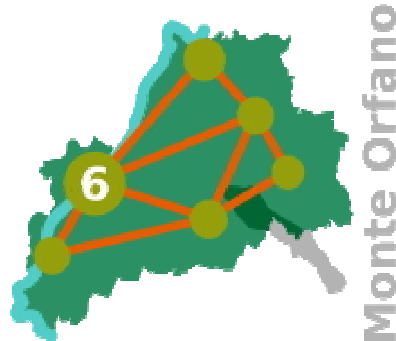


PIANO DI ZONA



AMBITO DISTRETTUALE n. 6

Monte Orfano

Piano di Zona 2018/2020

(D.G.R. X/7631 del 28/12/2017)

COMUNI DI

- *ADRO*
- *CAPRIOLO*
- *COLOGNE*
- *ERBUSCO*
- *PALAZZOLO SULL'OGGIO*
- *PONTOGLIO*

(approvato nell'Assemblea Distrettuale dei Sindaci in data 14 giugno 2018)

INDICE

Le linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale.....	pag. 3
Descrizione dell’Ambito territoriale.....	pag. 6
Descrizione servizi – attività - prestazioni.....	pag. 13
Servizi – attività – prestazioni di promozione /innovazione.....	pag. 18
Mappatura dei soggetti presenti nell’Ambito 6.....	pag. 23
Valutazione Piano di Zona 2015/2017.....	pag. 30
Percorso di costruzione del Piano di Zona.....	pag. 34
Integrazione Socio – Sanitaria e sociale.....	pag. 38
Il contesto territoriale e demografico.....	pag. 38
Le patologie croniche.....	pag. 44
Rete dei servizi sociosanitari e sociali.....	pag. 46
Obiettivi e azioni per la realizzazione dell’integrazione sanitarie sociosanitaria e sociale..	pag. 51
Valutazione multidimensionale integrata.....	pag. 51
Area fragilità.....	pag. 52
Non autosufficienza.....	pag. 52
Integrazione scolastica.....	pag. 63
Protezione giuridica.....	pag. 65
Area dipendenze – salute mentale – promozione della salute.....	pag. 67
Dipendenze.....	pag. 67
Salute mentale.....	pag. 72
Promozione della salute.....	pag. 79
Minori e famiglia.....	pag. 83
Donne e violenza di genere.....	pag. 84
Tutela minori.....	pag. 85
Conciliazione vita – lavoro.....	pag. 88
Cartella sociale informatizzata.....	pag. 92
Le Politiche sociali sovra distrettuali.....	pag. 94
Politiche abitative.....	pag. 98
Politiche sociali del lavoro.....	pag. 101
Nuove povertà ed inclusione sociale.....	pag. 105
Priorità distrettuali.....	pag. 111
Priorità di Ambito	pag. 116
Elementi costitutivi della governance.....	pag. 120
Risorse finanziarie.....	pag. 124
Individuazione obiettivi strategici	pag. 128
Priorità di Ambito - tabella riassuntiva.....	pag. 130

LE LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE (*“LINEE DI INDIRIZZO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE A LIVELLO LOCALE 2018 – 2020 ”*)

Lo scorso mese di dicembre, come previsto e atteso, la Regione Lombardia ha dettato, attraverso la DGR X/7631, le linee di indirizzo per la definizione dei nuovi Piani di Zona, a valere per il triennio 2018/2020.

Il Piano di Zona è lo strumento di programmazione integrata e coordinata, tra più comuni limitrofi, delle politiche sociali, previsto dalla legge n. 328/2000 e dalla l.r. 3/2008, la cui approvazione – alla quale dovrà far seguito la sottoscrizione dell’Accordo di Programma con il quale il Piano viene adottato -, dovrà essere conclusa entro il prossimo 30 giugno 2018, secondo gli accordi assunti dai Presidenti delle 12 Assemblee Distrettuali dei Sindaci, a seguito di quanto deliberato dalle medesime Assemblee.

Quello in fase di stesura è il SESTO Piano di Zona, a partire dall’entrata in vigore della Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” che ha istituito e previsto il predetto strumento, che, in quanto strumento di programmazione locale, deve necessariamente essere fortemente collegato sia con la specificità dei singoli territori che con il momento storico particolare nel corso del quale viene redatto.

Le Linee Guida regionali rappresentano ovviamente il riferimento prioritario per la costruzione dello strumento, indicando nello specifico gli obiettivi di programmazione ai quali Regione Lombardia intende richiamare i territori, definiti anche come sintesi del lavoro di lettura e interpretazione dei tanti dati forniti sia in ambito sociale che sociosanitario e sanitario dai diversi soggetti pubblici e privati che compongono la rete regionale degli enti e degli erogatori.

Va considerato in ogni caso che le attuali Linee Guida soprarichiamate sono state adottate in un momento di grande cambiamento all’interno del sistema regionale, legato in particolare allo stato di avanzamento della riforma sanitaria lombarda e nello specifico alla nuova governance che la stessa ha previsto. Le stesse inoltre sono state adottate a fine della X legislatura regionale e quindi sintetizzano gli esiti delle politiche regionali di sviluppo del welfare del precedente quinquennio ma devono necessariamente lasciare spazi di programmazione specifici a disposizione del futuro assetto regionale.

La programmazione sociale sopra richiamata vede di fatto riconfermate alcune macro finalità, già presenti nella passata programmazione:

1. l’attenzione all’individuazione di risposte **appropriate** e pertinenti ai bisogni che si manifestano in modo sempre più articolato (**multi problematicità e valutazione multidimensionale**);
2. l’impegno a lavorare nella direzione di sviluppare e assicurare maggiore integrazione tra ambito sanitario/sociosanitario (ATS, ASST) e sociale (comuni/ambiti territoriali);
3. la necessità di ricomporre le conoscenze, i servizi, le risorse, le reti.

A partire da queste finalità, la nuova programmazione zonale dovrà tuttavia lavorare su alcuni **obiettivi strategici** che mirano a sviluppare:

1. **innovazione sociale** attraverso strutture, servizi, interventi che sperimentano risposte nuove, appropriate e centrate sui bisogni emergenti, coinvolgendo i diversi attori territoriali in una logica di cooperazione integrata e sussidiarietà;

2. **riconnesione/ricomposizione:**
 - delle informazioni,
 - dei servizi;
 - delle risorse.
 - delle reti (antiviolenza, conciliazione, ecc.);

3. **contrasto alla vulnerabilità** socio economica - contrasto alle nuove forme di povertà- tutela delle persone fragili - potenziamento dell'inclusione sociale;

4. realizzazione di servizi ed interventi di **welfare locale in forma partecipata e integrata**, facendo leva su risposte prossime, adeguate, personalizzate e innovative;

5. rafforzamento della **presa in carico integrata** mediante la valorizzazione della rete sociale esistente e il coordinamento degli interventi e delle azioni, attraverso un dialogo costante con gli attori del welfare locale, proseguendo nel percorso di ricomposizione - potenziamento della valutazione multidimensionale;

6. azioni di coordinamento e connessione delle le politiche regionali e nazionali (“tenere insieme”).

Rispetto al **primo macro obiettivo** sopra evidenziato, l'innovazione sociale viene vista come strumento strategico per il potenziamento del sistema di welfare. Attraverso un modello articolato di cambiamenti – che coinvolge strutture, servizi ed interventi ma anche i diversi attori territoriali –, che promuove la **sperimentazione** di soluzioni altre rispetto a quelle tradizionali, si riescono a produrre risposte nuove, appropriate ai bisogni delle persone e centrate sui bisogni emergenti, che si sviluppano avendo attenzione a tenere fissi alcuni principi fondamentali che devono orientare le risposte innovative quali la personalizzazione, la tempestività, la temporaneità e la corresponsabilità .

Ma l'innovazione attiene anche al ruolo degli attori del welfare: da una parte gli attori pubblici devono certamente migliorare e potenziare la capacità di programmazione e di definizione di obiettivi strategici di lungo periodo, garantendo anche una funzione di coordinamento, di regia della rete territoriale, intesa in senso lato. Da parte loro gli attori privati e gli attori del territorio devono giocare dentro nuove partnership e collaborazioni, identificando e sperimentando nuove modelli di intervento e di servizio. Proprio per questo **un obiettivo di ricomposizione/riconnesione** (delle informazioni, dei servizi, delle risorse e delle reti) – secondo obiettivo - diventa fondamentale all'esercizio di un'efficace azione di innovazione sociale, che deve promuovere anche la realizzazione di servizi ed interventi di **welfare locale in forma partecipata e integrata**, facendo leva su risposte prossime, adeguate, personalizzate e innovative.

In questo senso va letto un altro degli obiettivi strategici indicati da Regione Lombardia e cioè la capacità di assicurare azioni di coordinamento e connessione delle le politiche regionali e nazionali (“tenere insieme”). Anche in questo casi si tratta di un'azione di ricomposizione strategica che vede nel Piano di Zona lo strumento per coordinare la programmazione sociale con altre programmazioni, comunque essenziali per il benessere dei cittadini, quali i servizi per l'istruzione, per il lavoro, per la programmazione urbanistica, per i servizi abitativi, ecc..

L'obiettivo del **contrasto alla vulnerabilità** socio economica, alle nuove forme di povertà, alla tutela delle persone fragili e al potenziamento dell'inclusione sociale espresso dalle Linee guida in modo particolarmente esplicito risulta certamente coerente in relazione all'esperienza di forte crisi economica che ha contrassegnato di fatto l'ultimo decennio di programmazione sociale e che ha indubbiamente lasciato sul campo forti ed evidenti criticità. In quest'ottica vanno letti anche gli strumenti nazionali di contrasto alla povertà (Sia e ReI), sperimentati a partire dall'autunno del 2016 e il ruolo attribuito a Regione dal D. Lgr 147/2017 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" che prevede l'adozione da parte della stessa del "Piano regionale per la lotta alla povertà". Del resto tale obiettivo risulta assolutamente coerente con quanto previsto dalla L.R. 23/2015 che guarda ad un sistema di welfare in grado di affiancare e sostenere le persone fragili che necessitano di interventi anche di carattere sociale continuativi nel tempo, al fine di evitare lo scivolamento in condizione di esclusione sociale o di rimediare a condizioni di vulnerabilità socio – economica.

L'obiettivo di rafforzamento della **presa in carico integrata** e del potenziamento della valutazione multidimensionale rappresenta, oltre che una strategia di risposta appropriata ai bisogni delle persone fragili, anche uno strumento possibile da mettere in campo per costruire alleanze professionali e istituzionali finalizzate a migliorare l'integrazione tra istituzioni, elemento di criticità più volte evidenziato.

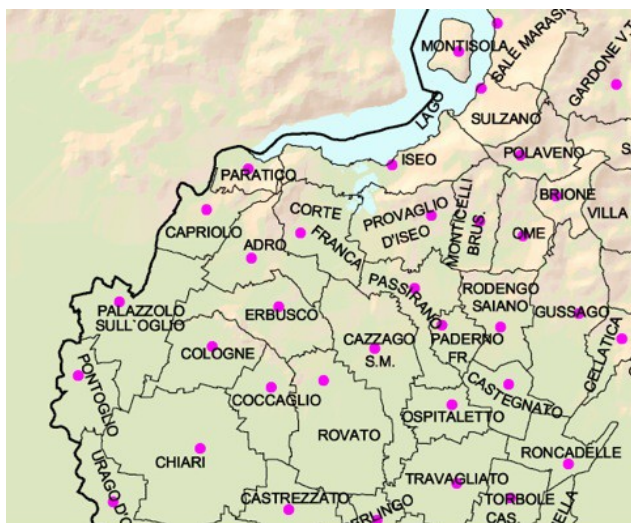
In un'ottica così articolata come quella sopra rappresentata, dove l'obiettivo sotteso è la riduzione della frammentazione e il raggiungimento di una maggiore efficacia nella lettura dei bisogni anche in chiave preventiva, l'ufficio di piano assume per Regione Lombardia una centralità strategica per impostare una programmazione radicata sui singoli territori in quanto soggetto che dispone dei dati complessivi di un territorio, ne conosce le criticità e le urgenze, i punti di forza e di debolezza. Secondo regione Lombardia quindi bisogna orientarsi per addivenire a Uffici di piano che non siano tanto gestori di servizi ed interventi, ma soprattutto soggetti programmatori e promotori di nuovi strumenti e azioni di welfare e che siano luoghi di integrazione delle diverse policy; casa , formazione, lavoro, sanità, scuola.

Questa gestione è sempre più centrale perché il territorio si trova a governare misure e fonti di finanziamento differenti, provenienti da diversi livelli di governo, da integrare sul territorio con al programmazione sociale adottata dai comuni singoli.

Tuttavia perché tali attività possono essere efficacemente assicurate è necessario rafforzare il ruolo degli uffici di piano in termini di dotazione finanziarie, di personale e di risorse economiche.

Descrizione dell'Ambito Territoriale

Il Territorio



Il distretto n. 6 Monte Orfano è composto da 6 Comuni, ossia Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio per un'estensione totale pari ad 89,05 Km², con popolazione residente al 31/12/2016 di 59.813 abitanti, ed una densità abitativa di 671,68 abitanti per Km². I Comuni di Adro, Capriolo ed Erbusco fanno parte della rinomata Franciacorta, località stimata ed apprezzata soprattutto per i vigneti e la relativa produzione di vino. Mentre i Comuni di Capriolo, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio sono attraversati dal fiume Oglio, importante fiume italiano affluente del Po.

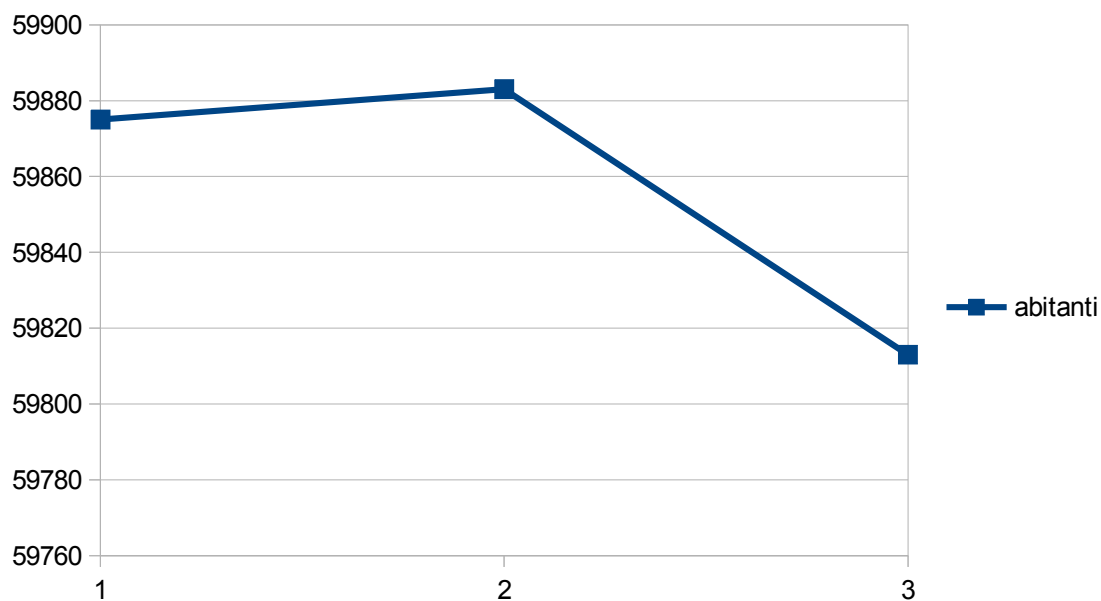
Come si evince dalla tabella sottostante è interessante notare come non ci siano particolari diversità tra i vari Comuni del Distretto, oltre al Comune di Palazzolo sull'Oglio, il territorio appare abbastanza omogeneo in termini di numero di cittadini, superficie e densità demografica. Palazzolo sull'Oglio risulta essere il Comune in cui hanno prevalentemente sede i servizi sanitari, educativi e scolastici destinati anche all'Ambito distrettuale. In tale Comune trova sede la "Fondazione Richiedi" con i reparti di riabilitazione, geriatria e algologia, ha sede il Distretto socio – sanitario n. 6 dell'Azienda Sanitaria Locale di Brescia, il consultorio "Il Faro" gestito dalla Cooperativa Fraternità. Hanno inoltre sede l'Istituto di istruzione superiore: "Giuseppe Marzoli" con l'Istituto tecnico tecnologico, il liceo scientifico, scientifico – scienze applicate, linguistico e delle scienze umane e l'Istituto professionale di Stato "Giovanni Falcone" con indirizzo commerciale, turistico, grafico pubblicitario, sociale, con sezioni ad orientamento sportivo. È inoltre presente nel Comune di Adro l'Istituto dei padri carmelitani con il liceo classico, scientifico e linguistico.

Popolazione al 31.12.2016	Superficie in Km ²	Densità demografica
7113	14,29	499,6
9401	10,6	887,2
7638	13,79	551,9
8637	16,24	532
20098	23,04	870,08
6926	11,09	623,9
59813	89,05	671,68

Popolazione al 31/12

Comuni	2014	2015	2016
Adro	7111	7092	7113
Capriolo	9420	9415	9401
Cologne	7653	7660	7638
Erbusco	8653	8647	8637
Palazzolo sull'Oglio	20062	20111	20098
Pontoglio	6976	6958	6926
Distretto	59875	59883	59813

La popolazione complessiva dell'Ambito Territoriale al 31/12/2016 è di 59.813. Il Comune con maggiore di abitanti risulta essere Palazzolo sull'Oglio, mentre il Comune più piccolo è Pontoglio con 6926 abitanti. Non sono presenti Comuni con meno di 5.000 abitanti. La tabella successiva evidenzia come la popolazione abbia avuto un decremento nell'anno 2016. Negli anni dal 2014 al 2015 si evidenzia un andamento pressochè costante in ognuno dei 6 Comuni del Distretto.



