ruolo dell'amministratore di sostegno, le modalità per la sua attivazione ed il servizio offerto dallo sportello.

Azione: far conoscere agli utenti dei servizi per disabili ed anziani del distretto la figura dell'AdS ed il servizio offerto dallo sportello.

Risorse: personale che opera nello sportello e Assistenti sociali dei comuni dell'ambito distrettuale.

Indicatore: numero di contatti ricevuti dallo sportello in rapporto a quelli dell'anno precedente

Modalità di misurazione: indicatore annuale e di fine triennio

Tempi: dicembre 2017

Il servizio adozioni

Il servizio è delegato all'ASL di Varese per la prestazioni delle assistenti sociali in quanto le prestazioni psicologiche sono già di competenza della stessa ASL.

Secondo la metanalisi di Marinus H. van IJezendoorn and Femmine Juffer il 33% dei bambini adottati ha attaccamenti disorganizzati, rispetto al 14% dei non adottati.

Ciò significa che un terzo dei bambini adottati rientra nell'ampia cornice diagnostica dei disordini dell'attaccamento strettamente correlata alle esperienze traumatiche vissute prima dell'adozione, nel contesto della famiglia biologica o in quella sostitutiva o nel contesto istituzionale.

Il rischio è che le famiglie adottive siano esposte ad un carico emotivo e relazionale complesso, trovandosi ad essere oggetto di comportamenti e reazioni difficili da gestire e contenere, oltre che da comprendere.

Per questo motivo è ***fondamentale per il distretto la presenza di un'associazione di famiglie adottive: AFAIV*** che ha il compito di sostenere le stesse famiglie in tutto il percorso di accoglienza e cura dei bambini adottati.

Il segretariato sociale

Tale servizio viene inserito tra i servizi associati non perché si intende proporre un ampliamento dei Comuni che afferiscono al servizio sociale associato garantito dalla Comunità Montana, ma perché si ritiene che tutti i servizi sociali afferenti agli undici comuni dell'ambito distrettuale, devono garantire il segretariato sociale perseguendo obiettivi e modalità omogenee (cosa peraltro già garantita da tutti i comuni che aderiscono al servizio sociale della Comunità Montana).

Il **Segretariato Sociale** come anche richiamato dalla L. 328/2000, è considerato il primo servizio pubblico di contatto con il cittadino, che offre informazioni, orienta la domanda di servizi e prestazioni, legge il bisogno e lo indirizza verso la risposta ritenuta più pertinente.

In particolare l'attività di segretariato è finalizzata a garantire:

- ✓ *unitarietà d'accesso*
- ✓ *capacità di ascolto*
- ✓ *funzioni di orientamento*
- ✓ *funzioni di filtro*
- ✓ *funzioni di osservatorio e monitoraggio dei bisogni e delle risorse*
- ✓ *funzioni di trasparenza e di fiducia nei rapporti tra cittadini e servizi*

COMUNE	NUMERO ABITANTI AL 31/12/2014	ORE SETTIMANALI DI ATTIVITÀ DELLE ASSISTENTI SOCIALI	ORE SETTIMANALI DI ATTIVITÀ DEL PERSONALE AMMINISTRATIVO
ARCISATE	9.984	54	36
BESANO	2.583	15	
BISUSCHIO	4.340	30	
BRUSIMPIANO	1.224	5	
CANTELLO	4.684	30 *	
CLIVIO	1.967	14	
CUASSO AL M.	3.644	13	
INDUNO OL.	10.354	60	36 *
PORTO C.	3.004	24	24
SALTRIO	3.041	22	22
VIGGIU'	5.308	36 *	18

* operatori che si occupano anche dell'area pubblica ed istituzionale e/o di altre aree

Il gruppo di lavoro ha cercato di indagare su quest'area di lavoro e sulle metodologie utilizzate da ciascun servizio al fine di arrivare, nell'arco del triennio 2015-2017, alla definizione metodologica di **Punto Unico Raccordo Informativo**.

Con questa locuzione intendiamo ai sensi della L.R. n. 3/2008 e successivi provvedimenti, uno spazio fisico o virtuale a favore dell'utenza in cui poter disporre di tutte le informazioni necessarie al fine di orientare ed agire procedure nel panorama dei servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e politiche attive del lavoro.

Tale modalità è raggiungibile solo attraverso un confronto diretto tra i vari attori e protagonisti della rete dei servizi socio-sanitario-assistenziali, sia del privato sia del pubblico.

Le informazioni e le risorse gestite ed in possesso dei singoli servizi territoriali (Asl, Centri per l'impiego, Inps, privato sociale...) risultano altamente frammentate e disperse e pertanto, si rileva il bisogno di una riconduzione a tutti i nodi della rete delle informazioni disponibili.

In questo senso il Punto Unico Raccordo Informativo sembra rappresentare una opportunità, ma solo se sostenuta da spazi di forte comunicazione e integrazione tra tutti gli attori della rete.

In sintesi l'obiettivo per il triennio è: costituzione di una rete interna ed elaborazione di strumenti operativi finalizzati alla raccolta e diffusione di informazioni

azioni: incontri periodici

risorse impiegate: Ufficio di piano, Assistenti sociali comunali

indicatore: sussistenza dello strumento, soddisfazione percepita dagli operatori

modalità di misurazione: verifiche periodiche

tempistica entro il triennio

Ulteriore obiettivo che il gruppo di lavoro si è dato, è di creare una omogeneità sull'intero territorio del distretto circa le modalità di accesso e di raccolta dati. Tale bisogno è emerso in maniera uniforme da parte di tutte le assistenti sociali del distretto.

Dai dati raccolti è emerso che ciascun servizio sociale comunale dedica circa un terzo dell'orario di lavoro del proprio personale all'attività di Segretariato Sociale.

Ciascun servizio ha individuato un momento specifico dedicato all'attività di Segretariato Sociale, condotto sia su libero accesso dell'utenza sia previo appuntamento con l'assistente sociale.

Nei Comuni di maggiori dimensioni, dove è presente personale amministrativo in supporto alle attività dell'ufficio servizi sociali, l'attività informativa ed il primo accesso possono essere svolti da questa figura oltre che dall'assistente sociale.

L'approccio che ciascun servizio utilizza si differenzia per metodologia e strumenti (scheda sociale di segretariato, diario personale, cartella sociale). L'utilizzo di tali strumenti è limitato ad un uso funzionale interno; nessuna riflessione è mai stata fatta a livello distrettuale in un'ottica di un

osservatorio condiviso e di senso comune, per esempio: diritto di cittadinanza, luogo istituzionale di mandato sociale, organizzativo, professionale.

Il gruppo si è concentrato, pertanto, sull'elaborazione di uno strumento condiviso che possa facilitare la riflessione su tali aspetti del lavoro.

Secondo obiettivo per il triennio è: creare omogeneità sull'intero territorio del distretto circa le modalità di accesso e di raccolta dati

azioni: elaborazione di una scheda di segretariato sociale finalizzata alla rilevazione accessi

risorse impiegate professionali Ufficio di piano, Assistenti sociali comunali

indicatore: presenza dello strumento, adozione da parte dei diversi comuni

modalità di misurazione: conteggio

tempistica nel primo biennio del PDZ

L'obiettivo ambizioso che il gruppo di lavoro si pone è di giungere nel triennio ad un osservatorio sulla domanda espressa dalla cittadinanza e la rilevazione dei bisogni, in grado di dare informazioni univoche sulla riprogettazione degli interventi in campo sociale.

Terzo obiettivo per il triennio è: osservatorio sulla domanda espressa

azioni: analisi dei dati raccolti attraverso l'adozione dello strumento di cui all'obiettivo precedente

risorse impiegate: professionali, informatiche per l'elaborazione dati

indicatore: numero e tipo dati raccolti, trasmissione e condivisione dati a livello distrettuale

modalità di misurazione: numero schede compilate

tempistica: entro il triennio

INTERVENTI RIVOLTI AI MINORI E ALLA FAMIGLIA

Il gruppo di lavoro ha inteso approfondire ed analizzare la realtà delle famiglie con minori sul territorio del Distretto di Arcisate, interrogandosi su quale sia stato l'esito delle attività previste dai precedenti Piani di Zona.

La lettura dei dati macro a nostra disposizione e cioè quelli di ISTAT (censimento 2011), Osservatorio Regionale e Osservatorio Regionale Minori potrebbe delineare una disparità tra quanto percepito a livello territoriale e il quadro ufficiale tratteggiato dalle banche dati citate, in ragione della mancanza di dati certi riferiti all'anno 2014 riguardo alla situazione di difficoltà socio economica delle famiglie che siano comparabili con il periodo precedente.

Matrimoni e separazioni - una panoramica nazionale

Dati Istat a livello nazionale relativi al periodo 2007/2011:

- separazioni - da 81350 a 88797
- divorzi - da 50669 a 53806

Rispetto al 1995 le separazioni sono aumentate di oltre il 68% e divorzi sono praticamente raddoppiati. Tali incrementi osservati in un contesto in cui i matrimoni diminuiscono sono imputabili ad un effettivo aumento alla propensione della rottura dell'unione coniugale.

Il 72% delle separazioni ed il 62% dei divorzi, hanno riguardato coppie con figli avuti durante il matrimonio. Il 90.3% delle separazioni di coppie con figli ha previsto l'affido condiviso.

Nel 19.1% delle separazioni è previsto un assegno mensile per il coniuge (nel 98% dei casi corrisposto dal marito). Tale quota è più alta al Sud del Paese mentre al Nord si attesta al 16%. Gli importi dell'assegno mensile sono, al contrario, mediamente più elevati al Nord (con un ammontare medio di 562.4€) che nel resto del Paese (514.7€).

Dal macro al micro: la situazione nel Distretto di Arcisate (dati riferiti all'anno 2014)

Famiglie residenti: **21.018**

Famiglie seguite solo dal servizio sociale comunale per situazioni di difficoltà con minori (esclusi interventi sulla disabilità e di difficoltà economica): **77**

Minori 0/15 anni, residenti nell'anno 2010: totale **7584**, di cui:

N. MINORI	
0-5	n. 2878
6-10	n. 2346
11-15	n. 2340
16-20	n. 2414

SERVIZI COMUNALI

Asili nido/micro nidi/asili famiglia	3	pubblico	<i>Capienza n°140 posti circa</i>
	1	privato	<i>Capienza circa 66 posti</i>
Servizi di doposcuola comunali scuole materne	2	pubblici	
Servizi di doposcuola comunali scuole elementari	3	2 pubblici	
		1 privato	
Servizi di doposcuola comunali scuole medie	2	privati	
Altri servizi diurni/pomeridiani	2	C.A.G.	
GRUPPI/ASSOCIAZIONI FAMILIARI SUL TERRITORIO	11	Comitati genitori per la scuola	
	2	Associazioni di aiuto alla vita e alla maternità	
	1	Associazione famiglie adottive	
SPORTELLI TEMATICI/PROGETTI EX 285/ALTRO	7	Sportelli counselling psicopedagogici nelle scuole	
	1	Ricomincio da te	

COSA SERVIREBBE SUL TERRITORIO PER I MINORI A RISCHIO?

- ❖ *Progetti di educativa di strada*
- ❖ *Progetti educativi a ragazzi e genitori e sostegno psicologico*
- ❖ *CAG / spazi diurni minori*
- ❖ *Centri diurni ad alta valenza educativa*

Il servizio sociale professionale comunale, presente in ciascun Comune, viene interpellato in maniera crescente di fronte alle problematiche educativo - relazionali e sociali dei minori e vede un numero in aumento di situazioni da gestire non soggette a disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.

La complessità di questi casi è tuttavia tale da dover coinvolgere le assistenti sociali dei Comuni, attraverso un grosso investimento relazionale, fiduciario e di consenso con la famiglia, in un massiccio lavoro di integrazione degli aspetti di natura educativa, psicologica nonché giudiziaria. Tale situazione può rendere particolarmente complesso e delicato l'invio del caso e la conseguente presa in carico e trattamento da parte della Tutela Minori.

Sul piano educativo i Comuni, per lo più con propri fondi, riescono a garantire servizi di tipo educativo, domiciliare e scolastico.

Quale unico servizio di prevenzione del disagio familiare e dei minori permane ancora sul territorio a carico di alcuni Comuni lo sportello di counselling psicopedagogico.

Da un punto di vista numerico, dalla ricognizione svolta emergono le seguenti situazioni di presa in carico:

- Servizi comunali:
 - ⇒ Minori in attesa di decreto (già segnalati o con indagine conclusa): 15
 - ⇒ Minori in carico per interventi preventivi: 53
 - ⇒ Minori in carico post decreto o ritorni 9

- Tutela minori a seguito di decreto dell'Autorità Giudiziaria (a settembre 2014):
 - ⇒ Nuclei Familiari: 87
 - ⇒ Minori in carico: 101 di cui:
 - 64 per Decreto TM
 - 15 per Decreto TO
 - 8 per Decreto TM - penale

- Casi in carico alla Tutela Minori per tipologia:
 - ⇒ abbandono: 1
 - ⇒ trascuratezza: 20
 - ⇒ maltrattamento: 6
 - ⇒ violenza assistita: 7
 - ⇒ abuso: 1
 - ⇒ conflitto di coppia: 26
 - ⇒ adattabilità: 0
 - ⇒ altro: 20

I minori seguiti nell'ambito del Distretto, sono dunque 178, dei quali 77 a livello comunale e 101 dal servizio tutela minori.

Il Servizio più importante per l'area di cui si tratta, è il servizio distrettuale di Tutela Minori che con l'ultimo Piano di Zona è in parte esternalizzato per quanto riguarda le competenze psicologiche ed il coordinamento del Servizio.

Il Servizio Tutela ad oggi vede il suo ambito di intervento circoscritto all'intervento disposto dall'Autorità Giudiziaria, mentre restano esclusi dalla presa in carico i casi in attesa di disposizioni dell'Autorità Giudiziaria e gli interventi che anticipano le disposizioni della succitata Autorità, che rimangono dunque di competenza del Servizio Sociale Comunale.

Tale dato è da leggere anche relativamente alla progressiva dismissione delle competenze riguardanti interventi su minori e famiglie da parte del servizio consultoriale pubblico. Attualmente infatti il consultorio di Arcisate non ha in loco la figura psicologica e può contare su di un'assistente sociale part-time che si occupa di adozioni mentre l'altra assistente sociale si occupa dei gruppi mamma-bambino e di quelli rivolti alle donne e dei progetti di aiuto economico regionale alle famiglie.

Per quanto attiene la situazione della NPI e quindi di tutti gli interventi preventivi e di cura destinati alle situazioni di patologia, la realtà a livello del Distretto di Arcisate risente della massiccia assenza di personale specialistico (logopedista, psicomotricista, NPI presenti a tempo parziale...) in grado di fare fronte alla domanda in continua crescita. A titolo esemplificativo, la prima visita richiesta nel mese di febbraio, viene fissata mediamente in quello di agosto.

Le altre NPI presenti (Varese, Malnate e Vedano) segnalano di pari loro liste di attesa in continua crescita.

In questo contesto, anche il Servizio Tutela Minori che si occupa prettamente degli aspetti sociali del caso, fatica a trovare risposte ed interlocutori per l'attuazione di interventi ad integrazione socio-sanitaria: valutazione competenze genitoriali, testistica, presa in carico psicologica di sostegno sia ai minori sia ai genitori, psicoterapie.

Non esistendo inoltre protocolli operativi condivisi, si determina una conseguente ulteriore complessificazione dell'intervento.

In relazione all'intervento del servizio Sociale Comunale, si rileva che la diminuita possibilità di integrazione e di interlocuzione in termini preventivi e di presa in carico con i servizi sanitari e socio-sanitari dovuta alla tratteggiata progressiva dismissione di servizi non favorisce la presa in carico globale del nucleo e dei minori.

Le assistenti sociali comunali gestiscono dunque situazioni di minori altamente complesse e caratterizzate spesso da un elevato conflitto genitoriale senza che vi sia la possibilità di un lavoro d'equipe e di interscambio con altre professioni (psicologiche e giuridiche).

Le assistenti sociali del territorio constatano inoltre una gravemente sottostimata presenza di centri diurni educativi che possano compensare le carenze familiari e possano essere di valido sostegno ai minori in difficoltà.

Dal punto di vista giudiziario pare delinearsi ad oggi un quadro in cui l'intervento del Tribunale per i Minorenni è prospettato solo nei casi di più grave pregiudizio e laddove vi sia un'ipotesi di limitazione delle capacità genitoriali e pare concretizzarsi solo laddove gli interventi preventivi messi in campo/proposti dai servizi territoriali non trovano la collaborazione del minore e/o dei genitori. L'intervento del Tribunale Ordinario interviene in ragione delle competenze in materia di separazione a partire dalla volontà dei genitori di pervenire alla soluzione di elementi di conflittualità più che al bisogno del minore di trovare adeguata risposta ai propri bisogni.

In questa cornice, il Servizio sociale può lavorare solo marginalmente nelle situazioni in cui il Tribunale stesso non abbia già emesso provvedimenti.

Criticità e bisogni:

Alla luce dei dati e delle questioni sopra riportate si evidenziano in sintesi criticità, obiettivi e proposte per far fronte ai bisogni del territorio.

