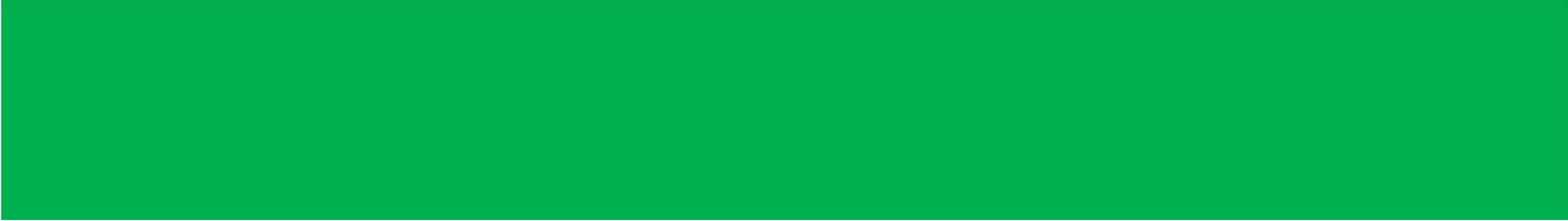


**La programmazione sociale a livello locale
2015-2017**

**Un welfare che crea valore per le persone, le
famiglie e la Comunità**
24 novembre 2015



**Lo scenario di partenza per la nuova
programmazione sociale:**

**I principali esiti del monitoraggio di
attuazione del triennio 2012-2014**

Investimento dei Comuni nella spesa sociale:

- “ All’interno di ogni Ambito le differenze tra i livelli di spesa dei Comuni sono molto forti.
- “ Mediamente tra i Comuni di uno stesso Ambito la differenza tra la spesa pro capite del Comune che spende di più (Alta spesa) e quello che spende meno (Bassa spesa) è di circa **98 euro pro capite**.
- “ Il differenziale di spesa tra gli Ambiti analizzati (Alta spesa – Bassa spesa):
 - . 38 (51%) presentano un differenziale di spesa tra i 50 e i 100 euro pro capite
 - . 23 (31%) tra i 100 e i 150 euro pro capite.

Integrazione tra Comuni nella gestione e programmazione della spesa sociale.

- “ All'interno di ogni singolo Ambito mediamente le risorse oggetto di integrazione equivalgono a:
 - . **19 euro pro capite circa** (il 22% del totale) per la programmazione congiunta
 - . **18 euro pro capite circa** (il 21% del totale) per la gestione congiunta.
- “ **L'ammontare delle risorse oggetto di lavoro integrato diminuisce con l'aumentare del livello di spesa del territorio:**
 - . Ambiti che hanno una spesa pro capite entro 60 euro programmano insieme in media il 42% del totale.
 - . Ambiti che hanno spesa pro capite tra 130 e 170 euro programmano insieme il 5% delle risorse.
 - . Lo stesso vale per la gestione integrata.
- “ **All'interno di ogni singolo Ambito i Comuni hanno comportamenti molto diversi rispetto alla programmazione e gestione integrata.**

Livello di conoscenza degli Uffici di Piano rispetto ai bisogni, alla domanda e all'offerta

” **Rispetto alla struttura dell'offerta:**

- . Mediamente rispetto alle diverse aree di intervento solo il 40% degli UdP ha a disposizione dati sugli accessi e le prestazioni erogate.
- . Il 47% degli UdP ha a disposizione dati sugli utenti in carico
- . Il 38% ha dati sulle prese in carico integrate tra Comuni e Asl.

” **Rispetto alla domanda espressa:**

- . Mediamente il 30% degli UdP ha a disposizione dati sulla domanda espressa da anziani e disabili e il 25% su minori e altri target.

” **Rispetto al bisogno:**

- . Solamente il 3% degli UdP ha a disposizione dati (o stime) sul bacino potenziale del bisogno del territorio rispetto a anziani, disabili, famiglie.
- . Solo il 25% degli UdP ha a disposizione dati o stime per monitorare il sistema privato formale o informale di cura.

Livelli di omogeneità raggiunta all'interno degli Ambiti

- “ Considerando che i livelli di spesa e i livelli di conoscenza sono estremamente variabili tra i Comuni di uno stesso Ambito...
- “ Anche per il sistema di governance dei servizi si può parlare di forte eterogeneità tra e all'interno degli Ambiti.
- “ Meno della metà degli Ambiti dichiarano di avere sviluppato negli ultimi anni criteri omogenei di gestione dei servizi (accreditamento e autorizzazione; tariffe ed esenzioni; regole di accesso):
 - . Per il servizio SAD meno del 50% degli Ambiti ha definito criteri e regolamenti omogenei;
 - . Per il servizio Nidi più del 60% degli Ambiti ha lavorato su criteri di autorizzazione omogenei tra i Comuni; meno del 10% su rette ed esenzioni omogenee.