La popolazione residente al 31/12/2016, divisa in classi d'età.

CLASSI D'ETA' AMBITO 6			
	MASCHI	FEMMINE	TOT
0 4	1536	1452	2988
5 9	1730	1675	3405
10 14	1637	1453	3090
15 19	1534	1398	2932
20 24	1578	1480	3058
25 29	1640	1619	3259
30 34	1930	1816	3746
35 39	2207	2027	4234
40 44	2640	2321	4961
45 49	2584	2338	4922
50 54	2433	2390	4823
55 59	1982	1874	3856
60 64	1597	1665	3262
65 69	1630	1722	3352
70 74	1134	1360	2494
75 79	1011	1373	2384
80 84	602	1000	1602
85 89	263	719	982
90 94	80	317	397
95 99	9	47	56
100+	0	10	10
	29757	30056	59813

Nelle tabelle seguenti vengono messi in luce quali siano i fenomeni che determinano l'assunto o la riduzione della popolazione residente .

Saldo Migratorio*			
Comuni	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Adro	-37	2	56
Capriolo	22	-27	-8
Cologne	-19	-7	-70
Erbusco	-14	-44	-3
Palazzolo sull'Oglio	61	22	-85
Pontoglio	-10	-65	-31
Distretto	3	-119	-141

Appare evidente un andamento non omogeneo del Distretto. Particolarmente interessante è la diminuzione soprattutto nei Comuni di Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo s/O e Pontoglio, mentre un aumento nel Comune di Adro.

Saldo Naturale*			
Comuni	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Adro	9	-13	-2
Capriolo	4	11	16
Cologne	20	21	12
Erbusco	28	17	10
Palazzolo sull'Oglio	-9	24	13
Pontoglio	20	19	13
Distretto	72	79	62

A livello distrettuale l'andamento risulta altalenante, dopo l'aumento di nascite nel 2015, si registra un calo nel 2016 (da 79 a 62). Da sottolineare la prevalenza del saldo migratorio sul saldo naturale.

Tasso di Natalità			
Comuni	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Adro	10,1	8,2	7,7
Capriolo	8,5	8,2	9,9
Cologne	11,6	10,3	9
Erbusco	9,2	9,8	7,6
Palazzolo sull'Oglio	8,6	9,6	8,7
Pontoglio	10,5	9,9	8,5
Distretto	58,5	56	51,4

Tasso di Mortalità			
Comuni	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Adro	8,9	10	8
Capriolo	8,1	7	8,2
Cologne	9	7,6	7,5
Erbusco	6	7,9	6,5
Palazzolo sull'Oglio	9	8,4	8,1
Pontoglio	7,6	7,2	6,6
Distretto	48,6	48,1	44,9

Ricordiamo che i tassi di natalità e mortalità, sono i risultati del rapporto tra nati vivi (nel caso della natalità) e i morti con la popolazione residente (al 31.12) moltiplicato per mille.

Dai dati statistici si rileva come il tasso di natalità dell'Ambito territoriale è pari 51, con una diminuzione rispetto agli 2014 e 2015.

Rimane pressoché costante il tasso di mortalità e, inferiore rispetto al tasso di natalità. Ciò è il risultato di una prospettiva di vita più lunga, che porta ad avere un numero di anziani che aumenta negli anni.

Popolazione per età - ANNO 2015					
Comuni	% 0 - 14	% 15 - 64	65%	Indice di vecchiaia	età media
Adro	15,7%	64,3%	20,1%	128,1%	42,6
Capriolo	15,4%	66,4%	18,2%	117,6%	41,8
Cologne	17,4%	66,1%	16,5%	94,5%	40,3
Erbusco	15,8%	66,9%	17,2%	108,8%	41,2
Palazzolo sull'Oglio	15,6%	65,2%	19,1%	122,6%	42,0
Pontoglio	16,6%	64,4%	19,0%	114,9%	41,3
Distretto	96,50%	393,30%	110,10%	686,50%	206,6

Popolazione per età - ANNO 2016					
Comuni	% 0 - 14	% 15 - 64	65%	Indice di vecchiaia	età media
Adro	15,1%	64,1%	20,1%	137,5%	43,1
Capriolo	15,1%	66,3%	18,6%	123,2%	42,3
Cologne	17,6%	65,4%	17,0%	96,4%	40,5
Erbusco	15,7%	67,1%	17,2%	109,4%	41,3
Palazzolo sull'Oglio	15,7%	64,9%	19,4%	123,8%	42,2
Pontoglio	16,4%	63,8%	19,8%	121,1%	41,7
Distretto	95,60%	391,60%	112,08%	711,40%	251,1

L'indice di vecchiaia è dato dal numero di anziani di età superiore ai 64 anni/la popolazione residente totale per 100. Analizzando la tabella possiamo notare come i comuni che hanno denotato un aumento della popolazione anziana in tutti i Comuni dell'Ambito Distrettuale. Nell'anno 2016 i paesi più vecchi risultano essere Adro, Palazzolo e Pontoglio.

Nelle tabelle seguenti si propone un confronto tra l'Ambito n. 6 Monte Orfano, la provincia di Brescia, Regione Lombardia e l'Italia sui principali indicatori che possono fornire informazioni utili al fine della programmazione.

Gli indicatori demografici della tabella indicano il peso della popolazione anziana rispetto alla popolazione complessiva.

Pop. residente al 31/12/2016	Indice di vecchiaia	indice di invecchiamento	indice di carico sociale negli anziani
Ambito Monte Orfano	119	18,85	28,88
Provincia di Brescia	138,8	20,63	31,99
Regione Lombardia	155,7	21,91	34,22
Italia	161,4	22,03	34,26

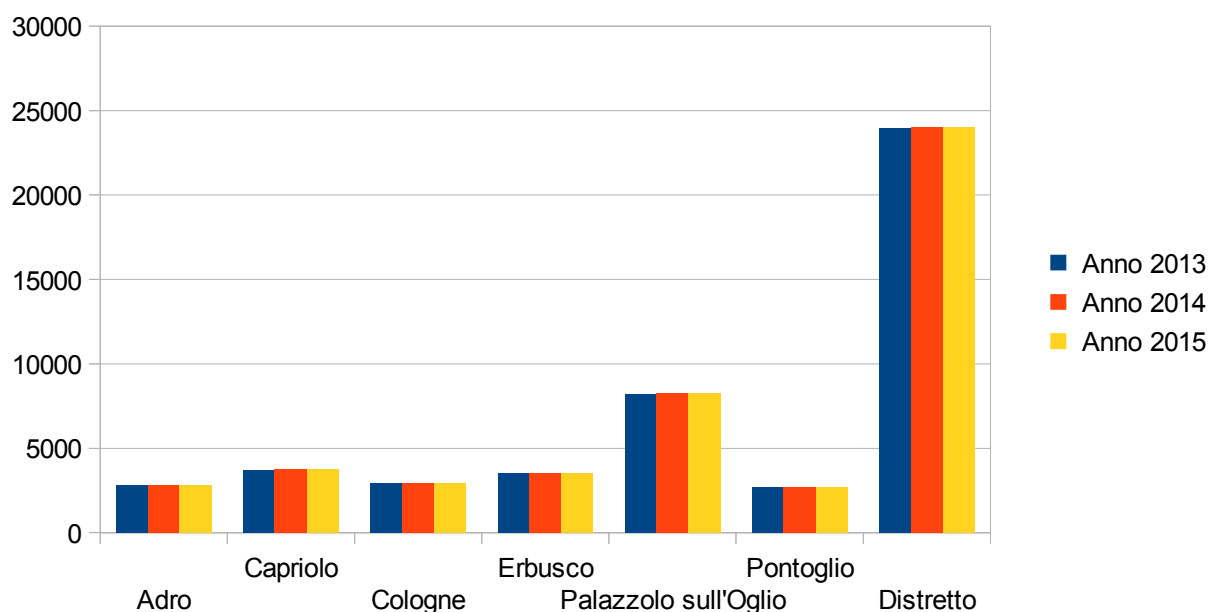
L'indice di carico sociale è dato dalla percentuale di popolazione non attiva, ossia fuori dal mercato di lavoro.

Pop. residente al 31/12/2016	indice di carico sociale	indice di lavoro	indice di popolazione attiva
Ambito Monte Orfano	53	65,29	126,69
Provincia di Brescia	55,05	64,49	132,68
Regione Lombardia	56	64,01	137,79
Italia	55,5	64,3	126,5

Numero di famiglie divise per ogni Comune da segnalare una ripresa dopo il calo del 2013.

numero famiglie			
Comuni	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Adro	2823	2829	2819
Capriolo	3709	3745	3753
Cologne	2966	2944	2942
Erbusco	3530	3552	3534
Palazzolo sull'Oglio	8208	8269	8287
Pontoglio	2696	2690	2677
Distretto	23932	24029	24012

Numero di famiglie per singolo Comune

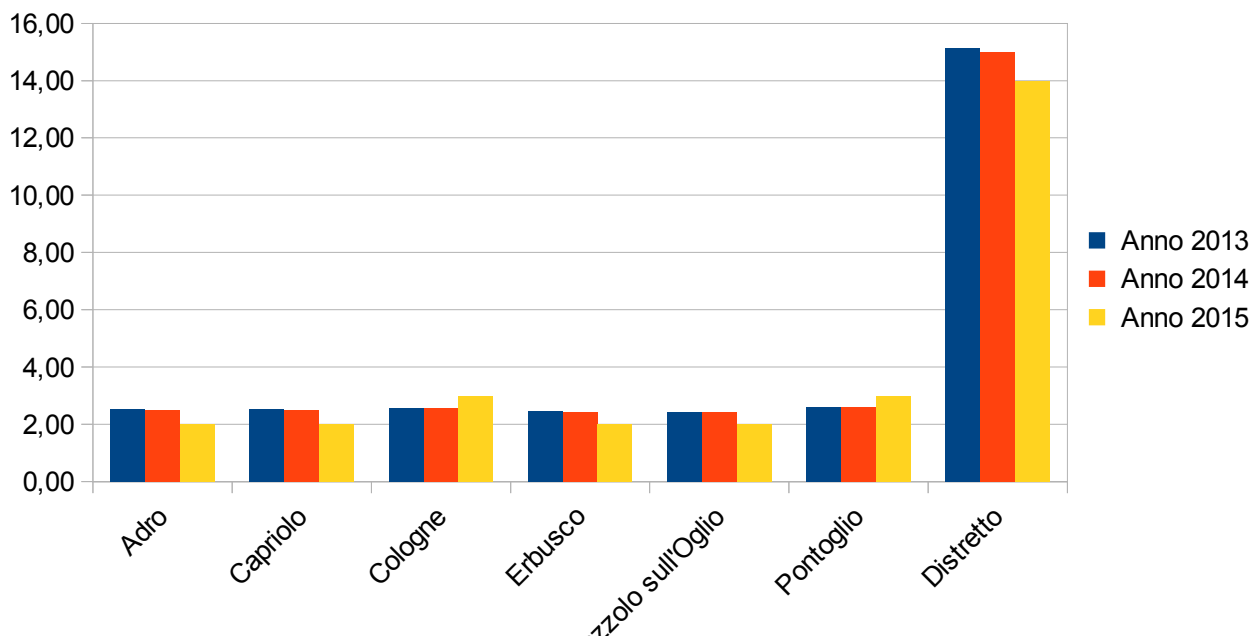


Il Comune con un maggiore aumento di famiglie risulta essere Palazzolo sull'Oglio mentre, i Comuni dell'Ambito hanno avuto un trend abbastanza omogeneo e desumibile dal grafico.

Numero medio di componenti per famiglia al 31/12 di ogni anno

Componenti per famiglia			
Comuni	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015
Adro	2,52	2,48	2,00
Capriolo	2,54	2,50	2,00
Cologne	2,58	2,58	3,00
Erbusco	2,45	2,44	2,00
Palazzolo sull'Oglio	2,44	2,42	2,00
Pontoglio	2,59	2,59	3,00
Distretto	15,12	15,01	14,00

Dal grafico seguente appare evidente come l'Ambito distrettuale sia omogeneo per numero di componenti familiari.



DESCRIZIONE SERVIZI – ATTIVITÀ – PRESTAZIONI

L'Ufficio di Piano è l'organo, costituito da varie figure professionali, che organizza e gestisce i servizi previsti dal Piano di Zona.

In particolare ha il compito di analizzare i servizi presenti sul territorio, di individuare le necessità dei cittadini e di progettare, gestire e valutare gli interventi attuati in relazione ai bisogni della popolazione.

In ciascun Comune compreso al Piano di Zona è attivo il servizio di Segretariato Sociale che è un servizio di base che raccoglie e fornisce informazioni sull'esistenza e la tipologia dei servizi sociali e sulle modalità di accesso alle informazioni, rileva in maniera sistematica i bisogni espressi dai cittadini e svolge funzioni di orientamento e accompagnamento ai servizi sanitari e sociali.

SERVIZI DELLA RETE D'OFFERTA TRADIZIONALE

UNITA' D'OFFERTA ANZIANI								
Residenza Sanitarie Assistenziali (RSA)								
Denominazione	Sede	Tip. Gestione	Retta min. €	Retta max. €	n. posti accr.	n. posti aut.	n.posti sollievo	lista d'attesa
Fondazione del Barba Maselli Dandolo	Adro	Fondazione	47	49	95	0	6	255
Casa di Riposo Don G. Martinazzoli	Capriolo	Fondazione	44	44	54	8	0	205
Fondazione Martinelli Granata Piantoni	Cologne	Fondazione	46.03	50.96	50	10	0	214
Casa di Riposo Don F. Cremona - onlus	Palazzolo sull'Oglio	Fondazione	54.33	60.22	70	5	0	202
Fondazione Villa Serena	Pontoglio	Fondazione	49.43	53.62	54	6	3	153
Totale posti					329	29	9	1029

A Erbusco è presente la Casa Albergo "A. Valotti" che accoglie anziani parzialmente autosufficienti (ai quali quindi non sia stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento).

Centri Diurni Integrati (CDI)				
Sede	Tip. Gestione	Capacità ricettiva	n. posti accreditati con Regione Lombardia	Posti non a contratto con Regione Lombardia
Capriolo c/o RSA Don G. Martinazzoli	Fondazione	15	15	0
Palazzolo sull'Oglio c/o San Pancrazio	Coop. Sociale	15	15	0
Pontoglio c/o RSA Villa Serena	Fondazione	20	15	5
Totale posti		50	45	5

UNITA' D'OFFERTA DISABILI		
Centri Diurni Disabili (CDD)		
Denominazione Sede	Tip. Gestione	n. posti accr.
Centro Diurno Disabili Palazzolo sull'Oglio	Cooperativa Sociale	30
Servizi Formazione all'Autonomia (SFA)		
Denominazione Sede	Tip. Gestione	n. posti accr.
SFA "I.So.Di." - Capriolo	Cooperativa Sociale	25
Centro Socio Educativo (CSE)		
Denominazione Sede	Tip. Gestione	n. posti accr.
CSE "Monte 10" - Capriolo	Cooperativa Sociale	25

UNITA' D'OFFERTA MINORI			
Centri di Pronto Intervento (CPI)			
Denominazione	sede	tipologia ente gestore	tipologia utenza
C.P.I. Nuovo Sentiero	Capriolo	Istituto delle Suore Poverelle	mista (mamme con figli)

Comunità Alloggio Minori (CAM)			
Denominazione	sede	tipologia ente gestore	tipologia utenza
C.A.M. Nuovo Sentiero	Capriolo	Istituto delle Suore Poverelle	Minori
C.A.M. I Care (con posti CPI)	Capriolo	Istituto delle Suore Poverelle	Minori

Centri d'Aggregazione Giovanile (CAG)			
Denominazione	sede	tipologia ente gestore	tipologia utenza
CAG "La Base"	Palazzolo sull'Oglio	Fondazione	Utenza mista
CAG Puntoragazzi Oratorio F. Redolfi	Adro	Parrocchia	

**SERVIZI PER LA PRIMA INFANZIA CHE HANNO SEDE NEI COMUNI DELL'AMBITO
TERRITORIALE N.6 MONTE ORFANO**

	TIPO D'UNITA' D'OFFERTA	DENOMINAZIONE	COMUNE	ENTE GESTORE	POSTI
ASILO NIDO	PUBBLICA	“Il Girasole”	Palazzolo sull’oglio	Comune di Palazzolo sull’Oglio	40
ASILO NIDO	PUBBLICA	“Il Mago di Oz”	Erbusco	Coop. Franciacorta	20
ASILO NIDO	PRIVATO	“Asilo nido Cooperativa Franciacorta”	Cologne	Cooperativa Sociale	24
ASILO NIDO	PRIVATO	“S. Antonio”	Cologne	Ente Religioso	26
ASILO NIDO	PRIVATO	“Scuola Materna Il Castello”	Capriolo	Fondazione	16
ASILO NIDO	PRIVATO	“La Vittoria”	Adro	Fondazione	12
ASILO NIDO	PRIVATO	“Virginia Romanini”	Adro	Fondazione	12
ASILO NIDO	PRIVATO	“Dorenido”	Palazzolo sull’Oglio	Società	20
ASILO NIDO	PRIVATO	“La Scatola Magica”	Palazzolo sull’Oglio	Società	20
NIDO FAMIGLIA	PRIVATO	“Aquarello”	Pontoglio	Associazione	5
NIDO FAMIGLIA	PRIVATO	“Magicabula 1”	Pontoglio	Associazione	5
MICRONIDO	PRIVATO	“Mariposa”	Pontoglio	Associazione	10
				TOTALE	210

SERVIZI GESTITI DAI COMUNI		
Area Sociale		
Denominazione Sede	Comune Sede	Tipologia Ente Gestore
Segretariato Sociale	Tutti i Comuni dell'Ambito	Comuni singoli
Servizio Sociale Professionale	Tutti i Comuni dell'Ambito	Comuni singoli
Area Anziani e Disabili		
Denominazione Sede	Comune sede	Tipologia Ente Gestore
Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)	Tutti i Comuni dell'Ambito	Comuni Singoli Comune di Palazzolo s/O per gestione tramite accreditamento
Servizio Inserimenti Lavorativi (SIL)	Tutti i Comuni dell'Ambito	Comuni singoli tramite convenzione con ACB (Associazione Comuni Bresciani)
Area Minori e Famiglia		
Denominazione Sede	Comune sede	Tipologia Ente Gestore
Tutela Minori	Comune di Palazzolo sull'Oglio e Comune di Adro	Comune di Palazzolo sull'Oglio che gestisce il servizio in forma associata per 5 Comuni dell'Ambito. Comune di Adro che gestisce il servizio autonomamente
Assistenza Domiciliare Minori (ADM)	Tutti Comuni dell'Ambito	Comuni singoli

SERVIZI – ATTIVITA’ – PRESTAZIONI DI PROMOZIONE/INNOVAZIONE

Area non Autosufficienza

Buono sociale Anziani e Disabili

Regione Lombardia prevede che gli interventi finanziati attraverso i titoli sociali rispondano alla finalità di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente, riconoscendo e sostenendo sia le prestazioni assicurate dal caregiver (autosoddisfacimento) che quelle acquisite attraverso assistente personale.