- **Obiettivo di integrazione e di omogeneità territoriale:** è carente l'integrazione e l'interlocuzione socio-sanitaria e giuridica e la funzione di prevenzione e supporto delle strutture pubbliche deputate al sostegno della genitorialità, alla valutazione delle capacità genitoriali, al supporto alle coppie in crisi e conflittuali, di accoglienza dei nuovi scenari di "socialità" familiare

Azioni:

- Formulare con ospedali e Asl protocolli di intesa per l'assunzione ciascuno delle proprie competenze al fine di garantire la presa in carico globale dei minori e del nucleo familiare;
- Sostenere il lavoro educativo e di cura delle famiglie attraverso il potenziamento dei presidi educativi nelle varie forme possibili (domiciliari, diurne, di gruppo, di strada, itineranti, ecc.) con particolare attenzione ad interventi a sostegno di criticità educativo - familiari già conclamate.

Risorse impiegate: professionali, bilanci comunali, ricerca di cofinanziamento

Indicatore: effettiva sottoscrizione dei protocolli e promozione di progetti educativi

Modalità di misurazione: verifica nuove modalità operative e quantificazione progetti

Obiettivo dell'integrazione: verificare efficacia ed efficienza dell'intervento e le metodologie del lavoro sul singolo e dei progetti

Tempistica: triennale

- **Obiettivo: implementare le condizioni di operatività dei servizi sociali comunali nell'integrazione con altre figure professionali** deputate alla lettura, analisi e gestione delle problematiche dei minori.

Azione: creazione di un servizio di supporto psicologico-giuridico e di supervisione dei casi anche con la ricerca di modalità operative condivise con il servizio tutela minori;

Risorse impiegate: FNPS, professionali

Indicatore: avvio del servizio

Modalità di misurazione: verifica dell'utilizzo e codifica delle situazioni trattate

Obiettivo dell'integrazione: raggiungimento di modalità operative condivise e facilitazione dei passaggi al servizio tutela minori

Tempistica: 2015 (avvio) e poi triennale

- **Obiettivo:** regolamentare a livello di Distretto il tema dell'affido, arrivando ad un'omogeneizzazione dell'intervento, anche sul piano economico e procedurale.

Non è presente alcun presidio territoriale che si occupi del reperimento, scrematura e formazione di famiglie disponibili a progetti di affidi, nessuna campagna di informazione è promossa nel territorio e non esiste elenco di famiglie disponibili a progetti di questo tipo.

Nel territorio, le famiglie interessate fanno riferimento a progetti promossi nel distretto di Varese ma non esiste un'informazione di ritorno o collegamento che possa mettere in a disposizione nel Distretto tale importante risorsa.

Azioni: realizzazione di un servizio affidi dedicato e costituzione di gruppi familiari di supporto; definire una comune regolamentazione distrettuale

Risorse impiegate: professionali, bilanci comunali, ricerca di cofinanziamento

Indicatore: avvio di progetti sul territorio

Modalità di misurazione: quantificazione dei progetti nuovi d'affido attivati e dei minori coinvolti

Obiettivo dell'integrazione: promozione e sensibilizzazione sul tema degli affidi

Tempistica: triennale.

INTERVENTI TESI AD AFFRONTARE LA POVERTÀ E LA DISOCCUPAZIONE

DATI DI CONTESTO Anno 2013

Comune	Numero abitanti al 31.12.2013	Numero utenti destinatari di contributi per indigenza	Importo totale annuale contributi per indigenza	Numero utenti destinatari di contributi per canoni di locazione e utenze domestiche	Importo totale annuale contributi per canoni di locazione e utenze domestiche
Arcisate	9.902	76	€ 53.360,00	40	€ 33.709,00
Besano	2.583	21	€ 5.494,00	5	€ 4.527,00
Bisuschio	4.362	8	€ 5.050,00	10	€ 6.195,00
Brusimpiano	1.229	0	€ 0,00	1	€ 1.200,00
Cantello	4.634	10	€ 8.000,00	34	€ 18.871,00
Clivio	1.986	11	€ 6.540,00	9	€ 2.773,00
Cuasso al Monte	3.649	3	€ 3.400,00	6	€ 7.200,00
Induno Olona	10.422	20	€ 17.800,00	11	€ 10.915,00
Porto Ceresio	3.038	19	€ 47.802,00	4	€ 6.294,00
Saltrio	3.049	12	€ 3.998,00	5	€ 3.386,00
Viggiù	5.340	31	€ 20.085,00	15	€ 14.897,00
TOTALI	50.194	211	€ 171.529,00	140	109.967,00

ASSISTENZA FORNITA DA ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO PRESENTI SUL TERRITORIO NEL 2014

Associazioni	Pacchi alimentari distribuiti mensilmente	Assistenza economica	Colloqui di sostegno
Croce Rossa Italiana	92		
Caritas e San Vincenzo	174		
Fondo Famiglia del Decanato		31	
Centro di ascolto del decanato			25

PERCENTUALE IN REGIONE LOMBARDIA DELLE FAMIGLIE PER GIUDIZIO SULLA CONDIZIONE ECONOMICA PERCEPITA E ANNO.



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
con grande difficoltà	9,8	9,6	9,4	10,6	12,9	10,9	11,7	12,2	13,5	11,3
con difficoltà	14	14,7	16	16,6	15,8	14,5	15,3	14,3	16	23,4
con qualche difficoltà e con una certa difficoltà	65,9	63,9	66,2	64	64,3	65,4	64,2	65,6	65	60,6
con facilità e con molta facilità	10,3	11,9	8,4	8,9	7	9,2	8,8	7,9	5,6	4,6

Le famiglie che si trovano in condizione di difficoltà economiche sono in aumento a causa delle difficoltà presenti nel mondo del lavoro.

La condizione di povertà ha come conseguenze anche problematiche gravi di tipo abitativo, per le quali spesso non sono presenti risorse sul territorio.

In base ad un rapporto del Ministero del lavoro le categorie che si considerano a maggior rischio di povertà e di esclusione sociale sono le seguenti:

- ⇒ Disoccupati e precari.
- ⇒ Anziani soli: le variabili critiche di questa categoria di persone sono l'esiguità del reddito e la solitudine, quest'ultima causata frequentemente da celibato/nubilato, separazione dal coniuge, vedovanza. La solitudine, unita alla frequente mancanza di mezzi di trasporto propri e a difficoltà nell'uso degli strumenti tecnologici di comunicazione, genera rischi di esclusione economica e sociale.
- ⇒ Famiglie con minori: in particolare quelle famiglie monogenitoriali, per le quali la criticità consiste nella difficoltà del genitore di organizzarsi la vita dovendo accudire al figlio, o ai

figli, e procurarsi un reddito con il lavoro; e le famiglie con tre o più figli, per le quali il carico di spesa associato all'ampiezza famiglia può diminuire la capacità di far fronte alle difficoltà nel caso di eventi avversi, in modo particolare di eventi che limitino la capacità produttiva degli adulti.

- ⇒ Persone con limitazioni dell'autonomia personale. Le disabilità, la cronicizzazione delle malattie e la perdita dell'autosufficienza riducono l'autonomia lavorativa, la capacità di produrre redditi, la capacità di relazione e di partecipazione sociale delle persone colpite.
- ⇒ Immigrati, termine con cui si comprendono coloro che sono presenti o residenti in Italia per qualsiasi motivo e che possono avere difficoltà economiche, sanitarie, o di cittadinanza.

OBIETTIVI

A. Favorire l'accesso al lavoro.

Azioni

Creazione di uno sportello distrettuale di consulenza e orientamento per il lavoro con particolare attenzione alle categorie svantaggiate sopra descritte, che includa questi tipi di intervento:

- Creazione di gruppi di supporto e accompagnamento alla ricerca attiva del lavoro
- Supporto preparazione ai colloqui di lavoro
- Affiancamento e guida ad una ricerca del lavoro
- Informazione rispetto ai diversi canali di accesso ai servizi/finanziamenti previsti dagli enti dedicati
- Attivazione di tirocini lavorativi

Risorse impiegate Professionali: operatori qualificati adibiti allo sportello, CFP, Centro per l'impiego, sportelli lavoro, sindacati.

Strutturali: luogo da adibire a sede dello sportello e strumentazione necessaria.

Indicatore:

- effettivo avvio dello sportello
- numero di utenti in carico assunti

Modalità di misurazione: Indicatore triennale.

Obiettivo dell'indicatore: Verificare l'efficacia del servizio.

Tempistica: da realizzare entro la fine del primo biennio.

B. Fornire risposte al bisogno economico immediato e temporaneo.

Azioni

- Costituzione di un fondo da utilizzare per il "Prestito d'onore" rivolto ad utenti dei servizi sociali comunali, che si trovano in condizioni di emergenza economica temporanea e con prospettive di risoluzione, in possesso di particolari requisiti.

Risorse impiegate professionali: Ufficio di piano, assistenti sociali comunali.

Indicatore: N. di prestiti attivati.

Modalità di misurazione: Indicatore triennale.

Obiettivo dell'indicatore: Verificare l'efficacia del servizio.

Tempistica: da realizzare entro la fine del primo biennio.

C. Favorire l'accesso a soluzioni abitative di emergenza a favore di utenti in carico ai servizi sociali comunali, e in possesso di particolari requisiti (in particolare in presenza di minori).

Azioni

Creazione di partnership e accordi tra l'ufficio di piano e centri di accoglienza abitativa siti anche fuori dal territorio della Valceresio, per la collocazione temporanea di soggetti e/o nuclei familiari in possesso di particolari requisiti.

Risorse impiegate professionali: Ufficio di piano, assistenti sociali comunali.

Indicatore: N. di famiglie ospitate.

Modalità di misurazione: Indicatore triennale.

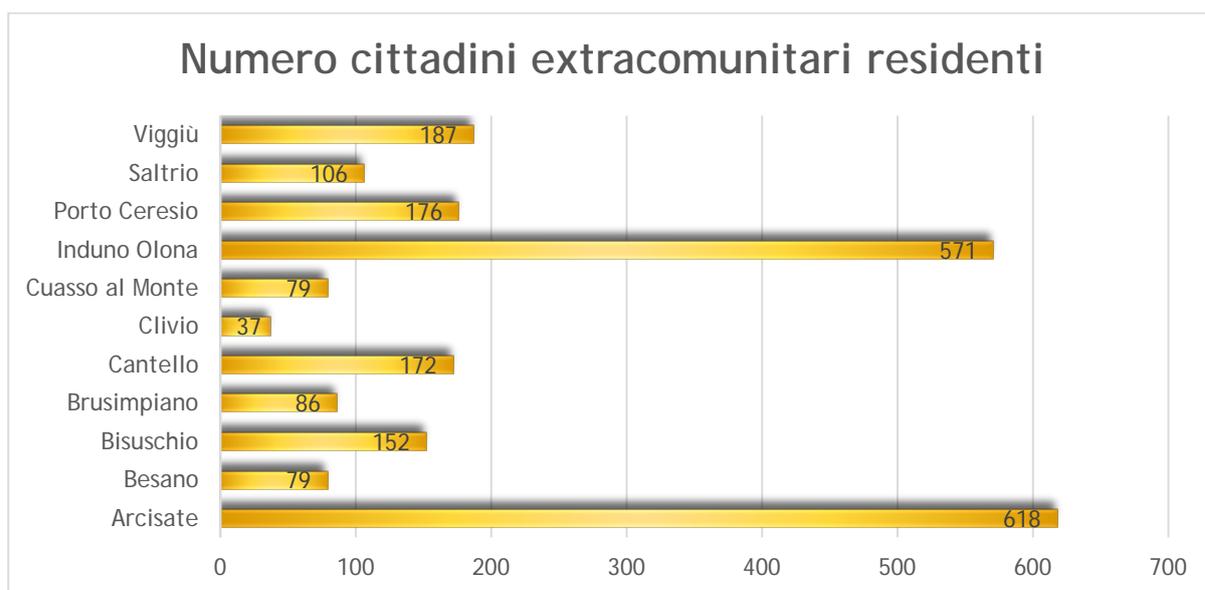
Obiettivo dell'indicatore: Verificare l'efficacia del servizio.

Tempistica: da realizzare entro la fine del primo biennio.

INTERVENTI RIVOLTI A PERSONE IMMIGRATE

La situazione degli stranieri nel Distretto di Arcisate:

Comune	Numero cittadini extracomunitari residenti	Percentuale cittadini extracomunitari sulla popolazione residente
Arcisate	618	6,19%
Besano	79	3,05%
Bisuschio	152	3,50%
Brusimpiano	86	7,03%
Cantello	172	3,67%
Clivio	37	1,88%
Cuasso al Monte	79	2,17%
Induno Olona	571	5,51%
Porto Ceresio	176	5,86%
Saltrio	106	3,48%
Viggiù	187	3,52%
<i>Tot. Popolaz. Extracomunitaria residente al 31/12/2014</i>	2.263	4,51%



Non risulta ad oggi, nel territorio della Valceresio, un fenomeno di "emergenza immigrazione". Ad oggi infatti i Comuni della valle non si sono trovati ad affrontare flussi considerevoli in arrivo, con necessità di dare risposta a bisogni primari, quali sussistenza e accoglienza.

La problematica che sembra invece maggiormente manifestarsi in questi ultimi anni, è quella dell'integrazione socio-culturale.

Le difficoltà di raggiungimento di una piena integrazione socio-culturale hanno un'incidenza anche sulle opportunità di accesso all'abitazione e al lavoro, con conseguenze di isolamento e di emarginazione, aumentando la domanda di servizi sociali.

Di seguito si riportano i Principi fondamentali comuni dell'Unione Europea in tema di integrazione, al fine di orientare le strategie di politica sociale in quest'area. Si sono analizzate inoltre le azioni proposte dalla Commissione per l'integrazione dei cittadini dei paesi terzi, individuando quelle che si ritengono di possibile attuazione a livello locale.

Obiettivi:

A. Favorire il processo di integrazione dinamico e bilaterale di adeguamento reciproco da parte delle diverse culture.

Azioni:

- ✓ *promuovere relazioni di fiducia e di buon vicinato*
- ✓ *promuovere attività in cui gli immigrati interagiscono con la società d'accoglienza, attraverso incontri formativi e di conoscenza reciproca su temi specifici legati alle varie culture*
- ✓ *avviare un dialogo interculturale costruttivo e una riflessione pubblica che coinvolga le realtà del territorio*

Risorse impiegate: professionali: assistenti sociali dei comuni, Ufficio di Piano, terzo settore coinvolto nelle tematiche dell'integrazione.

Indicatore: numero di accessi/partecipanti. Attività che si riescono ad organizzare durante un anno in rapporto alle iniziative presenti nel triennio precedente

Modalità di misurazione: indicatore triennale.

Obiettivo dell'indicatore: verificare il grado di interesse e di partecipazione al tema dell'integrazione socio-culturale con altre culture.

Tempistica: da realizzare entro la fine del Piano di zona - dicembre 2017

B. Facilitare opportunità di occupazione per prevenire la discriminazione sul mercato del lavoro, come componente fondamentale del processo d'integrazione.

Azioni:

- associare le parti sociali all'elaborazione e attuazione delle misure di integrazione;

Risorse impiegate: professionali: assistenti sociali dei comuni, Ufficio di Piano, terzo settore coinvolto nelle tematiche dell'integrazione, associazioni di categoria, sindacati.

Indicatore: grado di interesse e coinvolgimento degli enti chiamati a lavorare per questo obiettivo

Obiettivo dell'indicatore: verificare la capacità di creare relazioni proficue tra parti sociali coinvolte nella problematica;

Tempistica: da realizzare entro la fine del Piano di zona.

INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA LUDOPATIA

DEFINIZIONE E ANALISI DEL FENOMENO

Di seguito si riporta la definizione del Ministero per la salute in merito al fenomeno della Ludopatia.

Per Ludopatia (o gioco d'azzardo patologico) si intende l'incapacità di resistere all'impulso di giocare d'azzardo o fare scommesse, nonostante l'individuo che ne è affetto sia consapevole che questo possa portare a gravi conseguenze.

Per continuare a dedicarsi al gioco d'azzardo e alle scommesse, chi è affetto da ludopatia trascura lo studio o il lavoro e può arrivare a commettere furti o frodi. Questa patologia condivide alcuni tratti del disturbo ossessivo compulsivo, ma rappresenta un'entità a sé.

È una condizione molto seria che può arrivare a distruggere la vita.

Durante i periodi di stress o depressione, l'urgenza di dedicarsi al gioco d'azzardo per le persone che ne sono affette può diventare completamente incontrollabile, esponendoli a gravi conseguenze, personali e sociali.

La ludopatia può portare a rovesci finanziari, alla compromissione dei rapporti e al divorzio, alla perdita del lavoro, allo sviluppo di dipendenza da droghe o da alcol fino al suicidio.

Di recente, il DDL 13/9/2012 n. 158 (art. 5), ha inserito la ludopatia nei livelli essenziali di assistenza (Lea), con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da questa patologia.

Le cause di questo disturbo non sono note ma potrebbero consistere in un insieme di fattori genetici e ambientali.

Tra i maschi in genere il disturbo inizia negli anni dell'adolescenza, mentre nelle donne inizia all'età di 20-40 anni.