Indice proposto per le Linee di Indirizzo 2015

1. Il settore sociale in Regione Lombardia

2. La programmazione sociale

3. La visione: un welfare che crea valore per le persone e per il territorio

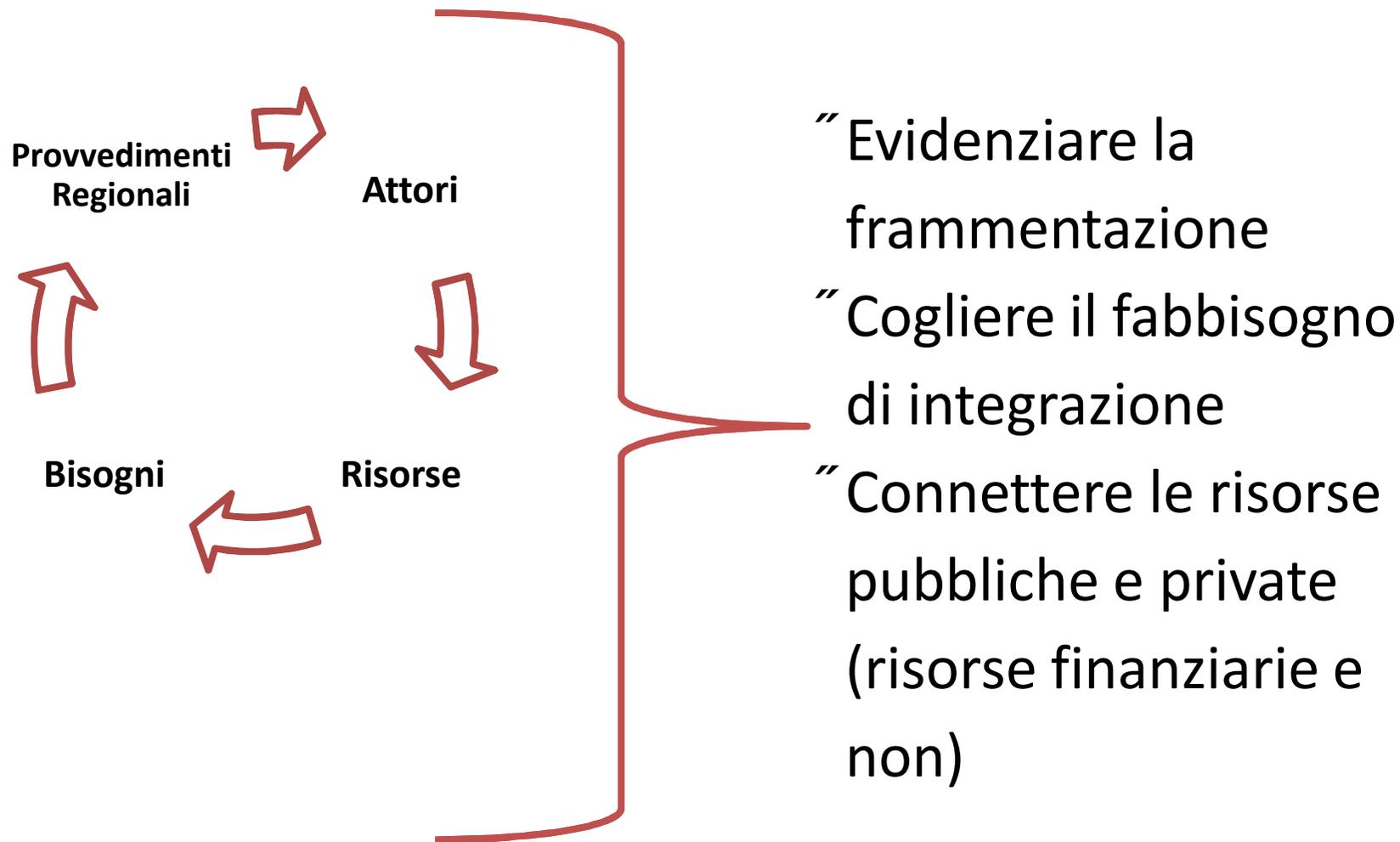
4. Le priorità

5. Gli obiettivi

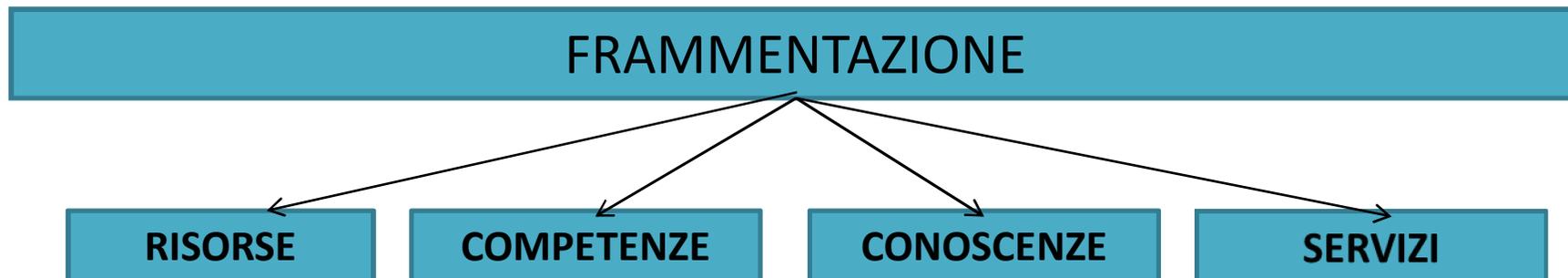
6. Gli strumenti

7. La governance

1. Il settore sociale in Regione Lombardia (1)



1. Il settore sociale in Regione Lombardia (2)



- "Avvicinare le prestazioni ai bisogni
- "Facilitare i percorsi per gli utenti
- "Ridurre sprechi indotti dalla frammentazione
- "Supportare lo sviluppo di competenze
- "Contenere inappropriatazza delle prestazioni
- "Presidiare l'equità degli interventi

2. La programmazione sociale

“ Esplicitare la funzione della programmazione:

- 
- PROMUOVERE LA RICOMPOSIZIONE A DIVERSI LIVELLI:
 - Ricomporre le **informazioni** per programmare in modo integrato
 - Ricomporre le **risorse** per avere più efficacia e ridurre gli sprechi
 - Ricomporre i **servizi** per facilitare i percorsi degli utenti

3. La visione

Esplicitare la funzione di connessione e di attivazione di tutte le risorse finanziarie invece che solo tramite Derogazione di prestazioni:

Guardare alle persone e alle famiglie non solo agli utenti

Riconoscendo i bisogni non solo la domanda

Integrando risorse e azioni degli attori pubblici e privati

Integrando politiche di welfare: casa, scuola, sanità

4. Le priorità

Come declinare la priorità della ricomposizione nei territori della regione?

- ” Nei singoli territori la ricomposizione può giocarsi:
- . Sulle priorità conoscitive
 - . Sulla integrazione della spesa
 - . Sulla integrazione dei servizi

5. Gli obiettivi (1)

- “ Territori devono:
- “ *Produrre conoscenza sui bisogni?*
- “ *Raggiungere una soglia minima di gestione integrata delle risorse?*
- “ *Avere livelli definiti di presa in carico minima per interventi selezionati?*
- “ *Soglia definita di utenti trattati con valutazione multidimensionale condivisa*

5. Gli obiettivi (2)

Integrazione delle risorse, delle conoscenze e degli interventi in ambito socio-assistenziale e socio-sanitario

- a. Ricomposizione delle risorse:
 - a. Ricomposizione delle risorse dei Comuni (socioassistenziale)
 - b. Ricomposizione delle risorse ASL (socio-sanitario)
 - c. Ricomposizione delle risorse Comuni – ASL
 - d. Ricomposizione delle risorse 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
- “ 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

**VALORIZZARE E SUPERARE LE ATTUALI FORME DI COLLABORAZIONE DEFINENDO UN
CONTESTO ISTITUZIONALE PIU' AUTONOMO E PIU' ROBUSTO A SUPPORTO DEI
PROCESSI DI RICOMPOSIZIONE**

5. Gli obiettivi (3)

- “ I territori possono esprimere dati differenti, ma devono essere in grado di raggiungere alcuni risultati minimi identificati a livello regionale in differenti ambiti di intervento:
- . Quota minima di utenti in carico per target definiti
 - . Livelli minimi di intensità assistenziale erogata a target definiti di utenti
 - . Quota minima di utenti con PAI integrato Comuni – ASL (per target definiti)
 - . Importo minimo di risorse comunali gestite a livello sovracomunale

6. Gli strumenti (1)

- “ **Strumenti a supporto della ricomposizione delle conoscenze:**
- “ Sistema di conoscenza della programmazione locale
- “ Anagrafica sociale (rilevazione delle unità di offerta)
- “ Rilevazione spesa sociale
- “ Per ognuno degli strumenti: processi di accompagnamento alla lettura dei dati e implicazioni strategiche

6. Gli strumenti (2)

Strumenti a supporto della ricomposizione delle risorse:

1. Le fonti di finanziamento degli ambiti saranno:
 1. I COMUNI
 2. La REGIONE
 3. Gli UTENTI
 4. Altri SOGGETTI

2. Per generare autonomia, responsabilità e ricomposizione è necessario che:
 1. I Comuni trasferiscano agli AT una quota di risorse più consistente di quella attualmente trasferita agli UdP, e siano incentivati quei comuni che trasferiscono maggiori quote di bilancio agli AT
 2. Le risorse regionali siano ricomposte e trasferite a quota indistinta, correlata ad obiettivi di risultato condivisi e negoziati
 3. Eventuali altre risorse attratte dagli AT non vadano a diminuire i finanziamenti comunali o regionali

7. La governance

- “ Nel campo dell'attuale assetto di governance:
- “ Cabine di regia per integrazione sociosanitaria
- “ Ambiti territoriali per programmazione sociale