Finalità di tale intervento sono:

- ❑ valorizzare la cura dell'anziano e/o della persona disabile grave a domicilio da parte del proprio nucleo familiare o di personale appositamente assunto;
- ❑ limitare o quantomeno ritardare i ricoveri in strutture residenziali;
- ❑ offrire alle famiglie degli anziani e dei disabili gravi non autosufficienti un'ulteriore opportunità di risposta ai bisogni di sostegno dalle stesse espressi.

Progetti di vita Indipendente

Per Vita Indipendente, si intende la possibilità per una persona con grave disabilità fisico-motoria di poter vivere in autonomia, avendo la possibilità di prendere decisioni riguardanti la propria vita e di svolgere attività di propria scelta, con le sole limitazioni che hanno le persone senza disabilità.

Base fondamentale di ogni progetto di Vita Indipendente è la disponibilità di interventi di assistenza personale.

Protezione Giuridica

L'amministrazione di sostegno è una misura di protezione prevista dalla legge per “aiutare” le persone con limitate capacità di autonomia (fisiche o mentali), o i minori privi della potestà genitoriale, favorendo la promozione e la tutela dei diritti. Gli obiettivi che questa misura deve porsi come prioritari sono: - la cura e la difesa della persona nell'accezione più ampia; - la valorizzazione della persona in quanto portatrice di dignità e soggettività. Ciò significa costruire un progetto individualizzato che tenga il più possibile conto dei desideri/aspettative della persona, delle sue capacità residue e delle potenzialità da sviluppare o mantenere; - il raccordo e la mediazione tra i soggetti che fanno parte della “rete” che ruota intorno alla persona (familiari, amici, medici, assistenti sociali, operatori, ecc.) in funzione del suo benessere complessivo, curando la “regia” e tendendo le fila del progetto di sostegno. Con l'entrata in vigore della Legge 23/2015 l'Ufficio di protezione Giuridica dell'ATS di Brescia ha mantenuto il ruolo di coordinamento della rete dei servizi pubblici e del privato sociale che agiscono per promuovere la protezione giuridica delle persone fragili. L'Assistente Sociale dell'Ufficio di Piano partecipa dal 2009 al gruppo di coordinamento dell'Ufficio di Protezione Giuridica dell'ATS di Brescia volto a potenziare una rete sul territorio e creare sinergie tra le varie realtà istituzionali che si occupano di persone con limitata capacità di agire.

L'Ufficio di Piano è un nodo delle reti alla quale i Comuni dell'Ambito possono fare riferimento per avere informazioni e consulenza sulle norme giuridiche e sul percorso da seguire per presentare ricorso.

Progetti finalizzati a favorire la vita di relazione per minori con disabilità

a partire dall'anno 2011, l'ambito distrettuale n. 6 Monte Orfano ha sperimentato il "voucher sociale disabili", attività di sostegno rivolta alle famiglie al cui interno sono presenti componenti fragili, finalizzata a realizzare progetti specifici e personalizzati che hanno privilegiato in particolare l'ambito della vita quotidiana e del domicilio, compreso l'inserimento (e il sostegno all'inserimento) nel contesto sociale, anche attraverso la partecipazione a momenti ludico ricreativi, allontanando o evitando quanto più possibile forme di istituzionalizzazione e mantenendo e valorizzando le potenzialità cognitive, relazionali, psico-fisiche e di autonomia dei soggetti beneficiari.

L'esperienza condotta si è dimostrata utile ed efficace, sia per quanto riguarda la possibilità di dare sollievo alle famiglie relativamente ai compiti di cura dalle stesse svolti, sia per favorire l'inserimento delle persone disabili, in particolari minori, all'interno di momenti di socializzazione realizzati sul territorio e sostenere quindi l'inserimento sociale e la creazione di reti di relazione.

I progetti individualizzati rivolti a minori in condizioni di grave disabilità hanno la finalità di assicurare/favorire:

- L'integrazione del minore disabile nel territorio;
- il mantenimento delle abilità acquisite;
- il sostegno e il supporto per favorire l'accesso del minore ad interventi di natura educativa/socializzante che favoriscano il benessere psicofisico (quali ad esempio esperienze sportive, ricreative e socio-culturali del territorio, ecc.);
- L'attivazione di interventi di aiuto domiciliare.

Centro Diurno Disabili modulo Autismo

Dal 2015 è attivo all'interno del CDD il progetto denominato "LIFE" pensato per persone di età compresa indicativamente tra i 18 ed i 25 anni con Disturbi Generalizzati dello Sviluppo associato a ritardo mentale ed Autismo. Il progetto promuove l'apprendimento di più abilità possibili (autonomie, abilità cognitive e sociali) al fine di favorire l'integrazione nel contesto sociale di appartenenza.

Il Piano Individualizzato di ogni persona viene costruito insieme alla famiglia e ha lo scopo di migliorare le abilità personali nell'ambito cognitivo, delle autonomie personali e sociali con l'obiettivo di utilizzarle nella vita di tutti i giorni.

Per favorire un inserimento il più sereno possibile è previsto un percorso di accompagnamento della persona denominato "ponte" che permetta di avvicinarsi in modo graduale al servizio secondo modalità condivise con la famiglia, la scuola e i Servizi.

Spazio Gioco per minori disabili

Prevede la realizzazione di interventi ricreativi ed educativi sperimentali rivolti a bambini disabili e alle loro famiglie.

Persegue i seguenti obiettivi:

- Offrire spazi strutturati di aggregazione, di socializzazione, di gioco e di crescita ai bambini disabili;
- Attraverso la proposta di attività ricreative ed educative rivolte ai bambini disabili e ai loro genitori sviluppare nuove opportunità per la famiglia di stare insieme giocando e divertendosi;
- Offrire momenti di sollievo per le famiglie;
- Con la presenza di personale qualificato offrire sostegno alle famiglie e informazioni utili;

- Offrire momenti di scambio tra i genitori e favorire la nascita di percorsi di mutuo aiuto;
- Favorire la conoscenza dell'Associazione "Anche io nel terzo millennio" all'interno del territorio e sviluppare integrazione e socializzazione con la comunità.

Progetto Sperimentale "Durante Noi"

Il progetto sperimentale è strutturato in tre diversi interventi:

- *Vita Indipendente*: prevede l'accoglienza di circa 8/10 ragazzi disabili che nei fine settimana sperimentano la vita indipendente con la supervisione di un educatore;
- *Tempo libero*: prevede uscite sul territorio con un gruppo di adolescenti per sperimentare la frequenza a servizi pubblici, eventi culturali, sportivi, sociali dove si possono esercitare le autonomie ma anche le abilità relazionali e sociali;
- *Sollievo* alla famiglia d'origine.

Sostegni Dopo di Noi per persone disabili gravi prive del sostegno familiare

In coerenza e attuazione con i principi fissati dalla L. n. 112/2016 e richiamato il D.M. 23/11/2016 che declina la finalità generale di incentivare e promuovere la realizzazione di progetti di vita per l'autonomia e la maggiore qualità della vita delle persone con disabilità senza supporto familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché' gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché' in vista del venir meno del sostegno familiare, attraverso la progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori, l'Ambito 6 ha pubblicato 2 avvisi pubblici finalizzati a **descrivere i requisiti, le modalità e i tempi per la presentazione delle richieste** di attivazione di interventi a diretto beneficio delle persone con disabilità, previa costruzione di progetti individualizzati orientati verso l'autonomia e l'uscita dal nucleo familiare di origine, anche mediante soggiorni temporanei al di fuori del contesto familiare.

Le risorse sono quelle del Fondo Nazionale Politiche Sociali dedicato alle persone disabili gravi prive del sostegno familiare.

Misure Reddito di Autonomia per persone anziane e persone con disabilità

La misura del Reddito di autonomia in favore dello "Sviluppo dell'autonomia finalizzata all'inclusione sociale delle persone disabili" va incontro alle esigenze dei nuclei familiari in difficoltà economica, anche a causa dei costi che devono sopportare per l'assistenza ad un familiare con disabilità. Obiettivo fondamentale degli interventi è l'inclusione sociale delle persone coinvolte, con un orientamento complessivo verso la presa in carico e la progettazione personalizzata. Tale misura coinvolge da un lato i servizi sociali comunali e dall'altro gli enti gestori di servizi quali i CSE e gli SFA.

Le risorse provengono dai Fondi Comunitari in attuazione del POR FSE 2014/2020.

Area Minori e Famiglia

Buono Fragilità

L'Ambito ha strutturato interventi di sostegno alle famiglie con figli minori che si trovano in una condizione di fragilità economica/sociale e a rischio di emarginazione.

Gli interventi di sostegno si realizzeranno attraverso l'erogazione di Buoni per le famiglie in condizioni di fragilità, con particolare riferimento ai nuclei monoparentali, con figli di età compresa tra 0 e 18 anni.

Sportello di Ascolto nelle scuole secondarie di primo grado

L'obiettivo è quello di facilitare la relazione dei giovani studenti con le figure adulte dentro il contesto scolastico e nella relazione con la famiglia. Lo sportello è uno spazio fisico, ma soprattutto relazionale, di ascolto e approfondimento, in cui lo specialista, che dispone di competenze nell'ascolto e nell'interazione con i preadolescenti e adolescenti, li accoglie e offre loro uno spazio di espressione e rilettura delle difficoltà.

Servizio Spazio Incontro

Il servizio Tutela minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria si è negli anni attrezzato attraverso varie risorse (consulenza legale, supervisione, supporto concreto nella ricerca della struttura di accoglienza, ecc.), sempre nell'ottica di garantire tutte le opportunità che vanno a favorire l'effettiva tutela dei minori. All'interno degli interventi e delle attività attraverso le quali si realizza l'intervento di tutela a favore dei minori sono previste le visite protette, spesso disposte dall'Autorità Giudiziaria stessa, quale strumento per il monitoraggio dei momenti di incontro tra minori e genitori o altri membri della famiglia, in situazioni problematiche e conflittuali. Tale strumento, oltre ad avere lo scopo di favorire la comunicazione tra le parti, permette anche agli operatori di osservare gli eventuali cambiamenti nella relazione genitore/figlio e di acquisire quindi utili elementi di valutazione.

Progetto Friends Home

Il progetto nasce dalla necessità di offrire un supporto per la gestione pomeridiana dei ragazzi e per affiancarli nello svolgimento dei compiti. Un servizio in cui si trovano luoghi accoglienti in cui socializzare e crescere nelle relazioni.

Il progetto si pone molteplici obiettivi: mettere a disposizione dei bambini strumenti in grado di aumentare il loro livello di autostima ed autonomia; sperimentare azioni educative orientate al protagonismo del bambino in ambito aggregativo ed animativo; promuovere l'incontro e il confronto tra coetanei potenziando l'esperienza di gruppo. Porre attenzione al gioco e al tempo libero così come realmente dovrebbero caratterizzarsi nell'infanzia. Favorire un lavoro di rete tra le diverse agenzie educative e scuole del territorio. Facilitare l'integrazione e l'alfabetizzazione dei bambini stranieri in difficoltà. Contenere e correggere/indirizzare le possibili dinamiche relazionali aggressive e disgreganti. Rafforzare l'attività didattica proposta dalla scuola e supportare il bambino nell'espletamento dei compiti assegnati. Proporre momenti ludici, ricreativi ed espressivi per favorire la creatività dei bambini.

Servizi / interventi trasversali alle diverse Aree

Donne Vittime di Violenza

Palazzolo sull'Oglio è il Comune capofila della rete anti violenza che fa riferimento ai quattro ambiti territoriali ricompresi nel territorio di riferimento dell'ASST Franciacorta. La rete anti violenza persegue alcuni obiettivi fondamentali: - Sostenere la crescita della rete attraverso la realizzazione di una specifica azione di coordinamento finalizzata a implementare e sviluppare le relazioni tra i vari soggetti della rete, dei servizi e del territorio; - dotarsi di un'organizzazione articolata, nota e ri – conosciuta che consenta di valutare e rispondere in condizioni di emergenza e in prospettiva ai bisogni di aiuto delle donne vittime di violenza; - implementare un'equipe integrata che prenda in carico le situazioni e lavori in modo integrato con i servizi di base e specialistici della rete territoriale, anche mediante specifiche azioni formative, consulenziali e di supervisione; - garantire la sostenibilità delle azioni di tutela delle donne che devono essere messe in protezione mediante l'acquisizione di rette di ospitalità presso servizi specifici e accompagnare progetti di autonomia delle stesse come evoluzione del percorso di presa in carico.

Conciliazione

In continuità con l'esperienza maturata nella precedente programmazione 2014-2016 e nell'ottica di dare continuità alle Reti Territoriali di conciliazione, nel mese di aprile 2017 l'Alleanza Locale degli Ambiti Distrettuali Monte Orfano, Sebino, Oglio Ovest e Brescia Ovest ha presentato alla Rete Territoriale dell'ATS di Brescia le azioni progettuali da inserire nel Piano Territoriale di Conciliazione e successivamente la Cabina di Regia Regionale ha validato il Piano Territoriale di Conciliazione dell'ATS di Brescia.

Le azioni progettuali dall'Alleanza Locale degli Ambiti Distrettuali Monte Orfano, Sebino, Oglio Ovest e Brescia Ovest prevedono l'assegnazione di voucher a parziale copertura dei seguenti oneri:

- a)** rette d'iscrizione sostenute per la frequenza di servizi per la prima infanzia (Micro nido, Asilo nido, Nido famiglia e Centri per la prima infanzia) pubblici e privati;
- b)** rette sostenute per la frequenza di Centri di aggregazione giovanile e Servizi post scolastici per i minori dai 6 ai 14 anni a gestione pubblica ovvero privati.
- c)** spese sostenute per il pagamento dell'anticipo e/o del posticipo alla frequenza della scuola dell'infanzia e della scuola primaria;
- d)** spese sostenute per la cura di familiari anziani in condizione di non autosufficienza e disabili gravi (spese per assistente familiare, per interventi di sollievo presso servizi diurni in regime semi residenziale, per l'accesso a servizi forniti da privati per prestazioni socio assistenziali di cura).

Borse lavoro

Il perdurare dei problemi legati al mondo del lavoro incide da tempo e pesantemente sulle situazioni di bisogno di molte famiglie, compresi i giovani che non riescono ad entrare nel mercato del lavoro, tale situazione comporta un incremento di richieste di aiuto, rivolte in particolare all'ente locale, che dispone tuttavia di scarsi strumenti per far fronte a tale situazione.

Negli anni sono stati sperimentati alcuni progetti, che prevedono in particolare la proposta di tirocini lavorativi da effettuarsi presso imprese, aziende cooperative sociali, che vengono organizzati e gestiti da realtà specializzate. Obiettivo è quello di aiutare il soggetto a riacquistare autonomia, individuare e riscoprire le potenzialità e le abilità personali, acquisire maggiore sicurezza grazie al sostegno offerto. L'aiuto dei servizi e del tutor potrà favorire l'inserimento nel tessuto socio lavorativo del territorio.