Secondo alcune stime americane la ludopatia può interessare il 2-4% della popolazione, rappresentando dunque anche un importante problema di salute pubblica. Secondo alcuni autori, la ludopatia è la patologia da dipendenza a più rapida crescita tra i giovani e gli adulti.

Esistono tuttavia delle condizioni che possono facilitare la comparsa della dipendenza da gioco:

- ⇒ essere affetti da altri disturbi comportamentali (es. l'ADHD, sindrome da deficit di attenzione e iperattività), da disturbi dell'umore (es. depressione, sindrome bipolare ecc.) o presentare problemi da abuso di sostanze. Anche i soggetti "schiavi del lavoro", molto competitivi e iperattivi sono a rischio.
- ⇒ l'età. La ludopatia è in genere più frequente tra i giovani (nelle donne esordisce più tardivamente nel corso della vita).
- ⇒ appartenere al sesso maschile - Questo disturbo è più comune tra gli uomini, anche se negli ultimi anni le statistiche fanno percepire un cambiamento di tendenza, con il disturbo che sta arrivando ad interessare in ugual misura i due sessi. Le donne si ammalano di ludopatia più avanti negli anni rispetto agli uomini e sono in genere depresse: il gioco d'azzardo diventa per loro un modo per sfuggire ai problemi e ai pensieri di depressione. Possono diventare dipendenti dal gioco d'azzardo più velocemente.
- ⇒ la familiarità. Nelle famiglie dedite al gioco d'azzardo è più facile per i figli arrivare a sviluppare questa patologia.
- ⇒ farmaci per il Parkinson. I farmaci cosiddetti dopamino-agonisti possono avere, come effetto collaterale, quello di provocare comportamenti compulsivi (tra i quali il gioco d'azzardo) in alcuni pazienti.

Le persone affette da ludopatia presentano comportamenti e atteggiamenti peculiari:

- sono molto presi da pensieri riguardanti il gioco d'azzardo, ripensano spesso a esperienze di gioco e di scommesse passate, programmano nuove giocate e cercano di trovare il modo di procurarsi denaro per andare a giocare
- hanno bisogno di aumentare sempre più la posta per eccitarsi (esattamente come avviene per le droghe)
- anche se cercano più volte di controllarsi, ridurre o abbandonare l'abitudine al gioco d'azzardo, non ci riescono
- tutte le volte che cercano di controllarsi e di resistere all'impulso di cedere a una scommessa o al gioco d'azzardo, diventano estremamente irascibili e nervosi
- considerano il gioco d'azzardo un modo per sfuggire ai problemi o per trovare sollievo a disturbi dell'umore (es. sentimenti di impotenza, di colpa, ansia e depressione)
- dopo aver perso soldi con le scommesse o il gioco d'azzardo tendono a tornare sui propri passi per rifarsi (inseguono le loro perdite)
- mentono costantemente alla propria famiglia, al medico (psicologo), agli altri per nascondere fino a che punto sono coinvolti nel gioco d'azzardo
- per trovare i soldi per il gioco d'azzardo, spesso ricorrono ad azioni illecite (falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita)
- a causa del gioco d'azzardo queste persone arrivano a mettere in pericolo o a compromettere relazioni importanti, il lavoro, opportunità scolastiche o di carriera
- possono trovarsi costrette a chiedere aiuto agli altri (amici o familiari) per trovare il denaro necessario per far fronte a situazioni finanziarie disperate, causate dal gioco d'azzardo.

Secondo il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* basta che siano presenti almeno 5 di questi comportamenti perché si possa parlare di ludopatia.

Il primo passo verso la diagnosi consiste nel dare ascolto alle preoccupazioni di familiari, amici o colleghi di lavoro circa il ruolo che il gioco d'azzardo sta assumendo nella vita di un individuo.

Le persone affette da ludopatia solitamente negano e arrivano a nascondere anche a loro stessi la gravità della loro dipendenza dal gioco d'azzardo. È molto difficile, dunque che riescano ad essere obiettivi circa la loro condizione.

Per questo è importante l'aiuto e il supporto di amici e familiari nel convincerli a rivolgersi a uno specialista.

IL FENOMENO IN VALCERESIO

Da una rilevazione ufficiale pervenuta dal Dipartimento delle Dipendenze - U.O. Azione di rete territoriale nelle dipendenze e attività di coordinamento Asl di Varese, è possibile osservare il bisogno espresso dall'1.1.2014 al 31.12.2014, nel territorio della Valceresio. Il dato si riferisce infatti al numero di accessi ai servizi per le dipendenze di persone residenti nei comuni appartenenti al distretto di Arcisate, e pertanto non rileva la portata reale del fenomeno, una parte del quale rimane inespressa e ancora latente.

Di seguito si riportano i dati rilevati:

RILEVAZIONE ACCESSI PER LUDOPATIA

PERIODO DI RIFERIMENTO: dal 01/01/2014 fino al 31/12/2014

TERRITORIO INTERESSATO DALLA RILEVAZIONE:

ARCISATE, BESANO, BISUSCHIO, BRUSIMPIANO, CANTELLO, CLIVIO, CUASSO AL MONTE, INDUNO OLONA, PORTO CERESIO, SALTRIO, VIGGIU'

SOGGETTI		SESSO			FASCE DI ETA							
		u.m.	M	F	TOT	<=19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Sogg. fisici assistiti		n°	14	2	16	0	1	0	0	3	2	10

Oltre al servizio pubblico per le dipendenze, la realtà associativa più territorialmente vicina ai comuni della Valceresio, chi si occupa della problematica ludopatia, è l'associazione AND - Azzardo e nuove dipendenze, che segnala l'accesso di n. 25 nuclei familiari al proprio sportello di consulenza, nell'arco dell'anno 2014.

Dalla rilevazione effettuata presso i servizi sociali comunali del territorio si constata che i suddetti servizi non vengono a conoscenza del fenomeno, ma ne intuiscono l'esistenza in conseguenza dei gravi problemi economici o familiari che questo può aver generato, e che diventano, per il soggetto, la problematica prioritaria per la quale viene richiesto l'aiuto.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE

Prevenzione e sensibilizzazione del territorio.

Azioni: attuazione di un progetto di prevenzione della ludopatia, rivolto trasversalmente a diverse fasce d'età, che preveda attività formative e laboratoriali.

Risorse impiegate: professionali: derivanti dal lavoro integrato tra servizi sociali comunali, realtà associative, Ufficio di Piano, Servizio per le Dipendenze, Cooperative Sociali interessate a partecipare al progetto, eventuali altri distretti.

Indicatori: numero di incontri formativi e di laboratorio effettuati nel triennio/ numero di soggetti raggiunti dal progetto/ età.

Modalità di misurazione: indicatore triennale.

Obiettivo dell'indicatore:

- verificare l'effettiva attuazione del progetto;
- verificare il raggiungimento di un ampio numero di soggetti che hanno beneficiato degli interventi;
- verificare che il progetto abbia interessato più fasce d'età.

Tempistica: da realizzare entro la fine del Piano di zona - dicembre 2017.

LA COLLABORAZIONE CON IL TERZO SETTORE

La realizzazione degli obiettivi di welfare locale non può prescindere dal coinvolgimento di una grande totalità di soggetti, pubblici e privati, profit e non profit i quali hanno come obiettivo comune, la condivisione e la gestione del sistema di protezione sociale.

Ne consegue che il sistema sociale lombardo va inteso:

- ⊙ Focalizzato sulle persone, sulle famiglie e non sugli utenti
- ⊙ Il focus deve essere sui bisogni, sui problemi e non sulla domanda
- ⊙ La produzione dei servizi non deve essere la priorità nel rapporto con il terzo settore

E' un cambiamento di rotta nel quale è da riconsiderare anche la concezione del ruolo e dei rapporti con il Terzo settore.

La Regione definisce il Terzo settore come:

- ⇒ una rete radicata e organizzata, capace di sostenere le famiglie in difficoltà e di costruire, insieme ai servizi sociali, una **rete di protezione sociale**
- ⇒ è capace di sostenere le famiglie in difficoltà e disagio e di costituire, in rapporto integrato con i servizi pubblici, una rete di protezione sociale, che trova espressione in un ricchissimo tessuto di volontariato, associazionismo e cooperative sociali.
- ⇒ un ambito di progettazione complessiva **partecipata e consapevole**
- ⇒ i soggetti del terzo settore **concorrono** all'individuazione degli obiettivi dei processi di programmazione locale
- ⇒ **obiettivo: favorire processi di programmazione - co-progettazione e gestione**

Ai soggetti del Terzo settore che collaborano con l'Ufficio di piano di Arcisate e che gravitano all'interno dell'ambito distrettuale è stato chiesto di aderire alla realizzazione del piano di zona 2015/2017 sulla base dei presupposti sopra esplicitati e sulla consapevolezza che il benessere sociale dipende dalla capacità di cittadini, organizzazioni sociali, enti pubblici e privati **di interagire**, scambiarsi idee, aiutarsi e crescere in un quadro condiviso di diritti e doveri e **di assumersi la responsabilità** di far crescere la comunità locale.

Il Piano di Zona distrettuale di Arcisate aspira a divenire un luogo per la coprogettazione e collaborazione con i soggetti appartenenti al Terzo Settore del nostro territorio e a tale scopo ha proposto agli Enti del Terzo settore:

- ❖ *Di collaborare con l'Ufficio di Piano per aumentare il valore sociale dell'ambito distrettuale di Arcisate*
- ❖ *Lavorare insieme per realizzare progettazioni locali e cercare finanziamenti da Enti pubblici e privati*

Alla proposta presentata dell'ambito distrettuale nell'incontro del 11 marzo 2015 hanno aderito in totale n. 18 enti, di cui n. 4 associazioni e n. 14 cooperative.

Obiettivo del lavoro con il Terzo settore.

Ampliare la collaborazione con gli Enti del terzo settore e generare nuovi punti di connessione in modo da ampliare le possibilità di coprogettazione e di realizzazione di nuovi interventi con la rete del terzo settore.

LA COLLABORAZIONE CON ALTRI AMBITI TERRITORIALI

La collaborazione con altri ambiti distrettuali risulta essere necessaria per la realizzazione di progettualità complesse e per le quali è necessario reperire finanziamenti esterni dal piano di zona.

L'ambito distrettuale di Arcisate sta valutando insieme all'ambito distrettuale di Tradate di presentare un progetto sul bando regionale contro il gioco di azzardo e si inserito nella rete formata dagli ambiti distrettuali di Sesto Calende, Azzate e Tradate per l'elaborazione di un progetto rivolto ai giovani.

OBIETTIVI da perseguire per incentivare le sinergie e le connessioni con ambiti distrettuali

A. Incrementare la collaborazione con altri ambiti territoriali disponibili a sperimentare nuove attività o a mettere a disposizione proprie sperimentazioni da declinare nel l'ambito distrettuale

Azioni:

- a) proporre la realizzazione di progetti innovativi in aree in cui non sono presenti servizi consolidati ad altri ambiti distrettuali in modo da favorire scambi professionali e un confronto derivante da esperienze diverse;
- b) valutare con l'ambito distrettuale di Azzate (due comuni dell'ambito distrettuale di Tradate hanno stipulato un accordo per la gestione dei servizi sociali con un comune dell'ambito distrettuale di Azzate) possibili forme di collaborazioni con particolare attenzione ai Comuni che si sono associati.

risorse impiegate: professionali, derivanti dal lavoro delle assistenti sociali e del responsabile dell'Ufficio di Piano

indicatore: numero dei progetti elaborati in collaborazione con altri ambiti territoriali in rapporto al numero di collaborazioni presenti nell'attività 2012/2014

modalità di misurazione: indicatore annuale

variazione sul triennio precedente

obiettivo dell'indicatore: verificare l'incremento delle connessioni con altri ambiti territoriali e la disponibilità a valorizzare le risorse territoriali extra distrettuali

tempistica: da realizzare entro la fine del piano di zona - dicembre 2017

B. Allearsi con altri ambiti territoriali per realizzare progetti integrati con risorse derivanti dall'esterno

Azioni:

- o sperimentare in alcune aree di interesse la possibilità di allargare i confini delle progettazioni in modo da ottimizzare le risorse ed essere maggiormente competitivi verso l'esterno in caso di richieste di finanziamenti;
- o partecipazione a bandi per l'ottenimento di finanziamenti sia pubblici che privati insieme ad altri ambiti distrettuali

risorse impiegate:

- professionali, derivanti dal lavoro delle assistenti sociali e del responsabile dell'ufficio di piano

indicatore: numero di azioni di found raising condotte in collaborazione con altri ambiti territoriali in rapporto al totale delle azioni di found raising effettuate dall'ambito distrettuale

modalità di misurazione: indicatore annuale variazione di anno in anno

obiettivo dell'indicatore: verificare quanto gli ambiti territoriali riescono a coordinarsi e integrarsi nelle attività di reperimento delle risorse

tempistica: definire una collaborazione entro il 31.12.2016

I CANALI DI FINANZIAMENTO DEL PIANO DI ZONA

Nel corso del triennio 2011/2014 al fine di rispondere ai bisogni emersi nell'ambito distrettuale di Arcisate, sono state utilizzate varie forme di finanziamento:

Fondi derivanti dai Comuni ed acquisiti dall'Ufficio di Piano

- stanziamento di risorse comunali pari ad € 3,50 per abitante, tese a coprire parte dei costi della programmazione sociale. A partire dal 2015 tale quota viene aumentata di € 0,75 per abitante per la copertura del 50% del solo costo del servizio trasporto disabili. Il rimborso della restante quota verrà chiesta ai soli Comuni che hanno utenti che utilizzano tale servizio.
- copertura dei costi del centro diurno disabili calcolati il 50% sul numero di abitanti ed il restante 50% sul numero di utenti.
- copertura dei costi del servizio di trasporto disabili calcolati il 50% sul numero di abitanti ed il restante 50% sul numero di utenti.

Rimborsi da parte della Provincia di Varese

- quote per il trasporti disabili.
- interventi sulla disabilità sensoriale e supporto educativo nella scuola secondaria di secondo grado.

Fondi Regionali e Statali

- Fondo Sociale Regionale: per il finanziamento degli Asili Nido, dei CAG, e dei servizi SAD, SADH e affido. L'assemblea dei Sindaci ha approvato i criteri di utilizzo del fondo in coerenza con gli obiettivi del piano di zona e sulla base delle indicazioni regionali. I criteri devono essere raccordati con l'ASL in modo da favorire un'efficace azione di coordinamento nell'impiego delle diverse risorse a sostegno delle fragilità personali e familiari in una logica di integrazione degli interventi.
- Fondi Intesa anno 2013: per il finanziamento di buoni badanti destinati ad anziani o disabili non autosufficienti, di finanziamento per voucher per educatori scolastici e di buoni per il sostegno alla frequenza di nidi pubblici
- DGR 740/2013: "Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013, n. 590. determinazioni conseguenti" che prevede la possibilità di erogazione di buoni per assistenti familiari, di buoni a sostegno dell'attività dei care giver, di buoni per ricoveri temporanei di sollievo, di attivazione di voucher integrativi per il SAD pomeridiano o nei giorni festivi, attivazione di progetti per voucher relativi ad assistenza domiciliare educativa e dei buoni a sostegno di un progetto di vita autonoma per persone con disabilità.

- *DGR 3850/2012*: “Determinazioni in merito allo sviluppo del sistema sociale regionale” integrata dalla DGR 116/2013 “Determinazioni in ordine all’istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo” e dalla DGR 856/2013 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo” che hanno previsto per l’anno 2013 il finanziamento relativo alla frequenza presso i CSE, il finanziamento relativo al SADH, il finanziamento relativo ai minori inseriti in comunità e il finanziamento rispetto agli affidi attivati. Per l’anno 2014 è stato previsto il finanziamento per i soli minori in comunità.
- *DGR 11152/2010*: “Determinazioni in ordine alla attuazione dell’azione: «Acquisto da parte del sistema pubblico di posti già autorizzati nelle Unità d’offerta socio-educative per la prima infanzia del sistema privato» ai sensi della d.g.r. 8243 del 22 ottobre 2008 «Realizzazione di interventi a favore delle famiglie e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia - Attuazione della d.g.r. n. 6001/07 e dell’Intesa del 14 febbraio 2008» che prevede lo stanziamento di buoni per sostenere la frequenza dei nidi pubblici privati laddove non sia presente un nido pubblico o non vi sia disponibilità di posti in esso.
- *Fondo Nazionale Politiche Sociali*: per il sostegno alla programmazione locale sulla base di priorità stabile dal Governo.