Mappatura dei soggetti presenti nell'Ambito n.6 Monte Orfano (Ass. di volontariato, Coop. Sociali, Fondazioni, Scuole di ogni grado, Sindacati, RSA, Nidi)

	Nome	Indirizzo sede	Referente	Finalità (assistenza anziani, disabili, famiglie, povertà...)	eventuale gestione diretta di servizi (si, no, specificare)	operanti sul territorio dal...
COOPERATIVE E FONDAZIONI						
CAPRIOLO	COOP. GIRASOLE	via cerese, 51	AGOSTI MANUELA	invalidi e svantaggiati	no- appalti di pulizie/serra biologica	da anni
	COOP. LA SCOTTA	via monte, 8	BONASSI CESARE	disabilità, politiche giovanili	si- CSE/SFA	2000
	COOP. PROGETTO	via fossadelli, 1	ROSA ROSSI	assistenza anziani	no- SAD e RSA	da anni
	CCOP. VERSO L'ALTRO	via colobara bosco, 18	RECCAGNI GUALTIERO	svantaggiati, famiglie, povertà	no- verde pubblico, raccolta rifiuti, trasporti	da anni
	CENTRO AIUTO ALLA VITA	via calepio, 1	GUANA' MARIA	maternità	no- distribuzione alimenti e vestiario neonati	da anni
PALAZZOLO S/O	COOPERATIVA SOCIALE FRANCIACORTA	via paganini, 17	BERTARELLI GIOVANNA	assistenza famiglie e disabili		
	COOPERATIVA SOCIALE PALAZZOLESE	via golgi, 31	GUALANDRIS CESARE	trasporto anziani		
	COOPERATIVA SOCIALE P.A.E.S.E.	via levadello, 8/A	CORTINOVIS DELIO	assistenza disabili		2010
	FONDAZIONE GALIGNANI	via gorini, 47	MARENZI FIORANGELA	assistenza disabili		
ASSOCIAZIONI						
ADRO	CARITAS	via castello, 2	FABRIZIO PARIS	ASSISTENZA POVERTA'	SI	
	AMBULANZA ADRO	via padania, 4	VECCHIATI DAMIANO			

	LUNA ONLUS	via cairolì, 29		ASSISTENZA DISABILI	SI	
	ANASTASIS	via cairolì, 29		ASSISTENZA PAZIENZI ONCOLOGICI		
	ASSOCIAZIONE PENSIONATI	via cirolì, 29		DISTRIBUZIONE PASTI, TRASPORTI		
CAPRIOLO	CARITAS/PARROCCHIA/ORATORIO	via vitt. Emanuele, 18	DON AGOSTINO BAGLIANI	povertà, disagio, assistenza spirituale	si- oratorio, distribuzione alimenti, pagamento bollette, centro ascolto	da anni
	AGAPHA	via triste, 20	ZANNI EUGENIO	disabilità	no- attività di socializzazione	da anni
	ABFA	via vanzeghetto, 40	MURATORI MARIANNA	famiglie e disagio minori	si- Punto Fermo e Crazy at Six	2008
	ASSOCIAZIONE RAGAZZI DAVID COPPERFIELD	via vanzeghetto, 40	LODA DOMENICO	ragazzi, adolescenti	no-attività di socializzazione	da anni
	MADRETERRA	via balladore, 13	RECCAGNI GUALTIERO	famiglie, povertà, disagio	si- comunità per minori stranieri non accompagnati a Palosco; no- mercatino cerca e trova, progetto viveri, progetto cercasi lavoro, progetto famiglie unite, progetto riproviamoci, casa provvidenza	2012
	CENTRO RICREATIVO ASSOCIAZIONE PENSIONATI E ANZIANI CAPRIOLO	via vitt. Emanuele, 6	SALOGNI CLEMENTE	anziani	no- centro ricreativo anziani e trasporti	da anni
	GRUPPO VOLONTARI AMBULANZA CAPRIOLO	via urini, 1	PAOLA CASTELLINI	emergenza sanitaria	si- 118 e trasporti sanitari	da anni
ERBUSCO	AUSER UNIVERSITA' DELLA LIBERTA'	via Crocefisso	Giovann gogliione	anziani	convenzione di supporto ai servizi sociali	2011
	CROCEROSSA ITALIANA	vicolo della pace	giuseppe bonomi	anziani/disabili	trasporti	2009
	FAMILY NETWORK GENITORI IN RETE	via iseo 31	serioli elena	minori	animazione per minori /formaizone GENITORI	2010

	ASS DI VOLONTARIATO TRACCE	via breano 36	comini franco	poverta'		
	ASS SCUOLA UNITA	via crocefisso 17	rota giovanna	minori	animazione per minori /formaizone GENITORI	2015
	CARITAS UNITA' PASTORALE		silvana dotti	poverta'	distribuzione pacchi/vestiario	2012
	MIKHA	via Adro	Nuvoli angelo	disabili		
COLOGNE	ASS ISSANDA	Via Zanardelli, 10	Mondini Luisa	disabili	no	1994
	ASS ANZIANI	Via Martinelli, 11	Lancini Giancarlo	anziani		
	VOLONTARI DEL SOCCORSO	Via dei lavoratori, 6	Foglia Nicola	famiglie		
PALAZZOLO S/O	ASSOCIAZIONE S. VINCENZO DE PAOLI	via palosco, 4	VESCHETTI GUARIENTI RENATA	assistenza famiglie e povertà		
	ASSOCIAZIONE COR UNUM	via zanardelli, 25	LOZIO MARGHERITA	assitenza anziani, disabili e famiglie		
	ASSOCIAZIONE IL PANIERE	largo case operaie		assistenza famiglie e povertà		2004
	ASSOCIAZIONE IL CLUB	via piantada 1/A	VIOLA MONICA			
	ASSOCIAZIONE ANCH'IO NEL TERZO MILLENNIO	via dogane, 8	VEZZOLI SERGIO	assistenza disabili		2007
	ASSOCIAZIONE TERRE LUDICHE	via zanardelli, 81	CUNI ANDREA			
	ASSOCIAZIONE PENSIONATI	via zanardelli, 25	MICHELONI ALDO	assistenza anziani		1974
	ASSOCIAZIONE COMUNITA' PAPA GIOVANNI XXIII	via bergamo, 16/A	VEGISI MATTEO	minori		
	CROCE ROSSA ITALIANA	via golgi, 32	BELOMETTI FAUSTINO	assitenza famiglie e povertà		

PONTOGLIO	VOLONTARI SANTA MARIA ASSUNTA	via Santa Marta n.7/G Pontoglio	Pezzoni Carlino	Trasporto sociale	no	1995
	GRUPPO VOLONTARI PRIMO SOCCORSO	Viale Don G.B. Orizio n.17 Pontoglio	Raccagni Rosino	Trasporto Sanitario e trasporto sanitario semplice	no	1979
	CIRCOLO COOP. ARCA DI RICREAZIONE CULTURA	piazza XXVI Aprile n.1 Pontoglio	Pozzi Fermo	ricreazione e cultura anziani	no	
	A.GE Associazione Genitori	Via San Martino n.2 Pontoglio	Torresi Massimiliano	Attività socio educative inerenti la famiglia	no	
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI - CASA ALBERGO PER ANZIANI						
ADRO	RSA MASELLI, DANDOLO DEL BARBA	via cairolì, 29		assistenza anziani		
CAPRIOLO	CASA DI RIPOSO DON GAUDENZIO MARTINAZZOLI	via casa di riposo, 1	SALOGNI ANDREA	anziani	si- RSA e CDI	da anni
ERBUSCO	CaSA ALBERGO valotti	viale Vittoria	rsa cacciamatta	anziani		
COLOGNE	Fondazione Martinelli Granata	Via Martinelli, 19	Barucco Francesco	anziani/disabili		
PALAZZOLO S/O	R.S.A. DON CREMONA	via britannici, 18	Radici Sara	assistenza anziani		
PONTOGLIO	Fondazione Villa Serena ONLUS	Viale G.B. Orizio n.17	Picenni Augusto	Residenza Sanitaria Assistenziale	no	
ISTRUZIONE ED EDUCAZIONE						
ADRO	I.C. STATALE	VIA NIGOLINE 16 ADRO	DOTT. POLI	istruzione ed educazione	SI	
	LA VITTORIA	VIA CASTELLO 12 ADRO		scuola materna e asilo nido	SI	
	ROMANINI	VIA DOSSO, 9 TORBIATO		scuola materna e asilo nido	SI	

CAPRIOLO	ISTITUTO COMPRENSIVO ALDO MORO	VIA FOSSADELLI, 25 CAPRIOLO	FERNANDO MAGRI	istruzione ed educazione	si- scuola dell'infanzia, primaria e secondaria	da anni
	FONDAZIONE SCUOLA MATERNA IL CASTELLO	VIA CASTELLO, 4 CAPRIOLO	PASINETTI ENNIO	scuola materna e asilo nido	si-asilo nido Infantasy e scuola dell'infanzia	da anni
	ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE IL RUSCELLO	VIA VANZEGHETTO, 40 CAPRIOLO	VALZORIO FLORIA	istruzione ed educazione	si-scuola parentale montessoriana	2017
ERBUSCO	scuola materna g. fava zocco	via volta 30	ruggeri claudio	scuola materna		
	scuola materna tacconi	via crocefisso 19	beatrice bonfadini	scuola materna		
	scuola materna san giuseppe	piazza chiesa 20	rosa luigia asnaghi	scuola materna		
	asilo nido mago di oz	via trieste	coop franciacorta	asilo nido		2012
COLOGNE	Istituto Comprensivo Monte Orfano	Via Corioni, 2	Conte Ersilia	istruzione ed educazione		
	Asilo Nido	Via E.A. Dalla Chiesa	Recaldini Valentina (gestione coop Franciacorta)	asilo nido		2013
PALAZZOLO S/O	ASILO NIDO COMUNALE "IL GIRASOLE"	via attiraglio, 21	GAVAZZI PAOLA	asilo nido		
	FONDAZIONE ASILO INFANTILE SAN PANCAZIO	via XXV aprile, 2	LIO CARLA	scuola materna		
	ASILO NIDO LA SCATOLA MAGICA	via gavazzino, 10	CORSINI LAURA E BARBIARI TIZIANA	asilo nido		
	ASILO NIDO DORENIDO	via costa, 1		asilo nido		

	I ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE	via zanardelli, 34	DIRIRGENTE SCOLASTICO PROF.SSA SECCHI CAMILLA	istruzione ed educazione		a.s. 2013/2014
	II ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE	via dogane, 8	DIRIGENTE SCOLASTICO PROFF..SSA GUSMINI BARBARA	istruzione ed educazione		
	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "CRISTOFORO MARZOLI"	via levadello, 10	PROFF.SSA MARELLA OLIVA	istruzione ed educazione		
	ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "GIOVANNI FALCONE"	via levadello, 10	PROFF. CALABRO' ANGELO	istruzione ed educazione		
	ISTITUTO SCOLASTICO ANCELLE DELLA CARITA'	via ss trinità, 9	IVANA LANZANOVA	istruzione ed educazione		
PONTOGLIO	Istituto Comprensivo Statale di Pontoglio	Viale Danta Alighieri n.22 Pontoglio	Dirigente Scolastica Nadia Maria Plebani	istruzione ed educazione	no	
	Associazione Mariposa	Via Industria n.35 Pontoglio	Maria Toresini	Micronido	no	2012
	Associazione Acquarello Nido Famiglia	Via Giuseppe Verdi n.12 Pontoglio	Festa Manuel	Nido Famiglia	no	2016

SINDACATI						
ADRO	ACLI	VIA UMBERTO, I, 15		disbrigo pratiche amministrative		
	CGIL	VIA CAIROLI, 29		disbrigo pratiche amministrative		
	CISL	ADRO		disbrigo pratiche amministrative		
	LEGA THE NATIONAL CAG	VIA DANDOLO, 55		disbrigo pratiche amministrative		
CAPRIOLO	CAAF CISL	VIA VITTORIO EMANUELE, 43	NABONI	disbrigo pratiche amministrative	no-raccolta documentazione	da anni
	CAAF CGIL	VIA VITTORIO EMANUELE, 43	PIANTONI	disbrigo pratiche amministrative	no-raccolta documentazione	da anni
	PATRONATO ACLI	VIA VITTORIO EMANUELE	ZANNI GIUSEPPE	disbrigo pratiche amministrative	no-raccolta documentazione	da anni
PALAZZOLO S/O	SINDACATO C.G.I.L.	VICOLO SALNITRO 2	DOTTI PIERANTONIO	disbrigo pratiche amministrative		
	SINDACATO C.I.S.L.	VIA DELLA MADDALENA 13	MOMBELLI GIOVANNI	disbrigo pratiche amministrative		

LA VALUTAZIONE DEL PIANO DI ZONA 2015/2017

Titolo Obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Azioni realizzate	Risultati
Consolidamento gestione associata dei servizi dei Comuni ed organismi dedicati (Ufficio di Piano, N.S.H. Presidio locale per la Protezione Giuridica)	Incrementare i servizi già esistenti e funzionanti migliorandone la qualità ed il tempo dedicato.	Assemblea distrettuale dei Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila.	Conferma attività dell'equipe d'Ambito a favore della Disabilità; conferma della presenza dell'AS dell'Ufficio di Piano al tavolo di coordinamento del'UPG dell'ASL;	Funzione di raccordo costante rispetto all'area disabilità ed anziani.
Consolidamento accreditamento servizio assistenza domiciliare rivolta ad anziani, disabili, famiglie in difficoltà	Avvio nuova procedura di accreditamento e atti conseguenti	Assemblea distrettuale dei Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila.	Definizione bando di accreditamento e determinazioni conseguenti	Viene confermato come l'accreditamento risulti essere sicuramente più rispondente ai bisogni delle famiglie e degli utenti rispetto all'organizzazione più tradizionale prevista dalla gare d'appalto, in quanto consente ai cittadini una possibilità di scelta del fornitore.
Rafforzamento delle modalità di presa in carico di utenza fragile	Definizione e strutturazione di un'equipe d'Ambito che si occupi della gestione di situazioni fragili multiproblematiche	Ufficio di Piano, Comune Capofila	Strutturazione di una equipe d'Ambito per la presa in carico integrata di situazioni di vulnerabilità e multi problematicità.	La sperimentazione si è conclusa con alcune difficoltà. L'Equipe di Ambito ha tracciato un nuovo modello organizzativo, ma i tempi forse non ancora "maturo" hanno consigliato di interrompere il progetto nel 2016. Nel 2017 una modalità organizzativa simile è stata introdotta con il SIA oggi REI.
Sperimentazione di uno Sportello	Definizione di un protocollo di	Assemblea distrettuale dei	Costituzione di un elenco di	Raggiungimento di 134 ragazzi/e;

di orientamento e accompagnamento al lavoro.	funzionamento del servizio sulla base del quale informare i diversi soggetti coinvolti (Comuni dell'Ambito, Aziende, soggetti del Terzo settore, ecc.)	Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila.	<p>candidature da parte di giovani in cerca di lavoro;</p> <p>creazione di uno spazio/sportello in cui gli operatori potessero effettuare colloqui specialistici e counselling orientativo;</p> <p>procedura di affidamento ai sensi della normativa vigente a favore di una società per la gestione dello sportello.</p>	<p>52 proposte lavorative fatte ai ragazzi/e;</p> <p>proposte realizzate: 15 tirocini lavorativi finalizzati all'assunzione; 8 per quelli di orientamento; 6 assunzioni t. determinato., 8 assunzioni t. indeterminato.</p>
Sviluppo e potenziamento delle funzioni di analisi	Miglioramento gestione integrata delle informazioni e dei dati utili ad orientare la programmazione e ad allargare il perimetro di conoscenza.	Ufficio di Piano, Comune capofila, Direzione Gestionale Distrettuale, singoli Comuni, realtà del territorio	Cartella socio sanitaria e sociale del programma VIVIDI; software o cartelle condivise.	<p>Utilizzo della Cartella sociale informatizzata - VIVIDI, con lo scopo di gestire un fascicolo elettronico dell'utenza sociale, strumento condiviso dal comparto sociale e socio-sanitario per garantire una presa in carico integrata ed un P.I. condiviso;</p> <p>nel 2017 definizione di un Piano d'attività per raggiungere l'obiettivo di implementazione della CSI, con conseguente ottenimento della quota premiale nel 2018.</p>
Regolazione dei criteri di accesso e gestione dei servizi secondo regole omogenee e condivise (es. regolamento ISEE)	<p>Sviluppare e validare linee guida condivise;</p> <p>Proposta linee guida all'Assemblea dei Sindaci;</p> <p>adozione e condivisione delle prassi</p>	Ufficio di Piano, Comune capofila, Assemblea dei Sindaci.	Documentazione condivisa	<p>Approvazione da parte dell'Assemblea dei Sindaci delle linee guida per l'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie agevolate in applicazione del DPCM 159/2013</p> <p>“regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e compiti di</p>

				applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente
Incremento livello di gestione associata delle risorse	Individuazione di un servizio che possa essere gestito in forma associata o di risorse da trasferire al comune capofila per gestione integrata delle risorse.	Ufficio di Piano		Obiettivo non raggiunto. L'organizzazione dell'Ambito 6 non consente una gestione integrata delle risorse (come invece prevedevano le linee guida regionali del precedente PdZ), si è preferito lavorare sulla definizione di regole poi gestite in autonomia.
Rafforzamento del livello di integrazione tra sociale, sociosanitario e sanitario.	Stretto raccordo con i servizi specialistici, con i quali condividere obiettivi e interventi specifici in una logica di corresponsabilità, nello specifico nell'area della preadolescenza / adolescenza con problemi di natura neuropsichiatrica.	Ufficio di Piano, neuropsichiatria infantile, ASL, servizi specialistici.	Tavolo di lavoro	Partecipazione ad un tavolo di confronto con NPI, ASL.
Promozione accesso a forme specifiche di finanziamento del sistema, in stretta connessione con i soggetti del territorio	Individuazione bandi di progettazione di interesse ai quali partecipare; Coinvolgimento di Aziende private del territorio in ordine a progetti sulla Conciliazione	Ufficio di Piano, Assemblea distrettuale dei Sindaci, Aziende private	Presentazione di bandi per individuare nuove forme di finanziamento	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione al bando Cariplo "Welfare in Azione"; - Partecipazione ai bandi della Fondazione Comunità Bresciana; - Nel 2017 adesione di 20 nuove aziende private alla rete locale di conciliazione.
Valorizzazione del Terzo settore nell'elaborazione progettuale di sperimentazioni; individuazione modalità di coinvolgimento delle comunità	Sperimentazione di servizi leggeri (housing sociale, residenzialità leggera) per le persone anziane che restano sole e/o necessitano protezione;	Ufficio di Piano, Comune capofila, Direzione Gestionale Distrettuale, singoli Comuni, enti gestori e realtà del	Coinvolgimento realtà territoriali	Obiettivo realizzato attraverso il livello di coinvolgimento nella gestione delle situazioni legate al REI.

locali per accrescere la partecipazione responsabile dei cittadini alla gestione delle varie problematiche;	sperimentazione di esperienze di semi autonomia nell'area disabili, per far fronte a situazioni di bisogno assistenziale o di integrazione sociale e territoriale;	territorio		
---	--	------------	--	--

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL PIANO DI ZONA

Operativamente, il lavoro di costruzione del nuovo strumento di programmazione è partito a inizio 2018, considerato che le nuove Linee di indirizzo per la programmazione sociale sono state approvate dalla Giunta Regionale il 28 dicembre 2017 con la DGR X/7631, dopo una fase di incertezza iniziata a fine estate che aveva anche lasciato presagire come possibile la proroga dei Piani di Zona 2015/2017 per un'ulteriore annualità, tenuto anche conto delle elezioni regionali previste per il 4 marzo 2018.