SINTESI DEI FINANZIAMENTI

ENTRATE	anno 2012	anno 2013	anno 2014
Fondo Sociale Regionale	160.417,00	326.230,00	281.307,00
Quota comuni per abitanti	175.766,50	175.766,50	175.766,50
Quota comuni per Centro Diurno disabili	200.533,00	220.000,00	220.000,00
Quota comuni per trasporto di disabili	65.424,00	65.424,00	65.424,00
Quota dalla Provincia per trasporti	26.717,00	36.000,00	36.000,00
DGR 3580/2012	-----	232.165,00	100.000,00
Fondo intesa famiglia	-----	75.501,56	48.209,00
Fondo non autosufficienza	-----	132.342,00	88.210,81
FNPS	100.616,00	87.624,67	124.172,23
Totale	729.473,50	1.351.053,73	1.139.089,54

IL BILANCIO PREVENTIVO 2015

ENTRATE	preventivo 2015
Fondo Sociale Regionale	281.307,00
Quota comuni per abitanti	175.766,50
Quota comuni per Centro Diurno disabili	220.000,00
Quota comuni per trasporto di disabili	75.379,00
Quota dalla Provincia per trasporti	36.000,00
DGR 3580_2012	80.000,00
Fondo intesa famiglia	48.209,00
Fondo non autosufficienza	141.374,00
FNPS	187.115,00
Totale	1.245.150,50

GLI OBIETTIVI DEL TRIENNIO

- 1) incentivare la partecipazione a bandi di finanziamento al fine di aumentare la capacità di recuperare risorse economiche all'infuori di quelle previste nei bilanci comunali

azioni:

- definizione di un gruppo di lavoro composto dalle assistenti sociali dei Comuni e da rappresentanti di enti privati disponibili ad elaborare progettazioni per specifici bandi;
- elaborazione di progetti da presentare ai bandi della Fondazione del Varesotto, della Fondazione Cariplo, della Regione e di altri enti pubblici e privati al fine di sostenere la realizzazione della programmazione sociale

risorse: professionali ed economiche derivanti dal fondo nazionale politiche sociali per eventuali quote di cofinanziamento ai progetti

indicatore: numero di azioni di found raising condotte dall'ufficio di piano in rapporto al numero di progetti attivati con risorse solo dei comuni

modalità di misurazione: indicatore annuale

variazione sul triennio precedente e di anno in anno

obiettivo dell'indicatore: verificare la capacità dell'ufficio di piano di elaborare progetti in maniera congiunta e ricercare finanziamenti da enti esterni

tempistica: da raggiungere con la fine del piano di zona al 31.12.2017

2) Potenziale la disponibilità a realizzare progetti / interventi di ambito in modo da ottimizzare le risorse messe a disposizione da parte dei comuni

azioni: Utilizzare le riunioni dell'Ufficio di Piano come strumento di confronto sulle programmazioni sociali dei singoli comuni in modo da incentivare interventi di ambito e non di singolo ente;

risorse: professionali ed economiche derivanti dai bilanci comunali

indicatore: numero di progettazioni di ambito in rapporto al numero di progetti attivati con risorse solo dei Comuni

modalità di misurazione: indicatore annuale

variazione sul triennio precedente e di anno in anno

obiettivo dell'indicatore: verificare la capacità dell'ufficio di piano di elaborare progetti a livello di territorio

STRUTTURA ORGANIZZATIVA A SUPPORTO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE E DELLA GESTIONE DEL PIANO DI ZONA



L'ASSEMBLEA DEI SINDACI

L'approvazione del Piano di Zona è garantita dall'Assemblea dei Sindaci del distretto socio-sanitario di Arcisate, ai sensi dell'art. 18 della L.R. 3/2008.

Essa è l'organismo di rappresentanza politica del Piano di Zona e viene costituita ai sensi dell'art. 6 della L.R. 31/97 e della D.G.R. VI/41788 del 5 Marzo 1999 "direttive per il funzionamento e organizzazione dell'assemblea distrettuale dei sindaci. Secondo tali normative le decisioni politiche relative alla definizione, attuazione e valutazione dei risultati conseguiti nel Piano di Zona sono assunte a maggioranza dei voti dei sindaci presenti e votanti, in ragione dei voti espressi secondo le quote da ciascuno rappresentate.

E' l'organismo più importante a livello distrettuale in quanto ha potere decisionale e ha il compito di approvare le politiche sociali locali sulla base delle indicazioni nazionali e regionali e dei bisogni presenti sul proprio territorio.

L'Assemblea definisce la programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociale e la promozione di sperimentazioni di nuove unità di offerta sociale e dei modelli gestionali

All'Assemblea dei Sindaci dell'ambito distrettuale di Arcisate partecipa il presidente della Comunità Montana del Piambello in quanto ente gestore del Piano di zona.

Il Presidente, in base agli argomenti all'ordine del giorno, può invitare a partecipare all'Assemblea soggetti istituzionali (ad esempio: ASL, Azienda ospedaliera, Istituti scolastici).

Su invito del Presidente dell'Assemblea può partecipare alle riunioni il Responsabile dell'Ufficio di Piano con il compito di fornire un supporto tecnico per le decisioni da prendere e per informare sulle diverse modalità percorribili per la gestione dei servizi.

I compiti principali dell'Assemblea dei Sindaci sono:

- ⊙ 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 economici-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;
- ⊙ Nomina il responsabile dell'Ufficio di Piano.

Le decisioni assunte dall'Assemblea verranno attuate dalla Comunità Montana del Piambello - Ufficio di Piano che provvederà ad assumere gli atti necessari e a rendere conto dei risultati conseguiti.

LA COMUNITÀ MONTANA DEL PIAMBELLO

L'Ente capofila per la realizzazione del piano di zona è individuato nella Comunità Montana del Piambello.

Tale scelta è supportata dall'esperienza maturata dalla Comunità Montana in campo sociale, in questi anni di realizzazione del piano di zona, e del fatto che è un ente con propria natura giuridica e con una struttura organizzativa idonea a far fronte alla realizzazione del nuovo piano di zona.

La Comunità Montana ha il compito di ospitare all'interno della propria organizzazione l'ufficio di piano prevedendone la dotazione organica come da indicazione dell'Assemblea dei Sindaci.

Mette inoltre a disposizione dell'ambito distrettuale gli uffici situati a piano terra della propria sede di Arcisate.

La Comunità Montana è un interlocutore privilegiato nella gestione dei servizi sociali distrettuali per questo motivo il suo Presidente viene invitato a partecipare alle Assemblee dei Sindaci e al tavolo degli assessori ai servizi sociali.

In particolare la Comunità Montana, attraverso l'Ufficio di piano:

- a) acquisisce, per conto dei Comuni associati, i finanziamenti per il funzionamento del Piano di zona;
- b) iscrive nel proprio bilancio, con specifico vincolo di destinazione, tutti i finanziamenti derivanti per la realizzazione del Piano di zona;
- c) procede al reperimento delle risorse umane necessarie alla realizzazione del Piano di Zona secondo quanto stabilito dall'Assemblea dei Sindaci;
- d) adotta, in nome e per conto di tutti i restanti Comuni dell'ambito e tramite l'Ufficio di piano, gli atti deliberativi e provvedimenti tecnico - amministrativo-contabili necessari per dare attuazione alle volontà dell'Assemblea dei Sindaci.

IL TAVOLO DEGLI ASSESSORI AI SERVIZI SOCIALI

Il Tavolo è composto dagli Assessori ai Servizi sociali dei Comuni della Valceresio ed è coordinato da un suo componente che viene indicato durante la prima riunione del tavolo stesso.

L'apporto e la presenza degli assessori è un elemento importante nelle politiche locali in quanto rappresentano il legame tra i cittadini con le loro richieste/bisogni e l'Assemblea dei Sindaci quale organo deliberante degli interventi sociali distrettuali.

Ha il compito di garantire nella fase di programmazione e di gestione del piano di zona il collegamento con i diversi livelli coinvolti nella realizzazione di servizi sociali e con i vari attori delle politiche sociali.

I compiti principali del tavolo degli Assessori ai Servizi sociali sono:

- Studiare ed elaborare proposte politiche per la gestione dei servizi sociali territoriali;

- Esaminare le proposte che devono essere portate in approvazione all'Assemblea dei Sindaci ed esprimere un parere;
- Operare al fine di concertare con le rappresentanze sociali, il volontariato, l'ASL e gli altri enti una visione di insieme sulle scelte sociali, per definire risorse e priorità da sottoporre all'approvazione dell'Assemblea dei Sindaci;
- Collaborare con le istituzioni del territorio per facilitare l'integrazione dei servizi sociali, sanitari e formativi/educativi;
- Monitorare il processo di realizzazione del Piano di zona;
- Si avvale del supporto dei tecnici dell'Ufficio di piano e dei responsabili dei servizi sociali dei propri comuni.

Di norma viene invitato a partecipare al tavolo degli assessori il Responsabile dell'Ufficio di piano con il compito di supporto tecnico.

L'UFFICIO DI PIANO

L'Ufficio di Piano costituisce la struttura organizzativa a cui è affidata la gestione amministrativa, finanziaria e tecnica dei servizi sociali definiti e programmati nel piano di zona.

Con l'istituzione dell'Ufficio di Piano, i Comuni dell'ambito distrettuale si prefiggono in particolare di:

- ampliare progressivamente l'oggetto della programmazione sulla base delle indicazioni derivanti dalla Regione Lombardia, dalla Provincia, dall'ASL o da singoli comuni appartenenti l'ambito distrettuale;
- omogeneizzare e semplificare le procedure tra i diversi Comuni nell'ambito della progettazione dei servizi oggetto della programmazione di ambito ;
- omogeneizzare e sviluppare le procedure di gestione dei servizi evitando duplicazioni di competenze e di strutture;
- agevolare le relazioni già esistenti tra i diversi attori della programmazione sociale.

L'Ufficio di Piano è a servizio dei Comuni, dove necessario, per la realizzazione degli interventi sociali previsti nel piano di zona e attuati da ogni singolo Comune.

L'Ufficio di Piano garantisce, in sintesi, le seguenti prestazioni:

- supporta i tavoli politici in tutte le fasi del processo programmatico;
- gestisce gli atti conseguenti all'approvazione del piano di zona;
- è responsabile dell'attuazione degli indirizzi e delle scelte del livello politico;
- organizza e coordina le fasi del processo di attuazione del piano di zona;
- si raccorda con gli enti pubblici sovra distrettuali;
- attua le indicazioni che vengono fornite in campo sociale dalla Regione Lombardia, dall'ASL della Provincia di Varese e da altri enti sovra-distrettuali;

- gestisce il budget del piano di zona e ne rendiconta l'utilizzo alla Regione e all'assemblea dei sindaci;
- segue le indicazioni impartite dal tavolo degli assessori ai servizi sociali e dell'assemblea dei sindaci.

Nell'Ufficio operano con continuità i seguenti professionisti:

- n.1 responsabile - assistente sociale - per n.6 ore settimanali;
- n.2 istruttori amministrativi - per n. 36 ore settimanali.

La Responsabile dell'Ufficio di Piano, tenendo conto delle indicazioni fornite dal Tavolo degli Assessori e/o dell'Assemblea dei Sindaci provvede a:

- ❖ svolgere un ruolo propositivo, di indirizzo e di coordinamento dell'Ufficio di Piano ;
- ❖ esprimere il parere tecnico di cui all'art. 49 del T.U. n. 267/2000 sugli atti dell'Assemblea dei Sindaci e sugli atti gestionali dell'Ufficio di Piano;
- ❖ favorire la promozione su tutto il territorio dell' Ambito di una programmazione ed una progettazione condivisa ed una regolamentazione omogenea della rete dei servizi sociali;
- ❖ garantire l'attuazione e la gestione degli interventi e dei servizi affidati all'Ufficio di Piano;
- ❖ tenere i rapporti con l'ASL, la Provincia, la Regione e con gli altri organi istituzionali.

Al fine di garantire la connessione tra le attività programmate dall'ufficio di piano con quelle dei servizi sociali dei Comuni dell'ambito distrettuale le assistenti sociali dei Comuni dell'ambito distrettuale sono invitate a collaborare fattivamente per la realizzazione di quanto inserito nel Piano di zona e nei progetti approvati dall'Assemblea dei Sindaci.

Ruolo e funzioni delle Assistenti sociali dei Comuni:

- supportano la programmazione e la valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona;
- propongono, elaborano e redigono i progetti d'interesse distrettuale sulla base dell'analisi dei bisogni emergenti del territorio e delle opportunità derivanti da bandi sovra comunali;
- hanno funzione di studio, elaborazione e istruttoria degli atti in collaborazione con l'esperto di programmazione e con il Responsabile dell'Ufficio di Piano;
- costruiscono e governano la rete del terzo e quarto settore di concerto con il Responsabile di Piano di Zona per la presentazione di progetti innovativi di interesse distrettuale;
- collaborano alla ricerca di finanziamenti per la realizzazione dei progetti distrettuali.

Le attività degli istruttori amministrativi comprendono:

- l'attività di segreteria per l'ufficio di piano ed i servizi associati inseriti nella programmazione del piano di zona;
- la gestione delle rendicontazioni richieste dall'ASL e dalla Regione Lombardia inerenti l'attuazione dei progetti inseriti nel piano di zona e dei finanziamenti di derivazione regionale;
- l'attivazione dei procedimenti di gara relativi a lavori, servizi e forniture di competenza dei servizi sociali;

- la gestione dei bandi di accreditamento per l'erogazione dei servizi tramite voucher
- la programmazione e gestione dei pagamenti dei contributi agli enti aderenti al piano di zona di Arcisate e delle fatture relative all'acquisto di beni e servizi.

L'Assemblea dei Sindaci può, sulla base dei carichi di lavoro, modificare la quantità e la tipologia di personale necessario per la gestione di tale servizio.

Le assunzioni del personale delle due figure professionali afferenti a tale ufficio vengono garantite dalla Comunità Montana del Piambello per tutta la durata del presente Piano di zona.

OBIETTIVI DA PERSEGUIRE DA PARTE DELL'UFFICIO DI PIANO

L'Ufficio di Piano si propone nel triennio di perseguire i seguenti obiettivi di lavoro:

- a) *incentivare il coinvolgimento delle Assistenti sociali dei Comuni nella realizzazione di progettualità distrettuali*

azioni: affidare alle Assistenti sociali dei Comuni progetti o interventi distrettuali da seguire per conto di tutto l'Ufficio di piano

risorse: professionali

Indicatore: numero dei nuovi progetti e degli interventi seguiti direttamente dalle assistenti sociali dei comuni per il distretto in rapporto al numero complessivo di progetti e interventi realizzati dal distretto;

modalità di misurazione: indicatore annuale variazione sul triennio e di anno in anno

obiettivo dell'indicatore: verificare l'incremento delle progettazioni distrettuali seguite dai servizi sociali dei comuni che afferiscono al Piano di Zona

aumentare il livello di omogeneizzazione delle risposte dei servizi sociali dei comuni nella gestione dei servizi

azioni:

- aumentare il numero di Comuni che approvano il regolamento per l'accesso ai servizi già approvato dai Comuni di Arcisate e Cantello
- applicare regole omogenee per tutti i comuni per tutti i nuovi progetti ed interventi distrettuali

risorse: professionali Ufficio di Piano

indicatore: numero dei servizi/interventi per i quali vengono effettivamente applicate modalità di accesso e caratteristiche gestionali omogenee in tutti i Comuni in rapporto al numero totale dei servizi/interventi garantiti dai servizi sociali dei Comuni

modalità di misurazione: indicatore annuale variazione sul triennio e di anno in anno

obiettivo dell'indicatore: verificare quanto sia diffusa l'omogeneità di erogazione dei servizi sul territorio

IL TAVOLO DELLE ASSISTENTI SOCIALI DEI COMUNI

Le Assistenti sociali dei Comuni della Valceresio si ritrovano periodicamente per confrontarsi sulle modalità di gestione dei servizi sociali e per un passaggio di informazioni su nuove prestazioni o attività che devono essere erogati da ogni Comune.

Gli incontri sono autogestiti dal gruppo delle Assistenti sociali dei Comuni che definiscono l'ordine del giorno e la periodicità delle riunioni.

In questa sede vengono raccolte le indicazioni per la definizione delle priorità o per la segnalazioni di criticità o elementi da potenziare nell'attività distrettuale.

Le riunioni si tengono presso la sede dell'Ufficio di Piano.

ALLEGATI AL PIANO DI ZONA

ALLEGATO:

PATTO TERRITORIALE TRA L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VARESE E GLI ENTI CAPOFILA DEGLI AMBITI TERRITORIALI DELLA PROVINCIA DI VARESE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E SOCIALE IN MERITO ALL'ASSISTENZA DOMICILIARE

Premessa

Richiamati i seguenti documenti di programmazione regionale:

- DCR n.IX/0088 del 17 novembre 2010 "Piano socio sanitario regionale 2010-2014";
- DCR n.X/78 del 9 luglio 2013 "Programma regionale di sviluppo della X legislatura".

Richiamate inoltre le seguenti Deliberazioni di Giunta Regionale:

- D.G.R. n.X/116 del 14 maggio 2013 "Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo";
- D.G.R. n.X/326 del 27 giugno 2013 "Determinazioni in ordine alla ripartizione delle risorse del fondo sociale regionale 2013";
- D.G.R. n.X/740 del 27 settembre 2013 "Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo nazionale per le non autosufficienze anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013, n. 590.determinazioni conseguenti";
- D.G.R. n.X/856 del 25 ottobre 2013 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR 116/2013: primo provvedimento attuativo";
- DGR n.X/1185 del 20 dicembre 2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014";
- DGR n.X/1845 del 16 maggio 2014 "Determinazioni in ordine alla valutazione dei direttori generali delle Aziende sanitarie Locali e definizione degli obiettivi aziendali per l'anno 2014";
- DGR n.X/2655 del 14 novembre 2014 "Programma Operativo in materia di gravissime disabilità in condizione di dipendenza vitale, di cui al Fondo per le Non Autosufficienze - anno 2014. Prime determinazioni".

Considerato che a partire dalla sperimentazione ADI (assistenza domiciliare integrata) avviata nel 2012 sulla base del Decreto n.6032 del 6 luglio 2012 "Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l'assistenza domiciliare integrata" sono stati attivati percorsi ed individuati strumenti per la valutazione del bisogno della persona e della famiglia in un'ottica multidimensionale;

Considerato che la D.G.R. 2313 del 01/08/2014 sottolinea l'importanza dell'integrazione socio-sanitaria e perfeziona il processo e gli strumenti della valutazione multidimensionale;

Atteso che la realizzazione dell'integrazione sociosanitaria è fortemente indicata dalle disposizioni normative regionali richiamate in premessa e che la Direzione Sociale ha condiviso in seno alla Cabina di Regia istituita ai sensi della DGR n.326/2013 i seguenti macro-obiettivi ricompresi peraltro nel 'Documento di Pianificazione per lo sviluppo del sistema integrato sociosanitario' di cui all'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto:

1. attivare e implementare gli strumenti di Valutazione Multidimensionale Integrata attraverso lo sviluppo e l'articolazione del Piano di Assistenza Individuale integrato in una logica di budget di cura;

2. attivare e implementare le strutture organizzative ed operative finalizzate ad integrare il livello socio-assistenziale con il livello socio-sanitario in una logica di budget di cura;
3. attivare e implementare i processi operativi finalizzati al coinvolgimento attivo degli attori territoriali in funzione della gestione integrata della domanda del cittadino tenendo conto delle azioni già attivate, delle azioni in corso e di quelle da attivare;
4. attivare e implementare la rete primaria degli attori territoriali finalizzata allo sviluppo degli strumenti operativi per sostenere il processo di integrazione, in particolare gli strumenti a sostegno della valutazione multidimensionale integrata, della erogazione delle prestazioni, dello scambio informativo e del monitoraggio quali-quantitativo delle prestazioni erogate.

Preso atto che nella seduta del 23 settembre 2014 il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci della provincia di Varese ha approvato il 'DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA' di cui all'Allegato 1, quale atto di indirizzo per la sottoscrizione del presente patto territoriale;

Preso atto che nella seduta del 27 ottobre 2014 la 'Cabina di Regia - Organo di Indirizzo' ha condiviso il 'DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA';

Preso atto che nella seduta del 30 ottobre 2014 della 'Cabina di Regia - Organo Tecnico-Operativo' è stato presentato e condiviso il 'DOCUMENTO DI PIANIFICAZIONE PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA DI INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA';

Preso atto che i contenuti del presente Patto Territoriale, specificamente definiti per il territorio di competenza, sono stati discussi ed approvati dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci congiuntamente all'approvazione del Piano di Zona 2015/2017;

TRA

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VARESE con sede a Varese, via O. Rossi 9, rappresentata dal Direttore Sociale Lucas Maria Gutierrez

E

L'AMBITO TERRITORIALE DI ARCISATE con sede a Arcisate via Matteotti, 18, rappresentato da GIOVANNI RESTEGHINI nella sua qualità di PRESIDENTE DELL'ASSEMBLEA DEI SINDACI

SI CONVIENE E SI SOTTOSCRIVE

QUANTO SEGUE

1 - REFERENTI DEL PROCESSO DI INTEGRAZIONE

Il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale e il Direttore dell'Area Distrettuale socio-sanitaria dell'ASL o loro delegati sono identificati quali referenti del processo di integrazione territoriale.

La funzione dei referenti del processo di integrazione territoriale è quella di favorire la massima collaborazione tra gli Enti e tra gli operatori coinvolti nel processo di integrazione operativa e di monitorare lo svolgimento della collaborazione attivata sostenendo le eventuali rimodulazioni del processo di integrazione che dovessero rendersi necessarie.

La Direzione Sociale convoca di norma ogni sei mesi i referenti del processo di integrazione territoriale con l'obiettivo di facilitare e sostenere il processo di collaborazione gestionale ed operativa; garantisce inoltre le funzioni di *governance* atte a stabilizzare lo sviluppo del sistema di integrazione (interventi formativi, informativi, procedure operative, linee guida, supporto software, gruppi di lavoro ad hoc, ecc.) avvalendosi della CABINA DI REGIA istituita ai sensi della D.G.R. 326/13.

2 - FINALITÀ dell'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE

Presso l'Area Distrettuale sociosanitaria di Arcisate e l'Ambito territoriale dei Comuni associati di Arcisate è prevista l'attivazione "ad hoc" dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale con l'obiettivo di sviluppare le prassi operative finalizzate all'integrazione delle competenze sociali e socio-sanitarie e all'implementazione del processo di presa in carico (prenderci cura) della persona con fragilità, ciò allo scopo di favorirne la permanenza al proprio domicilio e garantire la continuità assistenziale a livello territoriale.

3 - DESTINATARI

Il lavoro integrato dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale si rivolge prevalentemente alle persone con disabilità grave o gravissima, a persone in condizione di dipendenza vitale e alle persone in condizione di non autosufficienza, temporanea o definitiva e alle loro famiglie, residenti nei Comuni afferenti all' Ambito territoriale.

4 - SEDE

Le riunioni, anche con modalità informatica, dell' Unità di Valutazione Multiprofessionale possono avvenire indifferentemente presso la sede del Distretto Sociosanitario o dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale o del Comune di residenza della persona fragile.

5 - FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

La modalità operativa dell' Unità di Valutazione Multiprofessionale potrà avvalersi del personale sanitario qualificato e dell'assistente sociale dell' ASL afferente al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dell'assistente sociale afferente all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale e/o al Servizio Sociale del Comune di residenza del cittadino, in stretta collaborazione tra loro per lo scambio, anche con modalità informatiche tramite il portale ADIWEB, di tutte le informazioni e gli interventi utili alla stesura del Piano terapeutico-assistenziale individualizzato e integrato.

L'Unità di Valutazione Multiprofessionale può ricorrere al contributo del Medico di Assistenza Primaria o del Pediatra di Famiglia referente.

I referenti dell'operatività dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale sono identificati nel Direttore dell'Area Distrettuale sociosanitaria e nel Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale dei Comuni associati o loro delegati.

6 - STRUMENTI OPERATIVI

A. Unità di Valutazione Integrata:

è la prassi operativa di valutazione multiprofessionale delle persone in condizioni di fragilità nell'ambito dell'assistenza domiciliare che richiedono interventi integrati di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale.

All' Unità di Valutazione Multiprofessionale afferiscono:

- le segnalazioni degli operatori territoriali e dei servizi presenti sul territorio di situazioni di persone in condizioni di fragilità con un alto grado di complessità assistenziale;

Il lavoro dell'Unità di Valutazione Multiprofessionale si esplica mediante:

- l'attivazione del Piano terapeutico-assistenziale individualizzato e integrato;
- l'aggiornamento e la rivalutazione del Piano terapeutico-assistenziale individualizzato e integrato relativamente alle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali che dovessero rendersi necessarie;
- l'attivazione di interventi complementari a sostegno della domiciliarità;
- la concertazione ed il confronto con le strutture sanitarie per facilitare i percorsi di diagnosi e cura anche al fine di facilitare la continuità assistenziale in fase di dimissioni ospedaliere;
- relativamente ai processi gestionali ed operativi dell'Ambito Territoriale di Arcisate (evidenziare eventuali le specificità gestionali ed operative)

B. Valutazione multidimensionale

Il modello di valutazione multidimensionale (in ambito ADI è attivato dal Medico di Assistenza Primaria o dal Pediatra di Famiglia) è così articolato:

- TRIAGE: valutazione di primo livello finalizzata ad identificare e separare i bisogni complessi di natura sociosanitaria, dai bisogni semplici che possono essere soddisfatti con interventi di natura sociale o sociosanitaria monoprofessionale;
- VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE: valutazione di secondo livello finalizzata ad identificare i bisogni della persona, con problemi complessi, sia sociosanitari (valutazione funzionale), sia sociali, sia relazionali (valutazione sociale).

C. Valutazione multiprofessionale

Valutazione garantita dall'Unità di Valutazione Multiprofessionale con l'obiettivo, per le situazioni complesse, di attivare la rete di assistenza territoriale mediante l'elaborazione del Piano terapeutico-assistenziale individualizzato e integrato e di supportare la realizzazione del progetto di vita della persona in condizioni di fragilità.

D. Portale ADIWEB

E' il Portale informatico condiviso tra gli Ambiti Territoriali dei Comuni associati e le Aree Distrettuali socio-sanitarie dell'ASL.

- L'utilizzo del portale ADIWEB da parte degli operatori territoriali è una delle condizioni essenziali per consentire l'attivazione del processo di integrazione assistenziale.
- L'operatività del portale ADIWEB consente lo scambio reciproco, tramite apposite funzioni di avviso, delle informazioni relative al processo assistenziale tra gli operatori del Distretto socio-sanitario, gli operatori dei Servizi Sociali dei Comuni, i Medici di Assistenza Primaria e i Pediatri di Famiglia.

I dati inseriti in ADIWEB consentono di configurare il Fascicolo Sociale Integrato con la specifica gestionale del piano terapeutico-assistenziale individualizzato e dei servizi sociali e socio-sanitari attivati.

Il portale ADIWEB contempla inoltre gli elementi per ottemperare al debito informativo attraverso il monitoraggio quali-quantitativo;

- tutti gli operatori territoriali devono essere in possesso delle credenziali per l'accesso al portale ADIWEB;
- gli adeguamenti del portale ADIWEB che dovessero rendersi necessari ed i relativi aggiornamenti formativi rivolto agli utilizzatori del portale sono garantiti dalla Direzione Sociale dell'ASL;

E. Diagramma di flusso del processo di valutazione del bisogno

- Vedere ALLEGATO.

7 - MONITORAGGIO

Le attività integrate saranno oggetto di monitoraggio almeno semestrale da parte del Direttore dell'Area Distrettuale sociosanitaria congiuntamente al Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale dei Comuni associati e almeno semestrale da parte della Direzione Sociale nell'ambito dei lavori della CABINA DI REGIA istituita ai sensi della DGR 326/13.

8 - DURATA DELL'ACCORDO

Il presente PATTO TERRITORIALE si intende operativo dalla data di sottoscrizione ed ha validità sperimentale di un anno rinnovabile su esplicita volontà delle parti in ordine al rinnovo del medesimo.

Per tutto quanto non previsto, si rinvia alle normativa vigente in materia.

Letto, confermato e sottoscritto.

Varese, li

Per l'Ambito Territoriale dei Comuni associati di
ARCISATE

IL PRESIDENTE DELL'ASSEMBLEA DEI SINDACI
Giovanni Resteghini

Per l'ASL della Provincia di Varese
su delega del Direttore Generale

IL DIRETTORE SOCIALE
Dr. Lucas Maria Gutierrez

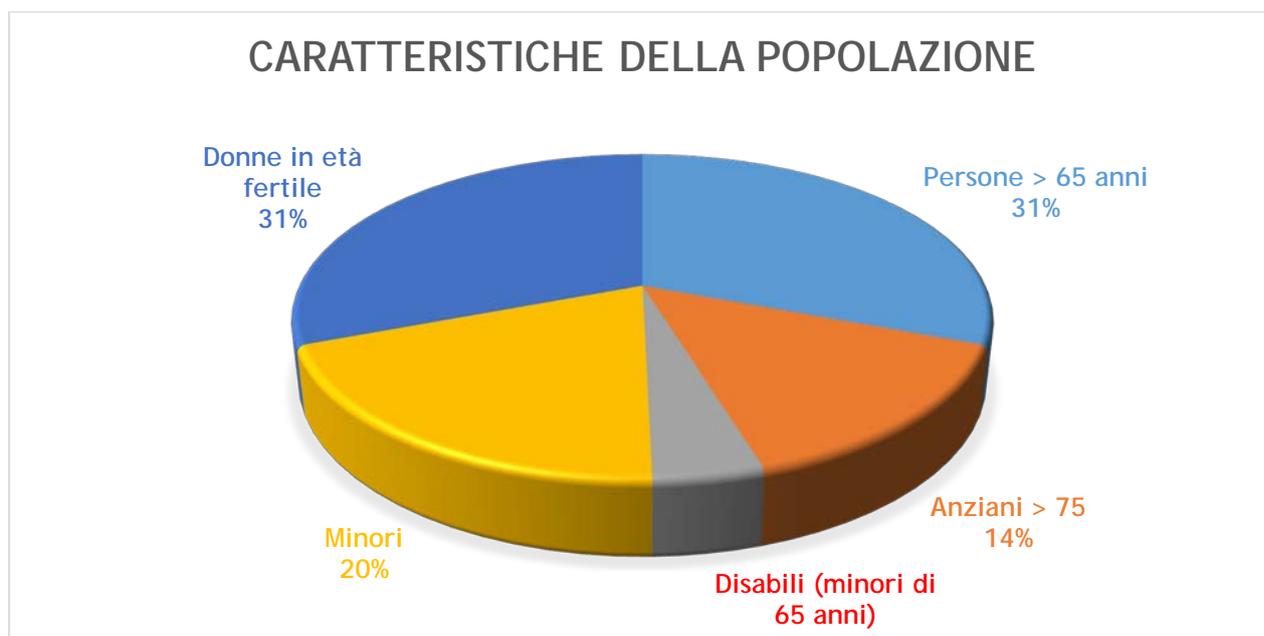
I DATI DI CONTESTO

LE DIMENSIONI DELLA DOMANDA (dati Regione Lombardia)

- Anziani (> 65 anni): 20,1% della popolazione, circa 2 milioni di persone.
- Persone con demenza grave o Alzheimer: aumento del 22% dal 2004, da 29.825 a 36.410 (30.469 demenze gravi e 5.941 Alzheimer).
- Persone con disabilità: 31% della popolazione, circa 310.000 persone di cui 26.000 minori.
- Persone con disabilità grave e gravissima: 37.825 di cui 4.831 minori. 600.000 persone in condizione di cronicità socio-sanitaria nel 2013
- 60.000 anziani, di cui 33.400 persone con disabilità (di cui 3.400 minori) non hanno avuto accesso alla rete dei servizi sociali e socio-sanitari.

CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE (dal punto di vista del bisogno - dati provinciali)

Persone > 65 anni:	194.789 (21,9% della popolazione)
Anziani > 75:	91.706 (10,3% della popolazione)
Disabili (minori di 65 anni):	27.441 (3% della popolazione)
Minori:	123.769 (13,9% della popolazione)
Donne in età fertile:	194.855 (42,7% della popolazione)
Soggetti con dipendenza da sostanze illegali:	11,9‰ sulla popolazione residente tra 15 e 64 anni
Alcool dipendenti (heavy drinkers):	9.047
Giocatori d'azzardo con profilo di rischio moderato:	8.600



RETE DI OFFERTA SANITARIA TERRITORIALE

STRUTTURE DI RICOVERO RIABILITATIVE

La tabella che segue rappresenta una sintesi della distribuzione dei posti letto di riabilitazione, con indicazione dei posti letto accreditati e di quelli dichiarati operativi al 31.08.2014 dalle strutture di ricovero provinciali.

Si evidenzia che per il territorio provinciale, rispetto a 0,85 x 1000 posti letto accreditati a CONTRATTO (757/889 x 1000) sono REALMENTE ATTIVI al 31.08.2014 0,65 x 1000 (575/889). Suddividendo l'offerta per aree geografiche, si nota una condizione di discreto equilibrio (con solo una leggera prevalenza nell'Area Nord):

- per l'Area Nord rispetto a posti letto contrattualizzati pari allo 0,94 x 1000 (372/395) si ha un' effettiva operatività del 0,67 x 1000 (266/395)
- per l'Area Sud rispetto a posti letto contrattualizzati pari allo 0,78 x 1000 (385/494) si ha un' effettiva operatività pari allo 0,60 x 1000 (309/494)

La differenza tra posti letto realmente attivi, rispetto ai posti letto accreditati a contratto è imputabile essenzialmente a carenze operative presso le Aziende Ospedaliere Pubbliche provinciali.

Da valutare, in corso d'anno, l'eccesso di posti letto operativi per attività riabilitativa presso la Casa di Cura S. Maria Multimedica di Castellanza rispetto ad una riduzione di attività di posti letto per acuti soprattutto in ambito di Medicina e Chirurgia generali.

Nella tabella che segue si sintetizzano le principali differenze tra aree di riabilitazione specialistica e, in difetto, tra le branche riabilitative di Neurologia e di Riabilitazione Generale-Geriatria.