In analogia e a conferma delle precedenti esperienze, il lavoro di costruzione del nuovo piano è stato condotto su due livelli, quello specificamente distrettuale (Assemblea Distrettuale dei Sindaci e Ufficio di Piano) e quello provinciale (Coordinamento uffici di Piano e Cabina di Regia).

Rispetto al livello distrettuale, il lavoro consolidato negli anni passati con le numerose realtà territoriali che da tempo collaborano con le singole amministrazioni comunali e con l'Ufficio di Piano ha di fatto consentito di mantenere attivo il confronto con i soggetti più significativi del terzo settore e del privato operanti a livello distrettuale, condividendo in più occasioni e in relazione a problemi specifici (povertà, violenza contro le donne, disabilità, ecc.), la lettura dei bisogni del territorio e la definizione delle diverse priorità

Di conseguenza, come già avvenuto nel precedente triennio, in accordo con l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale si è ritenuto opportuno non prevedere la convocazione di tavoli di lavoro destinati alla costruzione del Piano di Zona, ma organizzare invece un momento di confronto con tutti i soggetti già aderenti all'Accordo di Programma con il quale era stato adottato il Piano di Zona 2015/2017 e con altri soggetti coinvolti comunque nella gestione dei vari progetti e interventi in ambito sociale a livello locale.

In sintesi i passaggi realizzati sono stati i seguenti:

- **06 febbraio 2018:** ha avuto luogo l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci nel corso della quale gli amministratori, preso atto del documento "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018 – 2020", hanno previsto la proroga del vigente Accordo di programma riferito al triennio 2015/2017 fino alla sottoscrizione del nuovo Accordo di Programma con il quale verrà adottato il nuovo Piano di Zona. Si è inoltre definito concretamente il percorso da seguire per giungere alla definizione del nuovo Piano di Zona, esprimendo in particolare un indirizzo rispetto alla necessità di prevedere nel prossimo Piano di Zona azioni specifiche a sostegno delle politiche per il lavoro, individuato come area di particolare criticità nel territorio dell'ambito e quindi come priorità sulla quale lavorare;
- **21 marzo 2018:** a seguito del mandato dell'Assemblea Distrettuale dei Sindaci, in tale data ha avuto luogo l'incontro tra l'Ufficio di Piano e i referenti locali impegnati a vario titolo sul tema "lavoro e occupabilità", con l'obiettivo di avviare un confronto sul tema, finalizzato ad individuare direzioni di approfondimento specifiche da sviluppare nel prossimo triennio;
- **28 marzo 2018:** in tale data ha avuto luogo l'incontro tra l'Ufficio di Piano e gli operatori dei Comuni per concordare alcune linee di lavoro da presentare poi nell'Assemblea dei Sindaci;
- **05 aprile 2018:** in tale data ha avuto luogo l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci per l'iniziale definizione degli obiettivi di lavoro;
- **19 aprile 2018:** in tale data ha avuto luogo l'incontro tra l'Assemblea Distrettuale dei Sindaci, l'Ufficio di Piano e i soggetti del terzo settore operanti a livello distrettuale. Nel corso della riunione sono state sinteticamente presentate le Linee Guida regionali inerenti la

programmazione del nuovo Piano di Zona e alcune “piste di lavoro” trasversali, identificate dall’Ufficio di Piano come prioritarie rispetto all’attività da mettere in atto nel periodo di vigenza del nuovo Piano di Zona. Da parte dei presenti all’incontro è stata espressa condivisione rispetto alla proposta presentata che è stata ritenuta coerente con i bisogni riconosciuti sul territorio;

- **09 maggio 2018:** in tale data si è svolto un incontro dell’Ufficio di Piano per condividere il lavoro sin lì fatto anche a livello di Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano e per concordare la tipologia di dati rappresentativi del territorio utili da raccogliere da parte del singolo comune al fine di completare il documento in fase di elaborazione;
- **22 maggio 2018:** in tale data è avvenuto l’incontro dell’Ufficio di Piano con una cooperativa locale, già coinvolta nell’incontro del 21 marzo 2018, per valutare alcune ipotesi possibili rispetto ad iniziative destinate a favorire l’integrazione sociale di persone fragili attraverso lo strumento dell’inserimento lavorativo;
- **28 maggio 2018:** incontro Assemblea dei Sindaci per approvazione bozza Accordo di programma da trasmettere ad ATS da utilizzare per l’approvazione del nuovo Piano di Zona e aggiornamento e condivisione con gli amministratori del lavoro fin qui fatto;
- **14 giugno 2018:** Assemblea Distrettuale dei Sindaci per approvazione Piano di Zona e sottoscrizione Accordo di Programma.

Per quanto riguarda invece il **lavoro** condotto a livello **sovra distrettuale**, si segnalano i seguenti passaggi:

A) In relazione all’avvio della progettazione inerente il nuovo Piano di Zona riferito al triennio 2018/2020 e preso atto del documento regionale “Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018 – 2020”, i dodici uffici di piano afferenti all’ATS di Brescia, **in data 18 gennaio 2018** si sono incontrati per un primo confronto tecnico in merito ad una possibile ipotesi di lavoro da sviluppare nei successivi mesi e da proporre come possibile base di confronto e discussione alla Cabina di Regia, al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e ai Presidenti delle Assemblee Distrettuali.

L’ipotesi di lavoro scaturita nel corso di tale incontro è stata la seguente:

1. partecipazione congiunta presso la sede di ACB all’incontro organizzato dalla Direzione Regionale Reddito di autonomia e inclusione sociale per il giorno 1 febbraio 2018 per la presentazione delle nuove Linee guida regionali, anche alla luce delle novità previste dalle predette Linee Guida in ordine all’ipotesi di nuovi azionamenti degli ambiti, conseguenti ai POAS;
2. così come avvenuto per l’ultimo Piano di Zona, si è ritenuto opportuno che il nuovo Piano preveda al suo interno una sezione che declini alcuni obiettivi sovra distrettuali, condivisi dal Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e dai Presidenti delle Assemblee Distrettuali. L’individuazione di obiettivi di carattere sovra distrettuale riconosce in particolare che alcune tematiche/problematiche sono comuni a più territori, possono essere efficacemente affrontate in un’ottica allargata (almeno sovra distrettuale, se non provinciale), chiamano in causa attori e interlocutori comuni a più territori (stakeholders), consentono la definizione di una strategia più efficace perchè coordinata e condivisa;
3. di massima, l’impostazione del nuovo Piano, potrà essere affine a quella già utilizzata per il precedente strumento, indicativamente declinata secondo il format regionale, allegato alla D.G.R. 7631/2017;
4. Allo stesso tempo, si è ritenuto importante prevedere e mantenere relazioni/rapporti con i tanti soggetti, diversi dai comuni e dall’ATS, a vario titolo coinvolti nella programmazione e gestione sociale (terzo settore, sindacati, rappresentanti della comunità locale, ecc.). A fronte dell’esperienza maturata nel triennio trascorso su specifici ambiti di attività (Dopo di noi, badanti, fondo non autosufficienza, ecc.), si è ritenuto opportuno prevedere per questa fase di programmazione incontri a carattere provinciale, declinati poi nella forma di Gruppi di lavoro, fermo restando la possibilità per

ogni ufficio di piano di prevedere, a livello locale, le forme di coinvolgimento, informazione, partecipazione ritenute più opportune e utili;

5. Rispetto all'individuazione delle possibili **aree di lavoro** (da tradurre in altrettanti possibili obiettivi) sovra distrettuali, la proposta emersa dall'incontro di cui sopra è stata la seguente:

- a) AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA (compresa l'attività di prevenzione alle varie forme di dipendenza e il tema della violenza di genere);
- b) AREA DELLE POLITICHE ABITATIVE (compreso l'housing sociale, la morosità incolpevole, la regolazione degli sfratti, l'utilizzo di patrimonio abitativo inutilizzato);
- c) AREA DELLE POLITICHE ATTIVE DEL LAVORO (compreso il servizio per gli inserimenti lavorativi, il rapporto con i centri per l'impiego, con le agenzie per il lavoro, con le agenzie interinali, con i vari strumenti individuati da Regione Lombardia, la conciliazione);
- d) AREA DELLA POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE

Il lavoro sulle diverse aree è stato condotto dai vari coordinatori degli Uffici di Piano che hanno coinvolto e si sono interfacciati sia con i singoli uffici di piano per raccogliere dati, materiale, indicazioni e con i soggetti del terzo settore, del volontariato, dell'associazionismo, privati che sul tema potevano apportare riflessioni, suggerimenti, pensieri, elementi di progettazione e sviluppo futuro.

B) 22 GENNAIO 2018: si è svolta una prima riunione degli Uffici di Piano presso ATS per una prima condivisione delle Linee di indirizzo regionali. In quella sede si è ipotizzato un primo crono programma dei vari passaggi da prevedere fino all'approvazione definitiva dei Piani di Zona da parte dei dodici ambiti territoriali, compresa la proposta delle tematiche a valenza sovradistrettuale da portare all'attenzione del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci;

C) 01 febbraio 2018: videoconferenza alla presenza del Direttore Generale di Regione Lombardia dott. Paolo Favini che illustra il documento allegato alla D.G.R. X/7631/2017. Alle ore 14.00 incontro con i referenti provinciali del terzo settore per presentare brevemente le Linee Guida regionali e condividere un'ipotesi di percorso di costruzione del Piano di Zona (Gruppi di lavoro);

D) 14 febbraio 2018: il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci conferma la volontà di sostenere la programmazione locale affinché i Piani di Zona dei 12 Ambiti vengano approvati e definiti entro il 30 giugno 2018;

E) 26 febbraio 2018: insediamento Cabina di Regia in ATS, condivisione contenuti Linee Guida e percorso di lavoro sull'integrazione socio sanitaria;

F) 26 febbraio 2018: gruppo di lavoro sulle politiche abitative presso ACB con il terzo settore provinciale;

G) 27 febbraio 2018: gruppo di lavoro sulle politiche del lavoro presso ACB con il terzo settore provinciale;

H) 08 marzo 2018: gruppo di lavoro sulle politiche di contrasto alla povertà presso ACB con il terzo settore provinciale;

I) 12 marzo 2018: Cabina di Regia con ATS, ASST e Uffici di Piano. Definizione gruppi di lavoro sull'integrazione socio sanitaria;

L) 26 marzo 2018: incontro gruppo prevenzione, salute mentale e dipendenze nell'ambito dell'attività di integrazione sociosanitaria;

M) 26 marzo 2018: incontro gruppo prevenzione, salute mentale e dipendenze nell'ambito dell'attività di integrazione sociosanitaria;

N) 16 aprile 2018: incontro gruppo prevenzione, salute mentale e dipendenze nell'ambito dell'attività di integrazione sociosanitaria;

O) 20 aprile 2018: Coordinamento Uffici di Piano presso ACB per valutazione stato di attuazione del lavoro di costruzione del nuovo Piano di Zona;

P) 22 aprile 2018: gruppo di lavoro sulle politiche del lavoro presso ACB con il terzo settore provinciale;

Q) 18 maggio 2018: incontro del Coordinamento degli Uffici di Piano con i rappresentanti provinciali del Terzo Settore per condividere in una riunione plenaria i risultati del lavoro fatto dai gruppi di lavoro tematici e per raccogliere eventuali ulteriori proposte;

R) 29 maggio 2018: Cabina di Regia con ATS, ASST e Uffici di Piano per presentare il lavoro svolto dai diversi gruppi di lavoro e successiva presentazione e validazione dello stesso al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.

Tale documento diventerà pertanto parte integrante dei singoli piani di zona.

INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

Il varo della L.R. n. 23/2015 ha sancito il riordino del sistema di welfare regionale con l'obiettivo di riformare i pilastri organizzativi del sistema, definire nuovi obiettivi strategici di lungo periodo e sistematizzare il quadro della governance del sistema per offrire nuove risposte ai bisogni complessi, rafforzare la dimensione della programmazione e potenziare il livello di integrazione tra i settori sanitario, sociosanitario e sociale.

In tale contesto normativo è stato definito l'assetto organizzativo dell'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Brescia tramite il proprio Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), strumento programmatico che delinea il ruolo di regia di ATS, anche su molte delle attività di carattere sociale, per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali, attraverso una presa in carico integrata in grado di prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria.

La L.R. 23/2015 ha ribadito la piena titolarità delle funzioni e delle competenze in ambito sociale in capo ai Comuni, attraverso la programmazione zonale espressa dal Piano di Zona.

ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla L.R. 23/2015 deve esercitare la propria funzione di governance garantendo le attività di valutazione multidimensionale, l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, la razionalizzazione dei processi operativi di presa in carico del bisogno, il confronto e lo scambio informativo tra tutti gli attori del sistema. Il Terzo Settore partecipa quale titolare di un ruolo strategico per la realizzazione di azioni congiunte, sperimentazioni innovative e di co-progettazione nell'ambito della rete sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Il Documento di indirizzo della nuova programmazione zonale: "Linee di Indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" D.G.R. n. X/7631/2017, richiama in particolare alcuni aspetti che riguardano la continuità con i principi e gli obiettivi della precedente triennalità per quanto riguarda la ricomposizione, a diversi livelli, delle informazioni, delle risorse, dei servizi e degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e sociale. Alla luce del percorso avviato nel triennio 2015-2017 e delle Linee di Indirizzo per la programmazione sociale 2018-2020, sono state definite azioni di integrazione sanitaria socio-sanitaria e sociale per il triennio 2018/2020, finalizzate a potenziare e sviluppare le aree di integrazione tra ATS, ASST, Ambiti Distrettuali e Terzo Settore.

IL CONTESTO TERRITORIALE E DEMOGRAFICO

Il territorio di ATS Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km², con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km²), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino o situati sui grandi assi stradali. La zona montana è quella con la minor densità abitativa (Figura 1).

Entro i confini di ATS vi sono tre laghi principali (Lago di Garda, Lago d'Iseo, Lago d'Idro), tre fiumi principali (Oglio, Chiese e Mella), due valli (Valtrompia e Valle Sabbia) e un'ampia zona pianeggiante a sud del territorio cittadino; varie zone collinari circondano la città e si estendono ad est verso il veronese e ad ovest verso la Franciacorta.

Al 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide demografica (Figura 2) evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,6%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni: tra le classi sotto i

50 anni risultano inferiori del 5,2% rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i 50enni; il rapporto si inverte dopo i 60 anni, aumentando progressivamente. Infatti, le femmine oltre gli 80 anni sono circa il doppio dei maschi (48.008 vs 25.257). L'età media della popolazione a dicembre 2017 era di 44,1 anni, più elevata nelle femmine (45,5) che nei maschi (42,7), inferiore rispetto a quella nazionale (44,9 anni) e regionale (44,8 anni).

Figura 1: densità abitativa ATS Brescia nel 2017

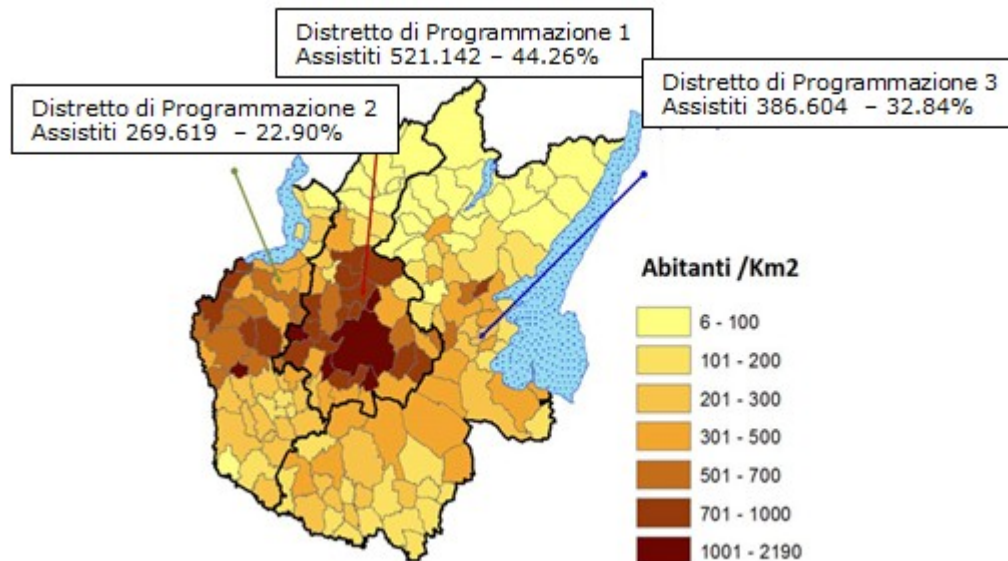
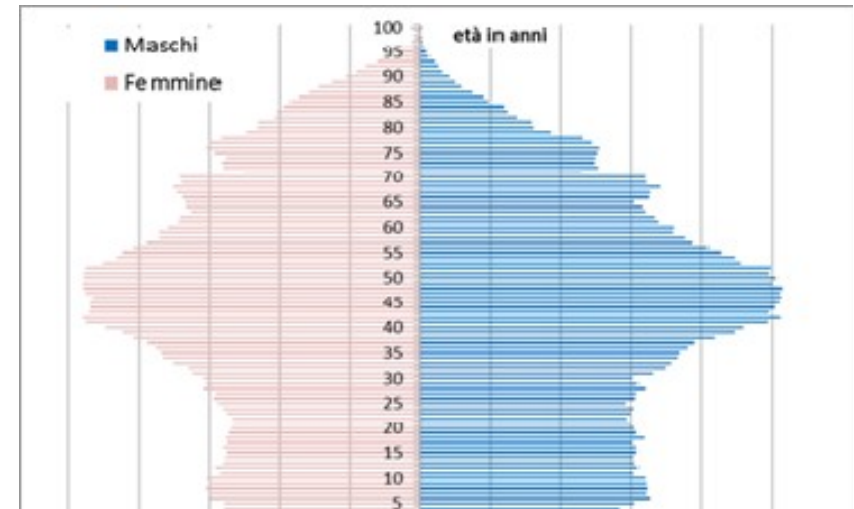


Figura 2: Piramide demografica ATS Brescia nel 2017



L'evoluzione demografica dal 2000, anno di avvio della raccolta sistematica dei dati anagrafici (Tabella 1):

- la popolazione è complessivamente cresciuta del 17,7% negli ultimi 18 anni, in gran parte grazie al contributo della presenza straniera; dal 2010 la crescita è progressivamente rallentata per fermarsi negli ultimi anni
- l'età media è passata dai 41,2 anni del 2000 ai 44,1; con un incremento medio annuo pari a 61 giorni
- gli anziani sono aumentati di 80.743 unità tra il 2000 ed il 2017 (+48,3%), mentre i grandi anziani sono più che raddoppiati. L'indice di vecchiaia è rimasto abbastanza stabile fino al 2011, in continuo aumento negli ultimi anni
- il tasso di natalità ha avuto un andamento non lineare: è cresciuto del 9% dal 2000 al 2008 per scendere rapidamente e costantemente negli anni successivi (-27,8%). Come per il resto del paese, nel 2017, viene ulteriormente abbassato il record negativo del 2016: il numero di nuovi nati è il più basso dall'Unità d'Italia
- dal 2000 al 2011 i bambini sotto i 15 anni erano aumentati del 29% per stabilizzarsi e diminuire negli ultimi anni (-5% dal 2011)

- il tasso grezzo di mortalità è rimasto sostanzialmente stabile con alcuni picchi in particolare nel 2003 (8,87) e successivamente nel 2015 e 2017 (9,07 e 9,06).

Tabella 1 - Variazione di alcuni indicatori demografici: 2000-2017

Indicatore	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2016	2017	%variaz. 2017/00
Totale assistiti	1.000.248	1.045.478	1.093.708	1.149.520	1.168.168	1.174.365	1.176.312	1.177.365	17,7%
% donne	51,05%	50,83%	50,66%	50,51%	50,67%	50,73%	50,73%	50,61%	-0,8%
Età media	41,23	41,69	41,94	42,11	42,72	43,55	43,84	44,12	7,0%
N° bambini (<15 anni)	139.224	148.957	161.405	174.814	179.362	175.405	172.990	170.539	22,5%
% bambini	13,92%	14,25%	14,76%	15,21%	15,35%	14,94%	14,71%	14,48%	4,1%
N° pop. 65 anni e più	167.187	182.982	199.636	211.815	224.973	240.350	244.436	247.930	48,3%
% anziani	16,71%	17,50%	18,25%	18,43%	19,26%	20,47%	20,78%	21,06%	26,0%
Indice vecchiaia §	120	123	124	121	125	137	141	145	21,1%
>=85 anni	18.237	18.197	21.461	26.111	30.318	34.655	36.020	37.038	103,1%
% grandi anziani	1,82%	1,69%	1,92%	2,26%	2,60%	2,95%	3,06%	3,15%	72,5%
N° nuovi nati	10.253	11.009	12.037	12.691	11.543	10.271	9.875	9.557	-7,5%
Tasso natalità X 1.000 §	10,25	10,53	11,01	11,04	9,88	8,75	8,39	8,12	-21,5%
Tasso fecondità grezzo £	42,1	44,0	46,7	47,6	43,7	40,1	39,1	38,0	-9,8%
N° morti (integrazione con registro)*	8.648	9.272	8.761	9.617	9.999	10.537	10.118	10.671	22,0%
Tasso grezzo mortalità &	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	8,15	8,60	9,06	3,7%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	0,93	-0,2	-0,9	-156,7%
* N° morti ultimi 12 mesi solo in base ai dati anagrafici									
§ Indice di vecchiaia = [popolazione con età superiore a 65 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]*100									
\$ Tasso natalità = [numero di nati vivi /popolazione nello stesso periodo] *1.000									
£ Tasso fecondità grezzo = [numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni)/ popolazione femminile in età feconda] *1.000									
& Tasso grezzo di mortalità = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] *1.000									

Come si può notare (Tabella 2) esistono notevoli differenze demografiche nel territorio:

- l’Ambito cittadino, che è quello con popolazione nettamente più elevata, è anche quello con l’età media più avanzata, la maggior presenza di anziani, mentre i tassi di natalità sono i più bassi della ATS. La presenza di stranieri è nella città nettamente più elevata rispetto al resto della ATS (18,8% versus 13,4%).

- l' Ambito 11 Garda e l'Ambito 4 Valle Trompia sono simili a quello cittadino per quanto riguarda l'alta presenza di anziani e la bassa natalità ma hanno una presenza di stranieri di gran lunga inferiore.
- più "giovani" appaiono invece gli Ambiti dell'hinterland e quelli della bassa bresciana

Tabella 2 - Indicatori demografici nei 12 Ambiti Distrettuali (2017)

		AMBITI DISTRETTUALI*											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totale assistiti	N.	211.352	99.420	99.279	114.204	54.551	59.217	97.883	56.699	118.174	66.445	124.112	76.009
Donne	N.	109.770	50.073	50.156	57.449	27.589	29.705	48.667	28.128	59.405	33.105	63.917	37.944
	%	51,94	50,37	50,52	50,30	50,5	50,1	49,72	49,61	50,27	49,82	51,50	49,92
Bambini (<15 anni)	N.	26.913	15.688	14.844	15.227	8.050	9.002	16.221	8.512	16.985	10.981	17.083	11.033
	%	12,73	15,78	14,95	13,33	14,76	15,20	16,57	15,01	14,37	16,53	13,76	14,52
>=65 anni - Anziani	N.	50.987	18.654	20.586	25.519	11.585	11.624	17.463	11.197	24.557	12.002	27.294	16.462
	%	24,12	18,76	20,74	22,35	21,24	19,63	17,84	19,75	20,78	18,06	21,99	21,66
>=75 anni	N.	27.761	8.876	10.203	12.735	5.636	5.758	8.381	5.455	12.366	5.843	14.181	8.414
	%	13,13	8,93	10,28	11,15	10,33	9,72	8,56	9,62	10,46	8,79	11,43	11,07
>=85 anni - Grandi Anziani	N.	8.635	2.397	2.893	3.587	1.587	1.577	2.243	1.560	3.708	1.703	4.499	2.649
	%	4,09	2,41	2,91	3,14	2,91	2,66	2,29	2,75	3,14	2,56	3,62	3,49
Età Media		46,09	42,66	43,85	45,07	44,36	43,22	41,73	43,28	43,95	41,90	45,04	44,36
Tasso natalità X 1.000		7,23	8,63	8,44	7,50	7,46	9,29	9,33	8,01	8,66	9,08	7,47	7,87
Indice vecchiaia (>=65/minore 15)		189	119	139	168	144	129	108	132	145	109	160	149
Nuovi nati (ultimi 12 mesi)	N.	1.529	858	838	857	407	550	913	454	1.023	603	927	598
Morti (ultimi 12 mesi)	N.	2.147	798	811	1.033	504	515	714	501	1.090	543	1.227	788
Tasso mortalità		10,16	8,03	8,17	9,05	9,24	8,70	7,29	8,84	9,22	8,17	9,89	10,37
Tasso di crescita naturale		-2,9	0,6	0,3	-1,5	-1,8	0,6	2,0	-0,8	-0,6	0,9	-2,4	-2,5
Stranieri	N.	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
	%	18,8	11,3	11,7	11,2	8,4	12,7	17,6	15,5	15,8	15,9	13,3	12,8

Donne 15-49 anni	N.	42.939	21.751	21.163	23.694	11.444	12.512	21.379	12.083	25.156	14.761	26.644	15.735
------------------	----	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

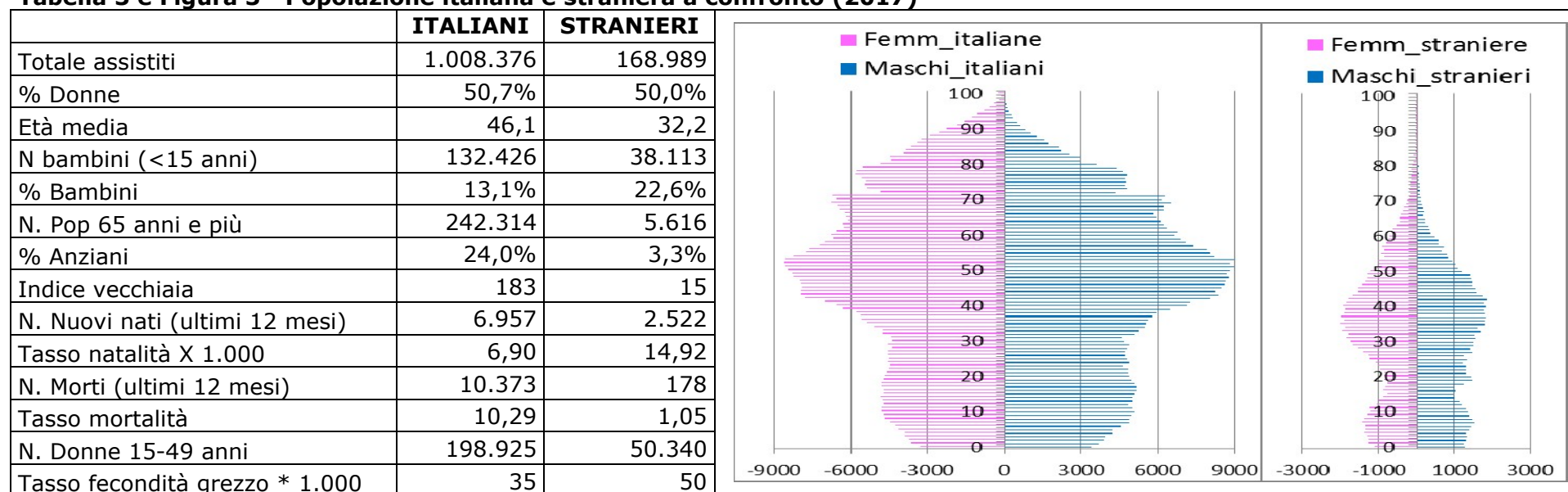
***AMBITI DISTRETTUALI:** 1 - Brescia, 2 - Brescia Ovest, 3 - Brescia Est, 4 - Valle Trompia, 5 - Sebino, 6 - Monte Orfano, 7 - Oglio Ovest, 8 - Bassa Bresciana Occidentale, 9 - Bassa Bresciana Centrale, 10 - Bassa Bresciana Orientale, 11 - Garda, 12 - Valle Sabbia.

Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2017 gli stranieri assistiti sul territorio di ATS Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto a quella nazionale (8,3% nel 2016) e anche superiore a quella lombarda (11,4%).

La popolazione straniera presenta un profilo demografico diverso rispetto alla popolazione italiana (Tabella 3 e Figura 3):

- l'età media risulta essere di 32,2 anni, molto più bassa rispetto ai 46,1 anni degli italiani;
- la percentuale di bambini è del 22,6%, di 9,4 punti percentuali più elevata rispetto agli italiani;
- la percentuale di anziani è molto bassa (3,3% vs 24,0%);
- il tasso di natalità è stato di 14,9/1.000, vale a dire 2,2 volte più elevato rispetto a quello degli italiani; il 26,6% dei nuovi nati è straniero con un tasso di fecondità grezzo nelle donne straniere del 43% più elevato rispetto alle italiane

Tabella 3 e Figura 3 - Popolazione italiana e straniera a confronto (2017)



La popolazione straniera presenta un'elevata dinamicità e nel periodo considerato vi sono stati forti cambiamenti, in particolare:

- la presenza di stranieri è più che quadruplicata passando dai 39.580 del 2000 ai 168.989 del 2017, l'incremento più rilevante si è verificato tra il 2000 e il 2008 (+258%) per poi ridursi fino ad assestarsi negli ultimi anni
- si è passati da una presenza prevalentemente maschile (64% nel 2000) ad una paritaria quota femminile (50% nel 2017);
- la presenza di bambini stranieri si è quintuplicata tra il 2000 e 2011 (da 8.329 a 42.770) per poi stabilizzarsi e ridursi negli ultimi anni;
- nel 2017 il 26,6% dei nuovi nati è straniero: tuttavia, va fatto rilevare che anche nella popolazione straniera è in atto una forte diminuzione sia del tasso di natalità (da 30,7 a 14,9 x 1.000) che del tasso di fecondità (da 114 a 50 x 1.000). Il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6, 9X1.000 del 2017, mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35X1.000).

La popolazione straniera negli Ambiti Distrettuali presenta alcune differenze:

- nell'Ambito 11 Garda, ed in misura minore nell'Ambito 1 Brescia e nell'Ambito 5 Sebino, è maggioritaria la presenza di donne straniere rispetto agli uomini e l'età media degli stranieri è più elevata
- nell'Ambito 1 Brescia più di 1/3 dei nuovi nati è straniero.

Tabella 4 - Popolazione straniera residente nei 12 Ambiti Distrettuali (2017)

	AMBITI DISTRETTUALI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totale assistiti	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
Donne	20.176	5.654	5.858	6.437	2.369	3.645	8.152	4.195	9.060	5.220	8.958	4.756
% Donne	50,8%	50,4%	50,4%	50,2%	51,6%	48,5%	47,3%	47,9%	48,6%	49,3%	54,1%	48,9%
Età media	33,22	31,74	32,07	32,51	33,49	30,82	29,73	30,91	31,55	31,06	34,69	32,35
Bambini	7.948	2.669	2.550	2.859	968	1.941	4.683	2.221	4.486	2.506	3.081	2.201
% sul totale dei bambini	29,53%	17,01%	17,18%	18,78%	12,02%	21,56%	28,87%	26,09%	26,41%	22,82%	18,04%	19,95%
% Bambini su pop straniera	20,0%	23,8%	21,9%	22,3%	21,1%	25,8%	27,2%	25,3%	24,1%	23,7%	18,6%	22,6%
N. nuovi nati (ultimi 12 mesi)	585	190	147	191	48	145	315	131	292	173	213	132
Tasso natalità X 1.000	14,73	16,92	12,64	14,90	10,45	19,31	18,28	14,95	15,68	16,35	12,87	13,57
% Nuovi nati stranieri	38,3%	22,1%	17,5%	22,3%	11,8%	26,4%	34,5%	28,9%	28,5%	28,7%	23,0%	22,1%

Nel 2017, tra la popolazione italiana del territorio di ATS Brescia, sono compresi anche 29.446 assistiti di recente naturalizzazione (2,9% della popolazione italiana); è questa una sottopopolazione in crescita e nettamente più giovane rispetto a quella italiana autoctona (età media=31,0 vs 46,6). Trattasi comunque di un numero sicuramente sottostimato, ottenuto identificando solo coloro che erano presenti come

stranieri nelle precedenti anagrafiche di ATS Brescia. Da fonte ISTAT risulta, infatti, che nel solo quinquennio 2012-16 le acquisizioni di cittadinanza italiana da parte di stranieri residenti nei 164 comuni di ATS Brescia siano state circa 33.000.

La popolazione di cittadinanza italiana è cresciuta dal 2000 al 2017 del 5,0%, ma ciò grazie all'immigrazione di cittadini italiani e alla naturalizzazione degli stranieri. Il saldo naturale dei soli italiani (differenza tra il numero di nati ed il numero di morti) è dal 2008 negativo ed in continua e pesante diminuzione (-3.416 unità nel 2017). Una forte influenza sul trend demografico futuro sarà data dal fatto che la popolazione di donne in età fertile italiane è in costante diminuzione: da 233.293 nel 2000 a 198.925 attuali e tale flessione continuerà ancora nei prossimi anni.

LE PATOLOGIE CRONICHE

Sono stati identificati 454.404 assistiti (37,8%) della popolazione affetti da almeno una patologia cronica, incluso il disagio psichico.