TERRITORIO ASL	PRESIDIO EROGATORE	N° Posti Letto riabilitativi a contratto SSR - operativi SSR e (Day Hospital)							
		Cardiologia	Pneumologia	Neurologia	Special.	Gen.Ger.	Manten.	N° posti letto a contratto	N° posti letto attivi
Area Nord	OSPEDALE DI CUASSO AL MONTE	5-3	25-16	60-13		18-0		108	32
	OSPEDALE DI LUINO				34 - 16			34	16
	CASA DI CURA LE TERRAZZE				143 - 143			143	143
	FONDAZIONE BORGHI			25 - 25		27 - 27	23 - 23	75	75
Totale Area Nord		5 -3	25 -16	85 - 38	177 - 159	45 - 27	23 - 23	360	266
Area Sud	OSPEDALE DI BUSTO ARSIZIO				20-20	38-0		58	20
	OSPEDALE DI SARONNO				30-24	14-0		44	24
	OSPEDALE DI TRADATE				8-4	8-0		16	4
	OSPEDALE DI SOMMA L.	10-10			40-38 (2)	17-0		69	50
	OSPEDALE DI GALLARATE				12-12	9-4		21	16
	OSPEDALE DI ANGERA					12-0		12	0
	FONDAZIONE MAUGERI	30-30	33-33	22-22	30-30			115	115
	IST. CLINICO MATER DOMINI				14-14			14	14
	CASA DI CURA S. MARIA	28-36(1)		8-12	10-16 (1)			48	66
Totale Area SUD		68-76 (1)	33-33	30-34	164-158(3)	98-4		397	309

Posti accreditati non a contratto: 4 Casa di Cura Fondaz. Borghi, 42 C.C. Le Terrazze

N.B.: la eventuale cifra dopo "-" è quella degli "effettivi-operativi"; i p.l. tra parentesi sono i D.H.

Distretto di Arcisate - Piano di Zona per le politiche sociali 2015/2017

COMUNITÀ PROTETTE DI PSICHIATRIA E DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE (NPI)

La tabella seguente rappresenta una sintesi della rete di offerta provinciale pubblica e privata accreditata a contratto. Vi è una consistente prevalenza nell'Area NORD di comunità protette.

In corso d'anno saranno effettuate verifiche sulla distribuzione di posti nei Centri Diurni e Centro Psico-Sociale (CPS) presso le Aziende Ospedaliere di Busto Arsizio e Gallarate.

2014		Area NORD		Area SUD	
Tipologia		n°Strutture	posti	n°Strutture	posti
Comunità Protette Alta Intensità		10	183	3	60
Comunità Protette Media Intensità		4	70	2	20
Comunità Riabil. Alta Intensità		1	9	2	33
Comunità Riabil. Media Intensità		2	35	1	14
Totale		17	297	8	127
Comunità Terap. per Minori		1	14	0	0
Centri Diurni Adulti*		4	68	2	21
Centri Diurni NPI Infanzia Adolescenza		1	32**	1	26
Disturbi Comport. Alim.	Adulti	2	15***	0	0
Disturbi Comport. Alim.	Minori	1	6****	0	0

* 2 Centri Diurni solo accreditati (1 Nord con 15 posti e 1 Sud con 10 posti)

** 8 posti solo accreditati; *** 25 posti solo accreditati; **** solo accreditati (+ altri 4 in corso)

CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE

Specifiche Deliberazioni regionali (DGR 1884/2000 e DGR 9691/2002) hanno previsto l'istituzione di:

- Unità di Cure Palliative presso unità di degenza nell'Azienda Ospedaliera di Varese (11 posti letto) e nell'Azienda Ospedaliera di Busto A. (10 posti letto). In ambito di cure palliative le deliberazioni indicate prevedono 0,39 posti letto x 10.000 abitanti. Ad oggi, il numero di unità di cure palliative ospedaliere è inferiore di 14 posti rispetto al dato attualizzato agli abitanti;
- Hospice, presso strutture residenziali socio sanitarie "3SG" di Gallarate ("Altachiara" con 12 posti letto), "Le Residenze" di Besano (con 8 posti letto) e "Fond. Menotti-Bassani" di Laveno M. (con 8 posti letto). In ambito di Hospice, le deliberazioni indicate prevedono 0,15 posti letto x 10.000 abitanti. Ad oggi, il numero di unità di hospice è superiore di 15 posti rispetto al dato attualizzato agli abitanti.

RETE DI OFFERTA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE

RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI RSA

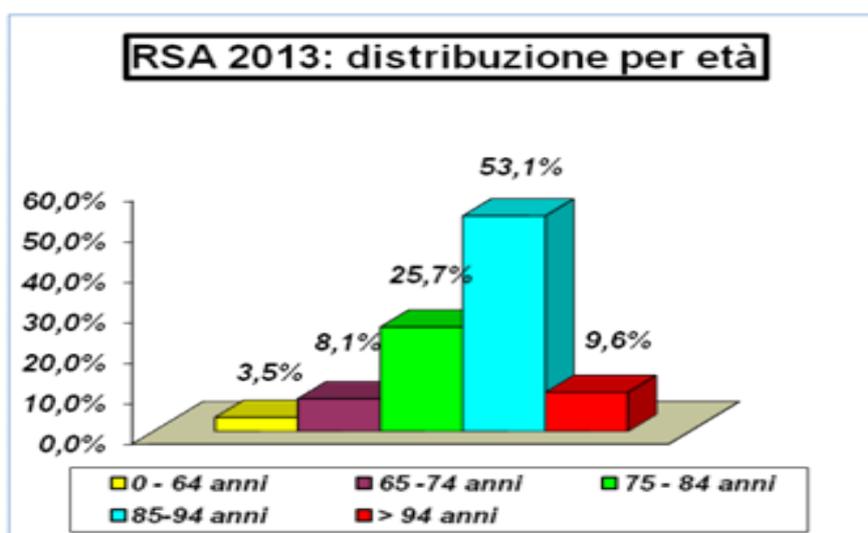
N. persone assistite 7.437, di cui il 96,5% anziani (età ≥ 65 anni) e l'88,5% di età superiore ai 74 anni.

Si osserva come i $\frac{3}{4}$ della popolazione delle RSA della provincia di Varese è rappresentato da donne e che più del 50% degli ospiti è compreso nella fascia di età tra gli 85 e i 94 anni. Esigua, come è normale che sia, la presenza nelle nostre RSA di utenza giovane, che peraltro risulta proporzionalmente 3 volte maggiore nel sesso maschile rispetto a quello femminile.

Tabella 1: distribuzione per sesso dell'utenza non tipica

	ALZHEIMER	SV	EX OP B	EX OP A	SLA
UOMINI	104	38	10	13	6
DONNE	204	36	14	12	5
TOTALE	308	74	24	25	11

Si osserva come, mentre per l'utenza Alzheimer le donne rappresentano quasi il doppio degli uomini (dato epidemiologico correlato alla maggior prevalenza di grandi anziani nel sesso femminile ospiti di RSA, oltre che alla clinica della malattia), per tutte le altre tipologie di utenza speciale non esiste differenza significativa tra i due sessi.

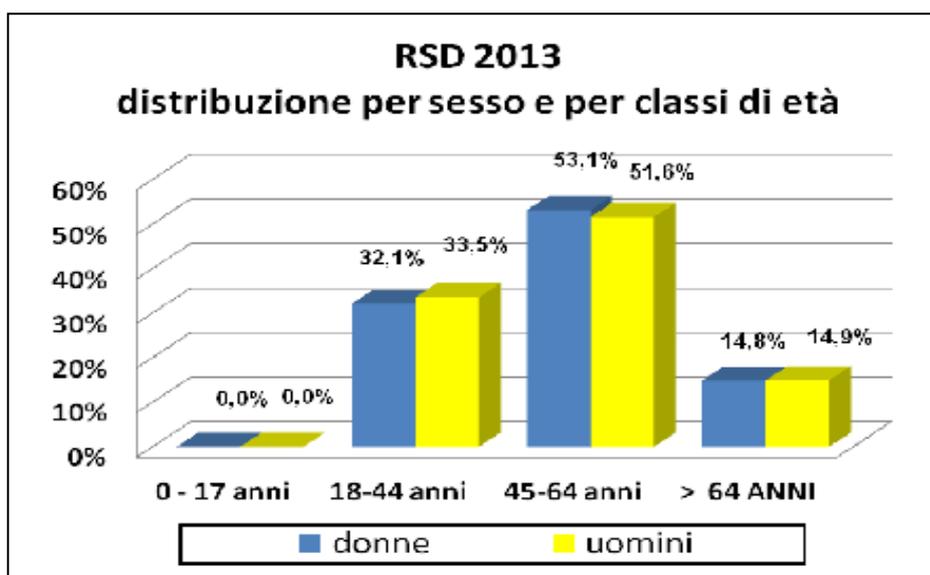


Le RSA presenti sul territorio varesino sono 55, di cui 52 sono contrattualizzate, 2 sono accreditate e 1 è solo autorizzata al funzionamento.

RESIDENZE SANITARIE DISABILI RSD

N. persone assistite: 242, di cui l'85,1% di età <65 anni).

Si osserva come i 2/3 della popolazione delle RSD della provincia di Varese (al contrario di quanto avviene per gli anziani in RSA) è rappresentato da uomini e che più del 50% degli ospiti è compreso nella fascia di età tra gli 45 e i 64 anni. La presenza di utenti al di sotto dei 18 anni è pressoché nulla.



Le RSD presenti sul territorio varesino sono 7, tutte contrattualizzate.

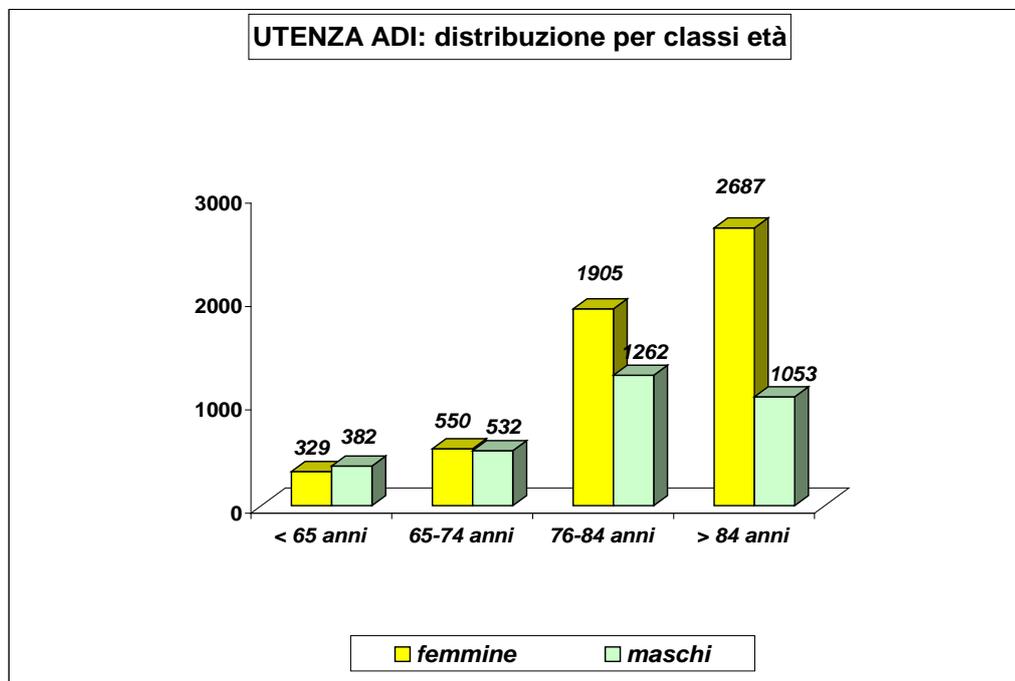
ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA ADI

N. persone assistite: 8.700, di cui il 91,8% ha un'età \geq a 65 anni

La tipologia di utenza assistita in ADI nel 2013 (rispetto alle macrocategorie previste nei flussi regionali) risulta composta per il 96% da utenza tipica. Il restante 4% è rappresentato da utenza affetta da malattia del motoneurone (0,7%), da stato vegetativo (0,1%) e da malati nella fase terminale della vita (3,2%).

PROFILI ASSISTENZIALI	N. PROFILI	%
estemporanea	4740	15,4%
prestazionale	13087	42,5%
profilo 1	11162	36,2%
profilo 2	270	0,9%
profilo 3	706	2,3%
profilo 4	709	2,3%
adi cure palliative	127	0,4%
totale	30801	100,0%

Si osserva come la maggior parte dei profili assistenziali (57,9%) siano rappresentati da profili a bassa intensità (profili estemporanea e prestazionali) mentre i profili a media intensità (profili 1 e 2) rappresentano il 37,1% del totale. Complessivamente i profili ad elevato impegno assistenziale (profili 3 - 4 e ADI CURE PALLIATIVE) costituiscono solo il 5% del totale dei profili assegnati nel 2013.

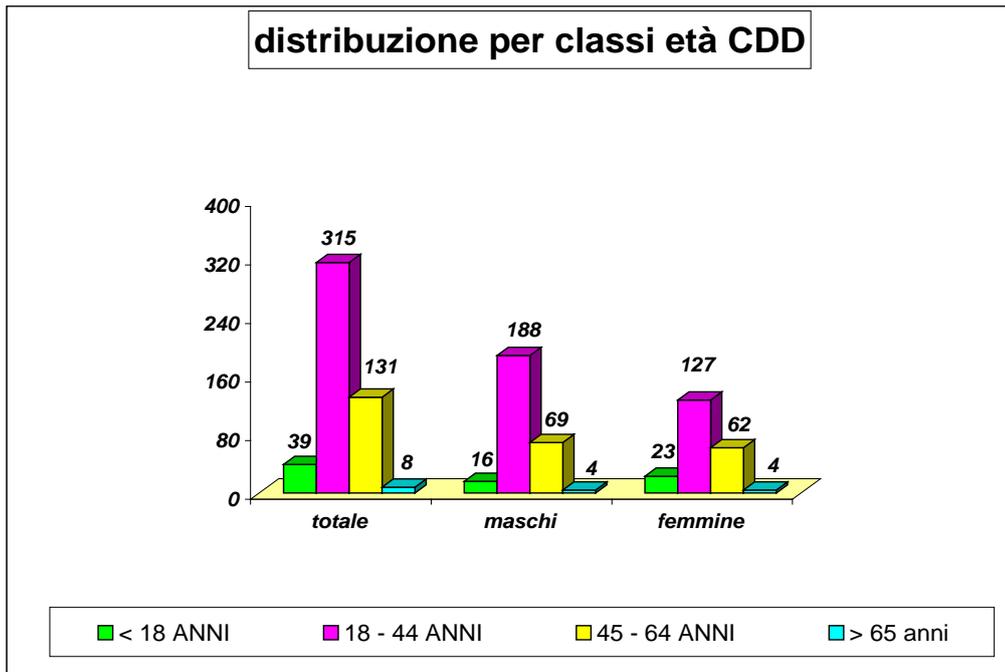


Le UDO A.D.I. presenti sul territorio varesino sono 30, tutte contrattualizzate per l'erogazione di prestazioni ADI e alcune (n. 10) anche per le CURE PALLIATIVE.

CENTRO DIURNO DISABILI CDD

N. persone assistite: 493, di cui oltre il 98% presentano un'età \leq ai 65 anni.

Si osserva come la popolazione dei CDD della provincia di Varese (in analogia con quanto si verifica in RSD) è rappresentata prevalentemente da uomini e che più del 90% degli ospiti è compreso nella fascia di età tra i 18 e i 65 anni. La presenza di utenti al di sopra dei 65 anni è molto limitata (1,6%) mentre è abbastanza rappresentata la fascia di età sotto i 18 anni (quasi l'8%), in considerazione del fatto che sono presenti anche UDO che accolgono disabili minori.

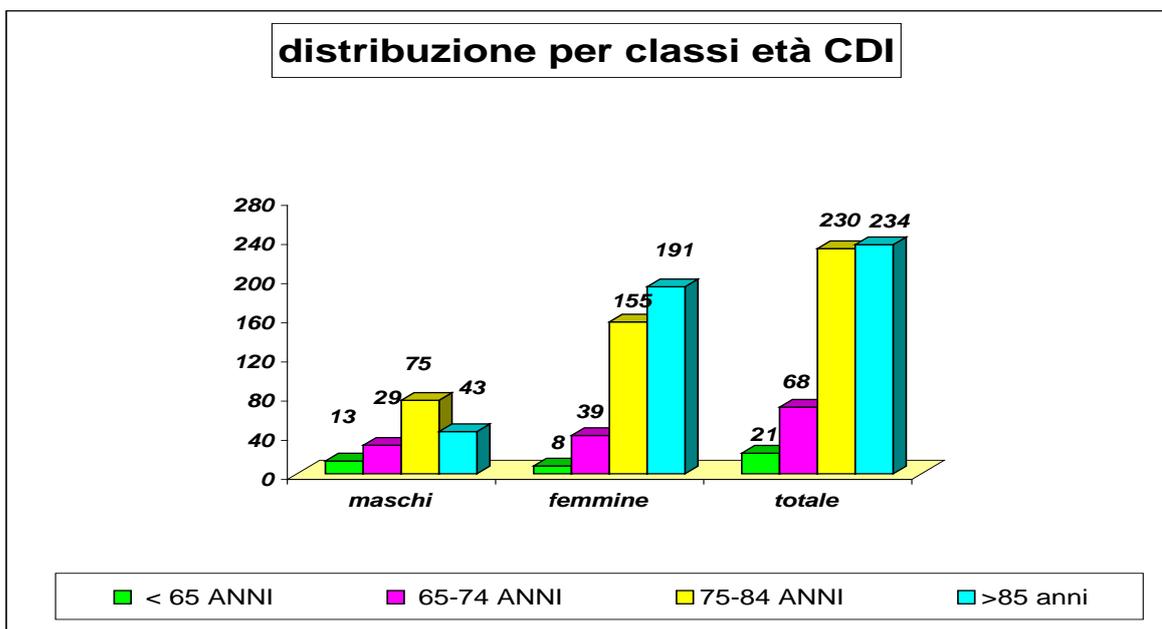


I CDD presenti sul territorio varesino sono 21. Di questi: 20 sono contrattualizzati per complessivi n. 516 posti. La disponibilità di posti a contratto ogni 100 residenti disabili di età inferiore a 65 anni ammonta a 7,27

CENTRO DIURNO INTEGRATO CDI

N. persone assistite: 553, di cui il 96,2% di età ≥ ai 65 anni.

Si osserva come oltre il 70% della popolazione dei CDI della provincia di Varese (in analogia con quanto si verifica in RSA) è rappresentato da donne e che più dell'80% degli ospiti è compreso nella fascia di età oltre i 75. La presenza di utenti al di sotto dei 65 anni è molto limitata (3,8%).