Tabella 5 - Presa in carico delle singole patologie. Banca Dati Assistiti (BDA) – 2017 - Dati ATS Brescia

	AMBITI DISTRETTUALI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Popolazione assistita	216.502	101.174	101.078	116.226	55.673	60.556	99.811	57.893	120.576	68.100	127.350	77.506
Trapiantati	453	199	173	220	116	120	192	92	206	106	206	139
Insufficienza Renale	3.071	1.123	1.250	1.423	575	727	1.140	640	985	741	1.049	785
Hiv/Aids	840	277	316	365	176	241	307	172	300	198	334	181
Oncologici	13.396	5.161	5.369	6.490	2.898	2.779	4.337	2.768	5.872	3.070	6.758	4.001
Diabete	13.384	5.729	5.993	7.669	3.718	3.927	5.759	3.760	7.663	4.138	6.920	5.064
Iperensione Arteriosa	48.424	20.094	20.992	27.221	11.953	12.003	18.728	12.343	26.220	12.417	25.741	17.676
Ipercolesterolemie familiari e non	16.186	6.647	7.103	9.765	4.471	3.864	6.423	4.288	10.876	4.192	8.348	6.129
Malattie Sistema Cardio-Vascolare	24.332	9.715	10.157	14.206	6.121	5.423	8.597	5.681	11.536	5.879	11.924	7.966
Malattie Respiratorie Croniche	11.263	4.977	5.033	5.515	2.462	2.629	4.828	2.656	5.896	2.883	5.483	4.249
Malattie dell'Apparato Digerente	12.661	5.182	5.058	5.897	3.029	3.076	5.007	2.983	5.770	3.017	5.537	3.715
Neuropatie	4.035	1.663	1.654	2.023	900	971	1.543	864	1.967	1.015	1.884	1.321
Malattie Autoimmuni	3.772	1.766	1.790	1.940	830	821	1.311	650	1.636	1.204	2.112	1.109
Patologie Tiroidee	7.467	3.182	3.345	3.602	1.695	1.677	2.749	1.786	3.979	1.941	3.855	2.425
Malattie Rare	1.643	783	748	943	370	309	538	333	681	437	730	592

Demenze-Alzheimer	3.945	1.423	1.637	1.756	811	855	1.089	723	1.794	784	1.627	1.211
Patologia Psichiatrica e Disagio Psicico	19.746	8.324	8.384	10.746	4.476	4.900	7.208	4.582	10.785	5.588	9.932	6.531
%	39,63	36,88	37,68	40,42	38,04	36,14	34,52	37,37	38,99	34,58	36,29	39,08

La tabella 5 illustra la presa in carico delle singole patologie suddivisa per Ambiti Distrettuali.

RETE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI E SOCIALI

RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIALE

UNITA' DI OFFERTA	N./Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Asili Nido	N.	41	16	17	11	9	9	8	11	11	10	25	7	175
		1299	525	477	307	219	190	248	245	362	281	656	240	5.049
Micronidi	N.	-	-	-	1	-	1	1	1	4	3	3	6	20
	Posti	-	-	-	10	-	10	10	10	40	30	29	56	195
Centri prima infanzia	N.	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
	Posti	15	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	53
Nidi famiglia	N.	3	8	-	8	-	1	2	-	1	1	3	-	27
	Posti	15	40	-	40	-	5	10	-	5	5	15	-	135
Centri Aggregazione Giovanile	N.	8	3	8	10	2	4	2	3	3	5	5	1	55
	Posti	430	110	360	614	135	225	85	485	230	390	325	50	3.564
Centri Ricreativi Diurni	N.	56	19	22	32	13	13	23	11	33	22	26	10	280
Comunità Educative	N.	7	2	-	-	1	3	1	1	-	-	5	-	21
	Posti	72	25	-	-	7	30	7	10	-	-	43	-	204
Comunità Familiari	N.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	4
	Posti	-	-	-	-	-	-	-	6	6	-	4	6	22
Alloggi per l'Autonomia	N.	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
	Posti	15	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24
Alloggi protetti anziani	N.	1	1	1	-	-	-	2	-	2	-	3	-	10
	Posti	48	4	10	-	-	-	16	-	28	-	39	-	145
Centri Diurni Anziani	N.	2	-	1	-	-	3	1	1	2	2	1	-	13
	Posti	90	-	99	-	-	305	100	50	15	130	50	-	839
Centri Socio Educativi	N.	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	-	1	18
	Posti	77	17	23	78	20	39	25	20	12	30	-	29	370

Servizi di Formazione all'Autonomia	N.	4	-	1	1	1	1	1	-	-	2	-	1	12
	Posti	140	-	35	35	35	35	35	-	-	49	-	7	371
Comunità Alloggio	N.	4	2	1	3	1		1	1	2	2	2	2	21
	Posti	39	20	10	27	10		10	10	17	10	20	20	193

RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIO SANITARIA

AREA FRAGILITÀ															
UNITA' DI OFFERTA	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												Totale	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Centri Diurni Disabili (CDD)	N. strutture	8	1	1	3	3	1	1	1	3	2	3	2	29	
	Posti a Contratto	229	30	15	75	47	30	15	30	84	55	85	45	740	
	Posti Autorizzati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	5	
Comunità Sociosanitarie (CSS)	N. strutture	4	2	1	3	1	-	1	1	2	2	2	2	21	
	Posti a Contratto	38	20	10	27	10	-	10	10	19	18	20	20	202	
	Posti Autorizzati	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	
Residenze Sanitarie per Disabili (RSD)	N. strutture	4	-	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	8	
	Posti a Contratto	214	-	-	43	-	-	-	-	140	-	44	-	441	
Cure intermedie-post acuti	N. strutture	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	1	1	5	
	Posti a Contratto	-	72	20	-	-	53	-	-	-	-	42	20	207	
	Posti per Diurno	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10		10	
Strutture prestazioni ambulatoriali riabilitative	N. strutture	-	1	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	4	
Centri Diurni Integrati (CDI)	N. strutture	5	6	4	8	3	3	6	3	7	1	5	3	54	
	Posti a Contratto	119	88	76	122	54	45	90	75	105	20	70	68	932	
	Posti Autorizzati	11	25	-	30	-	5	35	-	5	-	32	16	134	
Residenze Sanitaria Assistenziale (RSA)	N. strutture	13	6	7	8	3	5	7	4	11	4	8	10	86	
	Posti a Contratto	997	414	462	542	180	323	397	232	973	333	659	608	6120	
	Posti Sollievo	4	18	13	43	28	9	27	14	65	25	34	23	303	
	Posti Autorizzati	224	55	-	66	61	29	9	21	13	31	50	39	598	

Hospice	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	4
	Posti a Contratto	-	10	-	-	-	-	-	-	-	18	-	8	8	44

AREA DIPENDENZE														
SERVIZI	N. strutture	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Servizi per le Tossicodipendenze(Ser.T) /Equipe	N. strutture	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	5
Centro Clinico Cocaina (CCC)	N. strutture	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nuclei Operativi Alcolologia (NOA)/Equipe	N. strutture	1	-	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	6
Ambulatori per il Gioco Patologico (GAP)	N. strutture	1	-	-	1	-	-	1	1	1	1	1	-	7
Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT)/Equipe	N. strutture	1	-	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	6
Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)	N. strutture	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	4
COMUNITA'														
	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	N. strutture	3	1	-	-	-	1	-	1	2	1	1	2	12
	Posti a contratto	67	22	-	-	-	10	-	12	36	25	15	28	215
Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	N. strutture	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	3
	Posti a contratto	-	10	-	8	9	-	-	-	-	-	-	-	27
Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	N. strutture	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti a contratto	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-	-	-	12
Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	N. strutture	-	3	-	-	-	1	-	-	-	1	1	-	6
	Posti a contratto	-	28	-	-	-	5	-	-	-	4	2	-	39
Servizio alcol e polidipendenti	N. strutture	-	2	-	-	-	-	-	1	2	-	-	1	6
	Posti a contratto	-	9	-	-	-	-	-	6	12	-	-	7	34
Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	N. strutture	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
	Posti a contratto	-	-	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	24
Servizio a bassa intensità residenziale	N. strutture	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti a contratto	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8

AREA SALUTE MENTALE														
SERVIZI	N.	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centro Psico Sociale (CPS)	N.	3	-	-	2	1	-	1	1	1	1	2	-	12
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	N.	1	-	-		1	-	-	-	1	1	-	1	5
Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (CDCA)	N.	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Day Hospital e MAC psichiatrico	N.	-	-	-	-	2	-	-	-	-	1	-	-	3
STRUTTURE RESIDENZIALI														
	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA)	N. strutture	2	-	-	1	-	-	1	-	-	-	1	-	5
	Posti	36	-	-	20	-	-	15	-	-	-	20	-	91
Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA)	N. strutture	9	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	-	14
	Posti	160	-	-	-	17	14	-	-	20	10	12	-	233
Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM)	N. strutture	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	Posti	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Comunità Protetta Media Assistenza (CPM)	N. strutture	11	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	14
	Posti	94	30	-	10	-	-	-	-	-	-	-	-	134
Comunità Bassa Assistenza (CPB)	N. strutture	3	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5
	Posti	6	7	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	16
Residenzialità Leggere (RL)	N. strutture	5	-	-	3	1	1	1	1	2	1	1	3	19
	Programmi	14	-	-	9	5	5	6	5	4	5	2	6	61
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI														
	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Centro Diurno (CD)	N. strutture	3	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	8
	Posti	60	-	-	20	10	20	-	-	20	-	-	20	150

NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA															
	N.	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Polo Ospedaliero	N.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Polo Territoriale	N.	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	-	15	
STRUTTURE RESIDENZIALI															
	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Comunità Terapeutica	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	
	Posti	-	14	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	26	
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI															
	N. strutture /Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Centro Diurno (CD)	N. strutture	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	5	
	Posti	30	-	-	-	-	-	-	10	-	10	20	-	70	

OBIETTIVI E AZIONI PER LA REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIO SANITARIA E SOCIALE

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA

A fronte di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sociosanitaria o sanitaria, e di bisogni sempre più complessi, che richiedono una presa in carico integrata, diviene fondamentale attuare una valutazione multidimensionale volta a ricomprendere gli aspetti sociali, sanitari e sociosanitari per l'individuazione e l'attivazione di interventi integrati nell'ambito di un progetto personalizzato.

Le attività di valutazione multidimensionale, già attuate nel triennio precedente attraverso l'operatività dei CEAD, di equipe integrate territoriali, richiedono un ulteriore potenziamento in un'ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia, con particolare attenzione alla cronicità e all'accesso ai diversi servizi/interventi utili a rispondere ai bisogni della persona.

Le attività di valutazione multidimensionale saranno in particolare attivate rispetto alla non autosufficienza, anziani/disabili, alla tutela dei minori, all'area famiglia.

A tal fine si procederà alla definizione/ revisione di Linee operative/ Protocolli/Strumenti per la valutazione e presa in carico quali:

- Protocollo operativo tra ATS/ASST e Ambiti per la valutazione multidimensionale integrata finalizzata in specifico all'accesso alla Misura B1 e B2, Misura Residenzialità Assistita, progetti "Dopo di noi";
- Protocollo d'intesa per l'utilizzo della scheda triage e per la valutazione multidimensionale del bisogno della persona;
- Protocollo per le dimissioni protette;
- Protocollo operativo per la gestione di situazioni multiproblematiche area neuropsichiatria/psichiatria/disabilità.

L'utilizzo della Cartella Sociale informatizzata consentirà una integrazione dei dati, favorirà una lettura complessiva dei bisogni e una condivisione degli interventi e dei percorsi attivati

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Valutazione Multidimensionale per una presa in	Definizione e potenziamento di percorsi	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e	Operatori ATS/ASST/Uffici di	Incontri periodici di coordinamento	Definizione /Revisione protocolli/Strumenti	N. Documenti condivisi	Entro il triennio di validità

carico integrata della persona in condizione di fragilità	condivisi tra ATS-ASST e Ambiti Definizione di strumenti condivisi di valutazione finalizzata alla definizione del Progetto Individuale e del Piano di Assistenza Individuale	verifica Costituzione équipe pluriprofessionali integrate (ASST/Comuni) per la valutazione multidimensionale rispetto a situazioni complesse, alla non autosufficienza, alla disabilità, all'area famiglia Definizione di percorsi di integrazione tra il sistema sociale e socio-sanitario per la predisposizione del progetto individualizzato	Piano/Comuni		per la valutazione e la presa in carico Utilizzo Cartella Sociale informatizzata	N. casi inseriti	del piano
---	--	--	--------------	--	---	------------------	-----------

AREA FRAGILITA'

NON AUTOSUFFICIENZA

Da un'attenta analisi a livello territoriale emerge non solo l'aumento esponenziale del numero delle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità, ma anche una significativa differenziazione delle caratteristiche patologiche e del tipo di bisogno/offerta socio-assistenziale- sanitaria. Di seguito si riportano alcuni dati riferiti ad utenza fragile e ad interventi/servizi attivati al 31.12.2017.

Persone con disabilità in carico all'equipe operativa handicap - anno 2017 - Dati ATS Brescia

			Tipologia problema prevalente							
AMBITI DISTRETTUALI	M	F	FISICA	SENSORIALE	PSICHICA	INTELLETTIVA	PLURIMA	IN ACCERTAMENTO	NON HANDICAP	NON NOTO
1	877	614	45	17	62	425	491	398	1	52
2	472	293	60	16	107	166	287	23	93	13
3	544	365	69	16	173	164	274	95	89	29
4	605	446	55	6	100	266	380	155	67	22
5	145	83	7	0	48	47	105	16	5	0
6	110	64	13	3	28	24	99	7	0	0
7	394	278	79	15	83	89	176	209	11	10
8	115	77	11	1	4	21	94	51	0	10
9	412	265	40	2	67	92	187	244	0	45
10	375	222	32	10	41	144	136	170	55	9
11	322	209	23	2	106	65	179	135	13	8
12	280	176	23	5	103	91	153	79	2	0
Totale	maschi	femmine	FISICA	SENSORIALE	PSICHICA	INTELLETTIVA	PLURIMA	IN ACCERTAMENTO	NON HANDICAP	NON NOTO
7743	4651	3092	457	93	922	1594	2561	1582	336	198

Persone inserite in Unità d'Offerta – CDD - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (Teste)	CDD	Classificazione SIDI persone inserite				
			Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	128	25	41	34	17	11
2	86	60	16	15	16	7	6
3	88	67	14	7	25	11	10
4	113	66	9	18	18	10	11
5	42	31	7	3	12	7	2
6	31	20	3	3	12	0	2
7	34	24	4	10	8	2	0
8	40	30	9	8	8	3	2
9	193	75	15	14	24	9	13
10	57	35	8	3	15	6	3
11	120	71	27	9	17	6	12
12	80	46	17	9	18	0	2
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	3	1	0	2	0	0

	Totale	CDD	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
Persone inserite in UdO (teste)	1244	656	155	140	209	78	74

Persone inserite in Unità d'Offerta – CSS - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (teste)	CSS	Classificazione SIDI persone inserite				
			Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	53	9	23	0	9	12
2	86	12	1	7	1	2	1
3	88	17	4	4	5	0	4
4	113	20	2	8	2	2	6
5	42	4	3	1	0	0	0
6	31	7	1	4	2	0	0
7	34	7	2	1	0	2	2
8	40	4	2	2	0	0	0
9	193	14	5	3	2	2	2
10	57	16	4	5	0	2	5
11	120	23	9	7	2	1	4
12	80	17	6	7	0	1	3
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	5	3	1	1	0	0
	Totale	CSS	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
Persone inserite in UdO (teste)	1244	199	51	73	15	21	39

Persone inserite in Unità d'Offerta – RSD - dato al 31/12/2017 - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (teste)	Classificazione SIDi persone inserite					
		RSD	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1	264	94	57	8	3	26	0
2	86	17	14	1	0	1	1
3	88	9	5	2	1	1	0
4	113	32	21	7	0	4	0
5	42	8	6	1	1	0	0
6	31	5	5	0	0	0	0
7	34	4	4	0	0	0	0
8	40	6	6	0	0	0	0
9	193	110	31	19	8	38	14
10	57	10	6	1	0	2	1
11	120	26	18	4	1	2	1
12	80	23	16	5	2	0	0
<i>residenti Fuori ATS</i>	96	89	36	31	4	15	3
	Totale	RSD	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
Persone inserite in UdO (teste)	1244	433	225	79	20	89	20

Persone anziane in RSA divise per classi di fragilità - dato al 31/12/2017- Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	CLASSI								Totale
	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	CL6	CL7	CL8	
1	437	16	424	12	55	10	147	22	1123
2	162	17	217	23	17	8	38	14	496
3	221	26	196	19	31	6	48	7	554
4	262	22	239	13	35	7	54	3	635
5	73	4	82	13	4		20	8	204
6	158	2	119	2	15	2	54	5	357
7	187	9	170	20	17	5	38	4	450
8	112	13	81	12	14		17	11	260
9	441	21	412	25	62	15	115	46	1137
10	147	7	125	5	10	2	57	14	367
11	312	45	272	37	33	13	75	36	823

12	240	24	251	32	36	15	101	17	716
TOTALE	2752	206	2588	213	329	83	764	187	7122

Persone con Demenze e Alzheimer - anno 2017- Dati ATS Brescia

		AMBITI DISTRETTURALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Femmine	N.	2.765	964	1.162	1.231	530	609	764	492	1.265	526	1.120	850	12.278
Maschi	N.	1.180	459	475	525	281	246	325	231	529	258	507	361	5.377
TOTALE	N.	3.945	1.423	1.637	1.756	811	855	1.089	723	1.794	784	1.627	1.211	17.655
		AMBITI DISTRETTURALI												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Femmine	(Prevalenza X 1.000)	24,6	18,9	22,8	21,1	18,8	20,0	15,4	17,2	20,9	15,5	17,1	22,0	20,2
Maschi	(Prevalenza X 1.000)	11,3	9,1	9,5	9,1	10,2	8,2	6,5	7,9	8,8	7,5	8,2	9,3	9,0
TOTALE	(Prevalenza X 1.000)	18,2	14,1	16,2	15,1	14,6	14,1	10,9	12,5	14,9	11,5	12,8	15,6	14,7

Utenza Misura 4 - RSA Aperta - anno 2017- Dati ATS Brescia

	AMBITI DISTRETTURALI												TOTALE	%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Alzheimer	175	42	86	100	18	21	24	44	60	48	74	68	760	41
Altra demenza	82	67	33	168	22	14	20	15	50	6	80	90	647	35