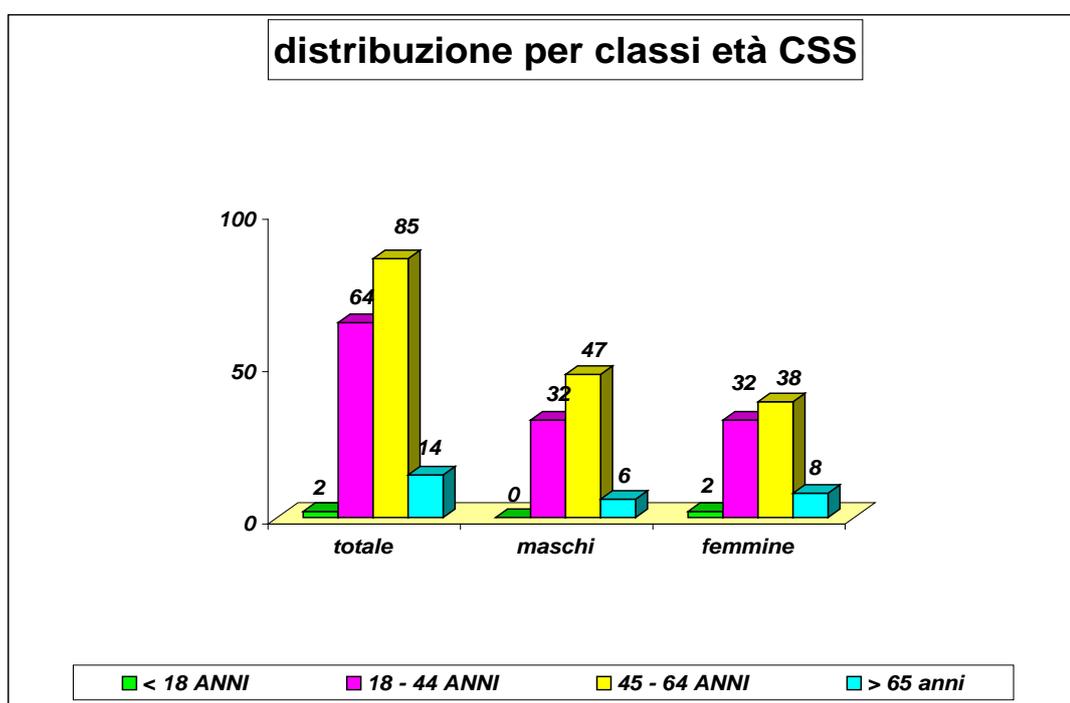


I CDI presenti sul territorio varesino sono 16. Di questi: 14 sono contrattualizzati per complessivi n. 318 posti. La disponibilità di posti a contratto ogni 100 residenti di età superiore a 75 anni ammonta a 0,34.

COMUNITÀ SOCIO-SANITARIA CSS

N. persone assistite: 165, di cui oltre il 90% presentano un'età ≤ ai 65 anni.

Si osserva come la popolazione dei CSS della provincia di Varese (in analogia con quanto si verifica in RSD) è rappresentata prevalentemente da uomini e che più del 90% degli ospiti è compreso nella fascia di età tra i 18 e i 65 anni. La presenza di utenti al di sopra dei 65 anni rappresenta l'8,5% del totale degli utenti in CSS, mentre è molto limitata la fascia di età sotto i 18 anni (1,2%).

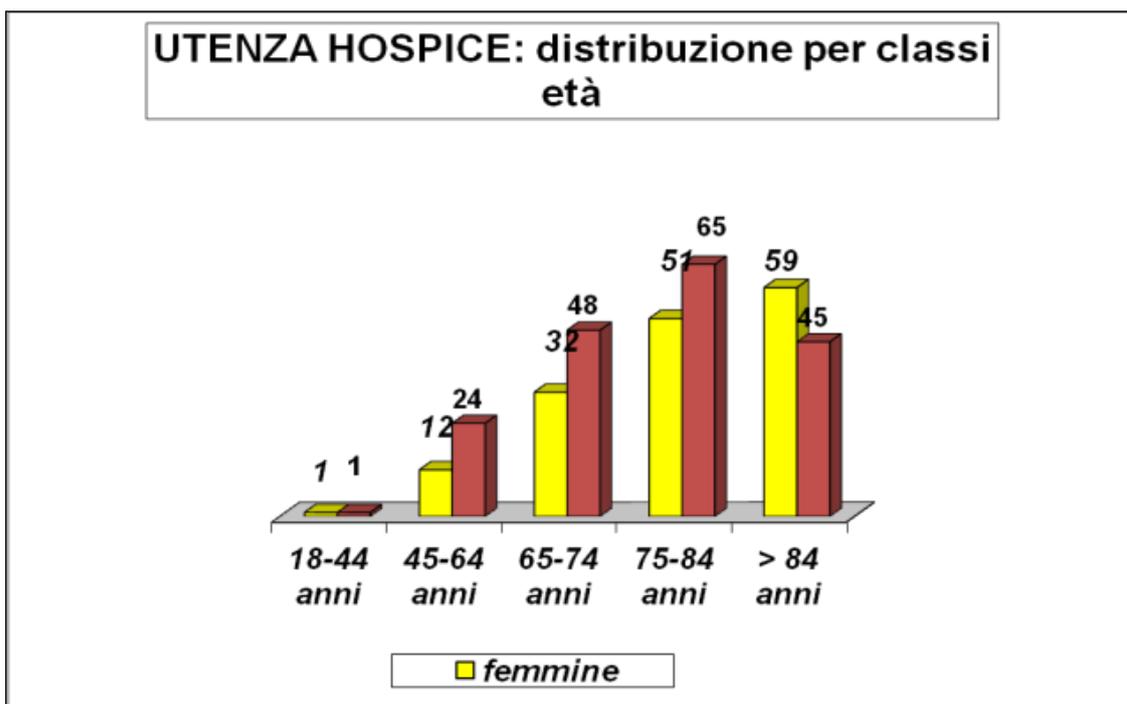


Le CSS presenti sul territorio varesino sono 16. Di queste: 15 sono contrattualizzate per complessivi n. 137 posti. La disponibilità di posti a contratto ogni 100 residenti disabili di età inferiore a 65 anni ammonta a 1,93.

HOSPICE SOCIO-SANITARI

N. persone assistite: 338, di cui quasi il 90% di età ≥ a 65 anni.

Si osserva come il sesso prevalente, contrariamente a quella di quasi tutte le altre UDO Socio Sanitarie, è rappresentato da uomini. Pochi sono gli ospiti sotto i 45 anni (un uomo e una donna) e quelli compresi nella fascia di età tra i 45 e i 64 anni. La maggior parte delle persone accolte negli hospice varesini (88,8%), sono infatti soggetti anziani.



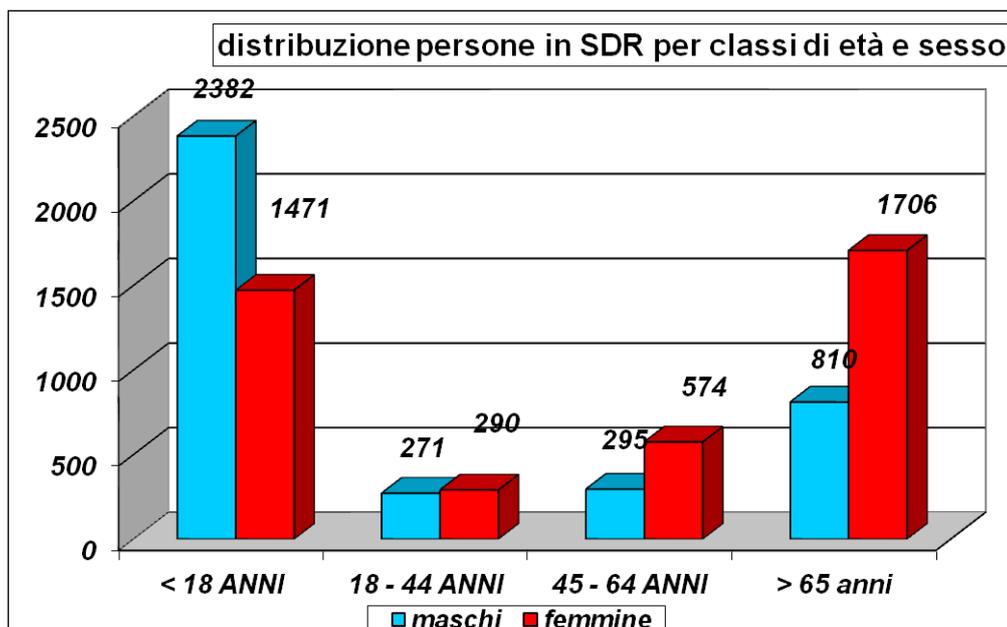
Gli HOSPICE presenti sul territorio varesino sono 3 per complessivi n. 28 posti, tutti accreditati e contrattualizzati. La disponibilità di posti a contratto ogni 100 residenti ammonta a 0,0031.

CURE INTERMEDIE

N. persone assistite: 7799, di cui i 2/3 di età < 65 anni e 1/3 di età > ai 65 anni.

Si osserva come la popolazione che usufrisce di prestazioni presso le UDO di CURE INTERMEDIE della provincia di Varese (al contrario di quanto avviene, per esempio, in RSA) è distribuita in modo abbastanza uniforme tra i due sessi.

Relativamente alle fasce di età, si nota come siano poco rappresentate le fasce intermedie della vita, mentre le fasce estreme (età inferiore ai 18 anni ed età superiore ai 65 anni) sono numericamente più cospicue, con una diversa distribuzione per sesso (prevalgono i maschi sotto i 18 anni e le donne sopra i 65 anni).

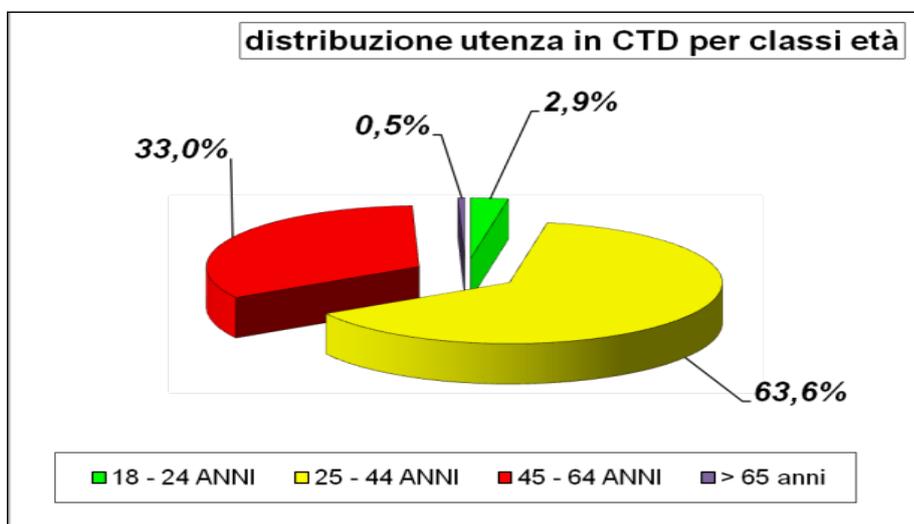


Le UDO di CURE INTERMEDIE presenti sul territorio varesino sono n. 7. Di queste, n. 1 UDO eroga prestazioni solo in regime residenziale e, in ossequio a quanto stabilito dalla DGR n. 1185/2013, è da ricollocarsi nell'area delle Cure Intermedie; altre 2 UDO erogano prestazioni di tipo residenziale, ambulatoriale e domiciliare; le restanti n. 4 UDO erogano prestazioni ambulatoriali, cicli diurni e day hospital. La disponibilità di posti a contratto nel regime residenziale ogni 100 residenti ammonta a 0,011.

COMUNITÀ TOSSICODIPENDENTI

N. persone assistite: 385, tutte di età inferiore ai 65 anni, tranne due soggetti alcol dipendenti, entrambi di 66 anni di età.

La **tipologia di utenza** ricoverata nell'anno 2013 nelle CTD della provincia di Varese risulta composta quasi per l'85% da utenza tipica e per il restante 15% da utenza agli arresti domiciliari (1,3%) e in affidamento terapeutico (14,4%).

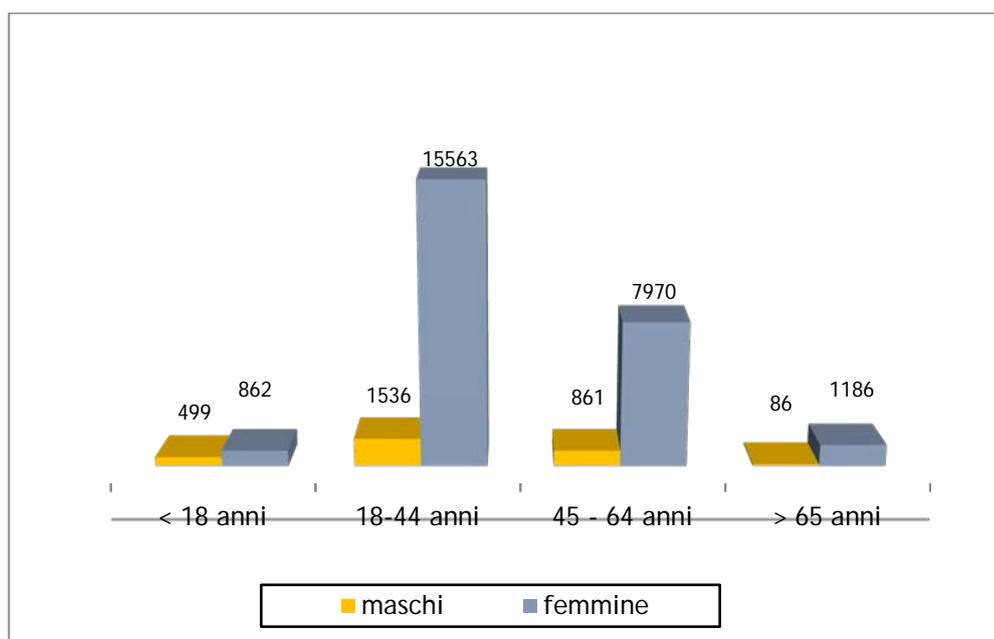


Le COMUNITÀ TOX presenti sul territorio varesino sono 13, tutte contrattualizzate, per complessivi n. 248 posti di cui 218 residenziali e 30 semiresidenziali. L'offerta territoriale si completa con i SERT dell'Asl che sono in totale 7 così dislocati: Arcisate, Busto Arsizio, Cittiglio, Gallarate, Saronno, Tradate, Varese. La disponibilità di posti a contratto ogni 100 residenti di età inferiore a 65 anni ammonta a 0,043.

CONSULTORI FAMILIARI

N. persone assistite: 28.563, di cui oltre il 95% di età <65 anni.

Si osserva che più del 90% della popolazione dei CF della provincia di Varese è rappresentato da persone di sesso femminile, comprese nelle fasce di età tra i 18 e i 65 anni. Gli utenti al di sotto dei 18 anni sono distribuiti, relativamente alla caratteristica "sesso", diversamente rispetto alla popolazione totale che affinisce ai consultori, con un rapporto femmine/maschi di 2 a 1 anziché di 10 a 1 come per tutte le altre fasce di età degli utenti che accedono ai consultori familiari.



I Consultori familiari presenti sul territorio varesino sono 18 di cui 12 pubblici e 6 privati, tutti contrattualizzati. La loro dislocazione territoriale risulta omogenea sul territorio provinciale, concentrati nelle aree maggiormente popolate.

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: VERSO UNA PRESA IN CARICO GLOBALE E VERSO IL BUDGET DI CURA

Dal 2009 al 2013 si rileva l'aggravio del carico assistenziale provinciale con particolare riferimento ai pazienti cronici, contraddistinto dalle seguenti evidenze:

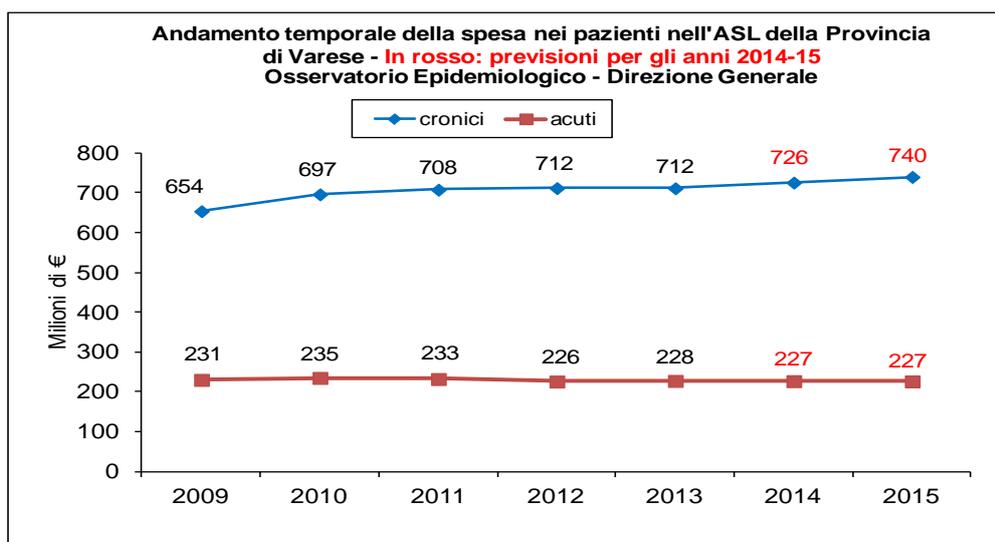
aumento degli assistibili (0,7%), corrispondente ad un aumento di 2,3% dei pazienti cronici;

- aumento della spesa totale è aumentata di 1,6%, ma decresce di -0,3% nei pazienti acuti, mentre aumenta di +2,2% nei cronici;
- tra i pazienti cronici, si registra un aumento annuale di 1.071 pazienti neoplastici. Altri aumenti degni di nota si osservano tra i cardiopatici (+591) e i diabetici (+1.150);

I trend previsti per il biennio 2014-2015 possono essere così sintetizzati:

- aumento dei pazienti cronici da 274.651 del 2013 a 280.498 nel 2014 a 286.345 nel 2015;
- aumento della spesa per i pazienti cronici da 712 milioni di € del 2013 a 726 milioni di € nel 2014 a 740 milioni di € nel 2015.

La BDA (Banca Dati Assistiti) conferma come l'aumento di assistiti e di spesa sanitaria riguardi soprattutto le patologie croniche, mentre i malati acuti e la loro spesa sanitaria appaiono sostanzialmente costanti.



Nell'operare una sintesi dei dati epidemiologici sopra riportati si evidenzia come il 30% dei pazienti lombardi è costituito da persone con patologie croniche (es. diabete, ipertensione) = circa 3 milioni di persone.

Alle persone con patologie croniche sono da aggiungere quelle con cronicità "socio-sanitaria" (anziani non autosufficienti, disabili, dipendenze, ecc..) che assorbono circa il 70% delle risorse FSSR.

A questi dati è da aggiungere che, a livello regionale, il 37% dei malati cronici è impropriamente ricoverato in aree per acuti e, del totale dei cronici, il 10% è in carico ai servizi socio-sanitari e sociali. Circa 600.000 persone non hanno ancora accesso alla rete dei servizi.

Solo partendo da una concreta integrazione di risorse sia umane che finanziarie sarà possibile far fronte a ciò che nei prossimi anni possiamo definire una vera e propria urgenza programmatoria.

Occorre pertanto orientare complessivamente il sistema sanitario e socio-sanitario al prendersi cura di queste persone fragili offrendo servizi adeguati ai bisogni espressi da loro e dalle loro famiglie.

L'integrazione sociale e sanitaria deve trovare forme di prossimità che esprimano compiutamente l'indispensabile unitarietà dell'approccio e delle modalità operative.

Gli attori coinvolti a livello territoriale sono infatti molteplici e diversificati. La gestione della cronicità richiede perciò cultura, strumenti, competenze e organizzazioni innovative in cui l'integrazione e la continuità di cura tra i soggetti di tutta la rete dei servizi è la componente principale per garantire una presa in carico individualizzata ed appropriata. Pertanto identificare opportunità di sviluppo, sia organizzative che istituzionali per governare la cronicità mette in campo un modello "sistemico" che deve necessariamente integrare tra loro tutte le fasi del percorso della persona affetta da condizioni croniche (promozione della salute, prevenzione, cure ospedaliere, cure territoriali, assistenza sociale).

A titolo di esempio per la gestione del paziente cronico occorre attuare:

- Ricomposizione delle risorse:
 - dei Comuni (socio-assistenziale);
 - delle ASL (socio-sanitario), delle Aziende Ospedaliere del territorio e di tutte le strutture accreditate;
 - dei Comuni-ASL;
 - detenute da Comuni e ASL con le risorse detenute dalle famiglie, per armonizzare sistema di cure formalizzato e attuale sistema di cure informali
- Ricomposizione delle conoscenze: dati su bisogni, risorse e offerta dei territori
- Ricomposizione degli interventi e servizi (continuità assistenziale)
- Costituzione di punti di riferimento integrati per i cittadini
- Costituzione di luoghi di accesso e governo dei servizi riconosciuti e legittimati localmente: prossimità e presa in carico integrata.

NORMATIVA DERIVANTE DALL'ATTO DI INDIRIZZO EX DGR 116/2013: "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'ISTITUZIONE DEL FONDO REGIONALE A SOSTEGNO DELLA FAMIGLIA E DEI SUOI COMPONENTI FRAGILI: ATTO DI INDIRIZZO"

DATI RELATIVI ALL'ANNO 2014

DGR 499/2013 e DGR 2022/2014

- N. persone assistite in regime post acute: 411

DGR 499/2013 e DGR 2022/2014

- N. persone e famiglie prese in carico restanti progettazioni: 141

DGR 740/21013 - Misura B1

- N. persone fruitrici della misura: 117

DGR 856/2013 - Misura 2 - Residenzialità leggera

- N. persone fruitrici della misura: 43

DGR 856/2013 - Misura 4 - RSA aperta

- N. persone fruitrici della misura: 388

DGR 856/2013 -Misura 5 - GAP

- N. persone fruitrici della misura: 145

DGR 856/2013 -Misura 6 - Comunità minori

- N. minori: 257

DGR 37/2013 ex DGR 63/2013

Azione 1 - Interventi domiciliari

- N. minori in carico: 37
- Voucher assegnati: 363

Azione 2 - residenzialità temporanea

- N. minori in carico: 5
- Voucher assegnati: 5

Azione 3 - Tempi di sollievo

- Minori in carico: 18
- Voucher assegnati: 21

DGR 392/2013

Azioni a favore di persone minori e adulti con diagnosi di disturbo pervasivo dello sviluppo e dello spettro autistico

- Azione 1 n. voucher assegnati: 9
- Azione 2 n. voucher assegnati: 52
- Azione 3 n. voucher assegnati: 17

- Azione 4 n. voucher assegnati: 3

DGR 84/2010 - Progetto NASKO

- N. mamme: 41

DGR 4226/2012 - Fondo CRESCO

- N. mamme: 78

DGR 144/2013 - Progetto SOStengo

- N. destinatari: 64

DGR 740/21013 - Misura B2

- N. persone fruitrici della misura: 897

Il totale di 897 si riferisce alle persone contate come "teste" e quindi non considerando che la stessa persona possa aver beneficiato della misura B 2 sia nel 1° semestre che nel 2°.

MISURA A FAVORE DELLE PERSONE CON DISABILITA' GRAVE E PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI EX D.G.R. 740/2013 - MISURA B2

Ambito Territoriale	Numero Utenti	Buono Care Giver	Buono Assistente Personale	Buono Vita Indipendente	Voucher Sociale	Potenziamento Sad	Contributi sociali per Periodi Sollievo
ARCISATE	48	34	13	0	1	1	0
AZZATE	45	20	17	0	14	0	0
BUSTO ARSIZIO	64	25	23	0	0	18	2
CASTELLANZA	53	26	2	0	19	14	2
GALLARATE	106	93	9	1	0	0	4
LAVENO - CITTIGLIO	60	25	22	1	0	9	3
LUINO	79	40	6	0	38	0	0
SARONNO	85	52	19	0	13	2	2
SESTO CALENDE	80	37	6	2	36	36	0
SOMMA LOMBARDO	116	104	12	0	0	0	0
TRADATE	60	35	20	1	6	1	0
VARESE	101	73	7	3	16	0	2
	897	564	156	8	143	81	15

attivato tramite voucher sociale

Nota: Gli ambiti territoriali che non hanno impegnato il 100% delle risorse al 31/12/2014 hanno facoltà di utilizzare i residui anche nel corso del 2015 allo scopo di garantire la continuità degli interventi

Il totale di 897 si riferisce alle persone contate come "teste" e quindi non considerando che la stessa persona possa aver beneficiato della misura sia nel 1° semestre che nel 2°.

DGR 856/2013 E PROSECUZIONE DELLE ATTIVITÀ PROGETTUALI COME DA NUOVA DGR 2942/2014

RESIDENZIALITÀ LEGGERA: Misura 2

La misura 2 prevede interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità, che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria. Gli interventi e prestazioni dell'azione vengono attuati in contesti abitativi singoli o comunitari che, pur mettendo a disposizione servizi comuni di carattere generale, garantiscono alle persone di rimanere nel proprio contesto di vita, in un ambiente controllato e protetto. I destinatari sono persone anziane o disabili in condizione di fragilità.

Nel 2014 il Dipartimento ASSI ha svolto attività di governance delle azioni previste dalla normativa coordinando le attività degli operatori distrettuali e con le strutture si sono organizzate riunioni informative finalizzate alla definizione dei percorsi con la produzione di brochure descrittive degli interventi offerti.

Per il 2015 si consolidano le misure avviate e si attuano le azioni migliorative attraverso una organizzazione degli interventi non più a singola prestazione ma a "voucher" corrispondenti a diverse intensità del bisogno.

RESIDENZIALITÀ PER MINORI CON GRAVISSIMA DISABILITÀ: Misura 3

La misura 3 prevede interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità. L'azione si concretizza con una presa in carico integrata del minore e della famiglia, fornendo anche prestazioni psicologiche per permettere alla famiglia di meglio affrontare la situazione. E' rivolta a minori con gravissime disabilità non assistibili al domicilio, con breve speranza di vita, che necessitano di assistenza continua nell'arco delle 24 ore.

Nel nostro territorio non sono presenti strutture che accolgono i minori con gravissima disabilità e i 3 casi che si sono presentati sono stati accolti in unità d'offerta fuori provincia su valutazione del personale ADI dell'ASL della Provincia di Varese.

Per il 2015 con la DGR 2942/2014 saranno consolidate le azioni della precedente normativa e avviate le azioni migliorative della misura in oggetto.

RSA/RSD APERTA: Misura 4

La misura 4 prevede la presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer o altre patologie di natura psicogeriatrica, da parte delle RSA e RSD in una logica di multiservizi. Si prevedono interventi di natura sociosanitaria, quali, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, i seguenti:

- prestazioni infermieristiche, di prelievo o di assistenza tutelare, che comunque non escludono la presa in carico da parte dell'Assistenza Domiciliare Integrata;
- attività di mantenimento e riattivazione psicofisica;
- consulenze/prestazioni di personale specialistico in relazione ai bisogni della famiglia e della persona (es. psicologo, geriatra ecc.);
- consulenza per adattamento dell'ambiente domestico, soluzioni domotiche, ausili ecc.;
- addestramento della famiglia o dell'assistente personale per le attività di accudimento;
- facilitazione della famiglia alla partecipazione di gruppi di mutuo aiuto;
- periodi di sollievo/assistenza temporanea in struttura o al domicilio garantendo un assistente personale debitamente formato/aggiornato. Nel 2014 il Dipartimento ASSI ha svolto attività di governance delle azioni previste dalla normativa coordinando le attività degli operatori distrettuali e con le strutture si sono organizzate riunioni informative finalizzate alla definizione dei percorsi con la produzione di brochure descrittive degli interventi offerti. Per il 2015 si consolidano le misure avviate e si attuano le azioni migliorative attraverso una organizzazione degli interventi non più a singola prestazione ma a "pacchetti" (voucher) corrispondenti a diverse intensità del bisogno.

IMPLEMENTAZIONE ADI WEB CON: MAP e AA.OO.

Il portale ADI WEB già utilizzato per la presa in carico condivisa di pazienti fragili a domicilio tra ASL e Enti locali e Gestori di strutture socio-sanitarie può essere reso disponibile anche ai MAP per l'attivazione dell'assistenza domiciliare al distretto di residenza oltre che essere un utile strumento per il Medico stesso relativamente al monitoraggio di quanto il suo assistito sta ricevendo in termini di offerta socio-sanitaria nell'ottica del budget di cura. Le stesse motivazioni sono alla base della volontà di coinvolgere le U.O. più significative delle AA.OO. per l'attivazione di prestazioni domiciliari in modo da garantire l'efficacia e la continuità assistenziale nell'ambito delle dimissioni protette.

DISTRETTO DI ARCISATE: IL CONTESTO DEL MERCATO DEL LAVORO LOCALE

DATI COLLOCAMENTO MIRATO DISABILI di Varese

	DISABILI ISCRITTI al 31/12/2014	GRAVI > 79%	MENO GRAVI < 79%		ASSUNZIONI 2012/2013/2014
ARCISATE	95	35	60	ARCISATE	7
BESANO	23	9	14	BESANO	5
BISUSCHIO	46	12	34	BISUSCHIO	6
BRUSIMPIANO	6	1	5	BRUSIMPIANO	0
CANTELLO	44	15	29	CANTELLO	4
CLIVIO	17	3	14	CLIVIO	0
CUASSO AL MONTE	24	10	14	CUASSO AL MONTE	2
INDUNO OLONA	78	30	48	INDUNO OLONA	10
PORTO CERESIO	25	10	15	PORTO CERESIO	3
SALTRIO	30	13	17	SALTRIO	1
VIGGIU'	46	13	33	VIGGIU'	2
TOTALE	434	151	283	TOTALE	40

Aziende in obbligo di assunzione negli 11 Comuni del Piano di zona	
Data di Rilevazione	N. aziende
17/04/2014	3
11/06/2014	3
01/12/2014	1

(Rilevazione dati del 16/02/2015 a cura del Collocamento mirato di Varese)

DATI DEL CENTRO PER L'IMPIEGO DI VARESE

Persone che hanno rilasciato dichiarazione di *IMMEDIATA DISPONIBILITÀ* al lavoro domiciliate nei comuni del Distretto di Piano:

- ANNO 2014 -

	M	F	Totali	%
Arcisate	179	208	387	22,97%
Besano	39	42	81	4,81%
Bisuschio	79	83	162	9,61%
Brusimpiano	17	15	32	1,90%
Cantello	51	69	120	7,12%
Clivio	22	23	45	2,67%
Cuasso al Monte	63	66	129	7,66%
Induno Olona	174	192	366	21,72%
Porto Ceresio	64	41	105	6,23%
Saltrio	50	62	112	6,65%
Viggiù	75	71	146	8,66%
Totali	813	872	1.685	
Percentuali	48,25%	51,75%		100%

	Under 35 anni		TOT	35-50 anni		TOT	Over 50 anni		TOT	Totale
	M	F		M	F		M			
Arcisate	78	91	169	66	76	142	35	41	76	387
Besano	14	19	33	17	15	32	8	8	16	81
Bisuschio	26	35	61	32	30	62	21	18	39	162
Brusimpiano	8	5	13	6	8	14	3	2	5	32
Cantello	22	26	48	21	31	52	8	12	20	120
Clivio	9	12	21	8	6	14	5	5	10	45
Cuasso al Monte	25	19	44	28	32	60	10	15	25	129
Induno Olona	86	71	157	53	82	135	35	39	74	366
Porto Ceresio	17	17	34	30	16	46	17	8	25	105
Saltrio	16	29	45	18	19	37	16	14	30	112
Viggiù	35	29	64	24	31	55	16	11	27	146
Totali	336	353	689	303	346	649	174	173	347	1.685
Percentuali			40,89%			38,52%			20,59%	100%

Dati estratti dal Sistema SINTESI della Provincia di Varese

Persone inserite nelle liste di *MOBILITÀ* domiciliate nei comuni indicati:

- ANNO 2014 -

	M	F	Totali	%
Arcisate	30	21	51	26,56%
Besano	4	3	7	3,65%
Bisuschio	14	11	25	13,02%
Brusimpiano	-	1	1	0,52%
Cantello	7	1	8	4,17%
Clivio	2	2	4	2,08%
Cuasso al Monte	6	4	10	5,21%
Induno Olona	37	16	53	27,60%
Porto Ceresio	6	1	7	3,65%
Saltrio	7	2	9	4,69%
Viggiù	11	6	17	8,85%
Totali	124	68	192	
Percentuali	64,58%	35,42%		100%
Totale	3.322	2.580	5.902	
Provincia	3,73%	2,64%	3,25%	

Dati estratti dal Sistema SINTESI della Provincia di Varese