Non autosufficienti	39	8	11	24	30	18	25	31	38	23	86	106	439	24
TOTALE	296	117	130	292	70	53	69	90	148	77	240	264	1846	100

Utenti beneficiari della Misura B1 - anno 2017- Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTURALI	TIPOLOGIA UTENTI								
	Condizione di coma, stato vegetativo o stato di minima coscienza	In dipendenza da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa	Grave o gravissimo stato di demenza	Lesioni spinali	Gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare	Deprivazione sensoriale complessa	Gravissima disabilità dello spettro autistico	Ritardo mentale grave o profondo	Condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza continuativa e necessità di monitoraggio nelle 24 ore
1	6	-	32	-	12	2	20	8	65
2	-	-	11	-	7	-	11	5	33
3	-	1	6	-	4	-	5	1	16
4	1	-	10	-	12	-	7	-	29
5	1	1	17	1	5	-	8	3	20
6	-	-	6	1	5	1	4	6	19
7	1	-	8	1	9	-	7	5	25
8	-	-	3	-	1	-	3	1	27
9	2	-	11	1	12	1	5	2	37
10	-	-	2	-	1	-	6	3	31
11	1	-	1	1	3	-	-	3	20
12	1	-	8	2	-	-	6	8	21
TOTALE	13	2	86	6	64	2	81	44	281

Utenti presi in carico in Assistenza Domiciliare - anno 2017- Dati ATS Brescia

	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
N.utenti in ADI	1625	803	879	1432	588	463	813	811	1356	619	1098	822	11309
Età media	82	80	81	82	80	78	79	80	80	79	81	80	80
% Femmine	65%	60%	64%	65%	62%	60%	63%	62%	61%	56%	60%	60%	62%

Ospiti delle Comunità Residenziali per Anziani – dato al 31/12/2017- Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	N. comunità attive	Posti disponibili	Maschi	Femmine	Età media ospiti	Età Min ospiti	Età Max ospiti
1	2	32	4	15	86,0	73,5	95,3
2	-	-	-	-	-	-	-
3	1	22	2	20	85,5	64,4	96,5
4	1	14	5	9	84,5	67,9	92,3
5	3	68	21	43	83,1	67,8	93,8
6	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-
9	2	48	7	30	86,2	71,2	97,0
10	-	-	-	-	-	-	-
11	3	87	32	44	81,7	62,4	96,6
12	2	39	13	26	83,9	64,2	95,6
TOTALE	14	310	84	187	83,7	66,4	95,5

La contingenza economica che non consente una moltiplicazione proporzionale di servizi e delle strutture dedicate sia a livello sociosanitario che a livello sociale e l'esigenza di risposte sempre più diversificate, impongono l'individuazione in modo chiaro di obiettivi prioritari e delle conseguenti azioni da mettere in campo per affrontare i bisogni emergenti.

A fronte di una saturazione dei servizi, di risorse limitate rispetto ad un continuo aumento di richieste, è necessario promuovere una domiciliarità più sostenibile attraverso:

- il potenziamento della connessione tra il sistema sociale e sociosanitario nella valutazione multidimensionale dei bisogni;
- la realizzazione di una progettazione individualizzata;
- l'attivazione di percorsi sanitari, sociosanitari e sociali integrati con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza delle cure ma anche la razionalizzazione degli interventi e dell'utilizzo delle risorse economiche in un'ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.
- il potenziamento di servizi/interventi più sostenibili.

Di seguito gli obiettivi che si intendono perseguire nel prossimo triennio.

1. A sostegno della presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità si procederà alla
 - revisione del Protocollo Dimissioni Protetta al fine di assicurare la continuità assistenziale senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso agli interventi/servizi della rete più appropriati ed utili a rispondere ai bisogni della persona
 - definizione o revisione di Protocolli/Linee operative per la presa in carico di persone disabili e anziane in condizione di non autosufficienza o grave fragilità con particolare attenzione alla attivazione di Misure/Interventi specifici (es. Progetti B1, B2, Dopo di noi).
2. In particolare a sostegno della vita indipendente di persone con disabilità ma con integre capacità di autodeterminazione o a sostegno del massimo di autonomia possibile, si procederà alla
 - definizione/revisione Linee guida per la definizione di Progetti a sostegno della vita indipendente e dell'autonomia.
3. Nell'ambito dei bisogni emergenti:
 - nell'area della Disabilità, alla luce dei dati che indicano un continuo aumento dei casi diagnosticati con Autismo e dei bisogni evidenziati in particolare a sostegno dell'integrazione sociale e di sostegno alle autonomie, nell'ambito delle risorse disponibili, verrà data attenzione alla attivazione di progetti di integrazione sociale e a sostegno della famiglia. Tali interventi dovranno essere necessariamente sostenuti da una Progettazione Individualizzata in cui si integrino gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali.
 - Nell'area anziani, a fronte di una presenza diffusa sul territorio non solo di RSA ma anche Centri Diurni, si è riscontrata negli ultimi anni una scarsa presenza di riposte di accoglienza residenziale "protette" del circuito socio assistenziale, di possibile immediata attivazione, da utilizzare soprattutto come risposte a bisogni abitativi alternativi, e con valenze diverse (avvicinamento alla residenzialità, protezione sociale, monitoraggio, ecc). Alla luce del Progetto sperimentale comunità residenziali anziani in atto da alcuni anni sul territorio dell'ATS di Brescia e della nuova Unità d'offerta C.A.S.A. (DGR 7776/2018), si intende sostenere progetti che possano dare risposte al bisogno di residenzialità di persone anziane che seppur con discrete autonomie necessitano di un sistema di protezione minimo.

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
<p>Presenza in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità</p>	<p>Definizione e potenziamento di percorsi integrati di presa in carico della persona in condizione di fragilità/con disabilità/anziانا attraverso la definizione di Progetti Individuali e l'attivazione integrata di servizi/interventi (es. Misura B1-B2-Dopo di noi)</p> <p>Attivazione interventi a sostegno di Progetti di Vita Indipendente e a sostegno dell'Autonomia</p> <p>Attivazione di progetti e percorsi innovativi in risposta a bisogni emergenti: 1- Interventi a sostegno di minori/adulti con</p>	<p>Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica</p>	<p>Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/Comuni, Terzo Settore</p>	<p>Incontri periodi di coordinamento</p>	<p>Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la presa in carico</p> <p>Revisione Protocollo Dimissioni Protette</p> <p>Definizione /Revisione Linee Guida Progetti Vita Indipendente e a sostegno di una vita autonoma</p> <p>Attivazione /sostegno a Progetti innovativi</p>	<p>Documenti condivisi</p>	<p>Entro il triennio di validità del piano</p>

	gravi disabilità e in particolare con disturbi dello spettro autistico 2- Nuove forme di residenzialità per anziani (Progetto sperimentale comunità residenziali anziani – Dec.D.G. ATS n. 101 del 22.02.2018 ; UDO C.A.S.A. – DGR 7776/2018)						
--	--	--	--	--	--	--	--

INTEGRAZIONE SCOLASTICA

Nella Provincia di Brescia fin dal 2004 è stato sottoscritto un Accordo di Programma per l'integrazione scolastica, risultato di un lungo lavoro insieme di operatori scolastici, di operatori sociali, dell'Associazione Comuni Bresciani, delle allora ASL di Brescia e Vallecamonica, delle Aziende Ospedaliere, delle Associazioni di familiari.

L'accordo, applicativo a livello provinciale della legge 104/92, vincolante per tutti i sottoscrittori (Scuola, Comuni, Provincia ATS/ASST), definiva:

- i reciproci impegni istituzionali in ordine all'integrazione degli alunni con disabilità;
- le modalità e i tempi degli interventi istituzionali;
- le iniziative programmate in modo coordinato ed integrato per qualificare gli interventi;
- gli accordi per la gestione integrata dei servizi e delle risorse.

Con la sottoscrizione dell'Accordo a livello provinciale venivano sottolineate la valenza attribuita alla pluralità dei punti di vista e la ricerca di efficaci modalità di condivisione e comunicazione tra tutte le parti, per permettere il superamento degli specialismi e la frammentazione degli interventi. A fine 2016 da una consultazione di tutti i soggetti coinvolti nel garantire interventi per l'integrazione scolastica, per evidenziare punti forza e criticità in vista di una revisione dell'Accordo, veniva sottolineata l'importanza dello stesso come *strumento di lavoro* e di *accompagnamento* nella programmazione di processi per l'integrazione ma nello stesso tempo la necessità di rafforzare un confronto a livello di singolo Ambito attivando tavoli di lavoro locali sull'integrazione e favorire una applicazione omogenea dell'Accordo su tutto il territorio.

Di fatto si è ritenuto di rinviare la revisione dell'Accordo Provinciale in attesa dei Decreti attuativi in particolare del Dec.leg.66/17 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità".

In tale Decreto, così come nella DGR 6832 del 30.06.2017 "Approvazione Linee Guida per lo svolgimento dei servizi di supporto dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità", viene ribadito che l'inclusione scolastica è attuata attraverso la definizione e la condivisione del PEI quale parte integrante del Progetto Individuale (art.14 della L. 328/2000), in capo al Comune. Sono state inoltre definite le competenze in capo a Regione in relazione alla scuola superiore e ai disabili sensoriali, con il coinvolgimento dei Comuni e dell'ATS.

Ne consegue per il prossimo triennio l'importanza di proseguire un lavoro di confronto tra tutte le realtà istituzionali tenendo presenti i diversi e molteplici approcci possibili, all'interno di una rete i cui nodi sono strettamente collegati.
 In particolare l'obiettivo è pervenire ad un nuovo Accordo Provinciale ridefinendo compiti e modalità di interazione tra le istituzioni oltre che condividere criteri per l'assegnazione delle risorse in particolare di competenza dei Comuni

Minori valutati al 31/12/2017 ai fini della certificazione scolastica suddivisi per Ambito Distrettuale - Dati ATS Brescia

AMBITI DISTRETTUALI	M	F	NON HANDICAP/NON VALUTATO	HANDICAP	GRAVE HANDICAP
1	129	48	-	122	55
2	-	-	-	-	-
3	129	41	-	131	39
4	68	29	2	79	16
5	26	13	-	34	5
6	39	15	-	48	6
7	73	45	-	79	39
8	27	12	-	33	6
9	74	32	-	47	59
10	53	17	-	29	41
11	-	-	-	-	-
12	162	66	17	136	75
TOTALE	780	318	19	1079	

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Integrazione scolastica di alunni con disabilità	Definizione percorsi condivisi tra ATS- ASST- Ambiti/Comuni- Scuola Definizione criteri condivisi per l'accesso agli interventi Definizione modalità di attivazione degli interventi	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni, Scuola	Incontri periodi di coordinamento	Revisione Accordo di Programma per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità Definizione di criteri per l'assegnazione della assistenza all'autonomia nell'ambito della scuola	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

PROTEZIONE GIURIDICA

Nel corso del Triennio precedente la rete per la Protezione Giuridica si è progressivamente potenziata e rafforzata anche a seguito della sottoscrizione a fine 2013 da parte di tutti gli attori (ATS, Uffici Piano, AA.OO. Terzo Settore) delle Linee Guida Locali per la Protezione Giuridica. Obiettivo primario, in linea con le Linee di Indirizzo Regionali (DGR IX/4696 del 16.01.2013) è stato dar vita ad un sistema locale integrato e responsabile:

- integrato, contenendo, in posizione di attori, diversi soggetti con ruoli e competenze vari, del pubblico e del Terzo settore, che danno un ordine reciproco a parte della propria attività;
- responsabile, perseguendo il proposito di razionalizzare ed ottimizzare le risorse presenti e, soprattutto, di qualificarle, anche attraverso la comune verifica delle azioni e dei risultati.

Nel 2016 alla luce della Riforma Regionale Sanitaria (L.R. 23 /2015) sono state ridefinite le competenze dell'UPG dell'ATS assumendo un ruolo marcatamente specialistico, centrato sui compiti di coordinamento e promozione, di formazione e consulenza a servizi e strutture.

Si è condivisa con le ASST la necessità che contemporaneamente venissero potenziati gli interventi territoriali per la protezione giuridica a sostegno delle famiglie e delle persone, istituendo in ognuna un Ufficio per la Protezione Giuridica.

Nel contempo per controbilanciare il venir meno dell'attività dell'UPG della ex ASL diretta alle famiglie, sono proseguite le attività formative, per diffondere sempre più le competenze di base per la protezione giuridica.

Sempre più rilevante è stata la partecipazione dell'associazionismo al sistema, del volontariato in particolare, con l'apertura di nuovi sportelli. Nell'ambito del Gruppo di Coordinamento cui partecipano i rappresentanti di tutti gli attori (ATS, ASST, Uffici di Piano, Terzo Settore), la cui responsabilità è affidata all'UPG dell'ATS di Brescia, nel 2017 si è ritenuto necessario, alla luce dei cambiamenti istituzionali ed organizzativi intervenuti, di rivedere le "Linee Guida Locali" che costituiranno la guida per il consolidamento delle attività nel prossimo triennio.

Il Gruppo si riunirà periodicamente con l'obiettivo di facilitare e monitorare l'attuazione di quanto previsto dalle Linee Guida.

Al Gruppo di Coordinamento sono affidate le seguenti funzioni:

- definizione e programmazione di un piano di formazione destinata ai sottoscrittori, mirata ad approfondire le competenze già possedute
- costituzione di gruppi di riflessione e approfondimento
- valutazione delle richieste di adesione alle Linee Guida
- monitoraggio e verifica delle attività attraverso la raccolta ed elaborazione annuale dei dati.

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Consolidamento della rete per la Protezione Giuridica in applicazione delle Linee di Indirizzo Regionali e Linee Guida Locali	<p>Sostegno alla rete dei servizi di protezione giuridica pubblici e del Terzo Settore che garantiscono le attività previste nelle Linee Guida Locali (informazione, consulenza, orientamento nelle procedure a tutti i cittadini);</p> <p>Realizzazione di iniziative nell'ambito della protezione giuridica in collaborazione con la rete territoriale.</p>	Incontri di progettazione, monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Terzo Settore	Incontri periodici di coordinamento	Iniziative attivate a livello territoriale	<p>N. Iniziative attivate a livello territoriale</p> <p>Raccolta dati attività e relazione annuale</p>	Entro il triennio di validità del piano

AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE

DIPENDENZE

La Legge Regionale N.15/2016 completa la Legge Regionale N. 23/2015 di riforma della sanità lombarda con un articolato specifico in tema di salute mentale (Titolo V- Norme in materia di salute mentale). L'Art. 53 recita che [...] Afferiscono all'Area di Salute Mentale gli ambiti delle Dipendenze, della Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della Psichiatria, della Psicologia e della Disabilità Psicica [...]. In ottemperanza a quanto indicato dalla normativa, i Servizi per le Dipendenze Pubblici afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSM-D) delle 3 ASST territoriali: DSM-D ASST Spedali Civili, DSM-D ASST Garda e DSM-D ASST Franciacorta.

La rete dei Servizi per le Dipendenze del territorio di ATS Brescia è composta, inoltre, dai Servizi Privati Accreditati-SMI-(Servizi Multidisciplinari Integrati). I Servizi per le Dipendenze svolgono funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi da Uso di Sostanze legali (Alcol e Tabacco) e illegali e Dipendenze Comportamentali (Gioco d'Azzardo Patologico e altre).

La rete di offerta delle Dipendenze comprende, inoltre:

- Comunità Terapeutiche Riabilitative, gestite da Enti Gestori Privati
- Associazioni di promozione sociale e gruppi di Auto Mutuo Aiuto, rivolti alle persone con problematiche correlate all'utilizzo di sostanze, disturbi comportamentali e ai loro famigliari.

Il territorio di ATS Brescia presenta una dotazione di Servizi per le Dipendenze, simile alla media regionale, sia per bacino d'utenza servito (circa 90-100.000 abitanti in fascia d'età 15-65 anni), che per distanza media fra i servizi (23 Km).

Caratteristica peculiare del territorio bresciano è l'elevata presenza degli SMI, che rappresentano un terzo del totale dei Servizi per le Dipendenze presenti sul territorio di ATS (4 su 13) e quasi la metà degli SMI presenti in Regione Lombardia (4 su 10).

Nel territorio di ATS Brescia sono presenti 22 Comunità Terapeutiche, di cui 20 accreditate e 2 autorizzate al funzionamento.

Le Comunità Terapeutiche sono diversificate in modo da offrire una gamma il più articolata possibile, rivolta alle necessità delle persone che vi accedono.

Ai Sensi della Dgr. n.12621/2003, i Servizi presenti sul territorio vengono ricondotti alle seguenti tipologie di funzionamento:

- Servizi terapeutico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 18 mesi.
- Servizi pedagogico-riabilitativi: servizi sia a carattere residenziale (cioè con permanenza diurna e notturna) che semiresidenziale (con la sola permanenza diurna). Accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze legali e illegali, nei confronti delle quali, in accordo con i Servizi SerT/NOA/SMI, viene predisposto un progetto terapeutico personalizzato a prevalente carattere educativo, che si articola su un periodo di tempo non superiore a 30 mesi.
- Servizi di trattamento specialistico: con il termine di trattamento specialistico si intende un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. Questo tipo di trattamento ha luogo sia in unità di offerta che lo realizzano in modo esclusivo, sia in unità d'offerta con moduli specifici. La durata del trattamento specialistico non supera un arco di tempo di 18 mesi.

Si distinguono le seguenti specifiche tipologie di Servizi di trattamento specialistico:

- Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone dipendenti per le quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partners. Questo tipologia di Servizi è residenziale.
 - Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici, sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dal SerT/NOA/SMI in accordo con i Servizi della Psichiatria.
 - Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da altre sostanze. Questa tipologia di servizi è residenziale.
- Unità d'offerta residenziali a bassa intensità assistenziale: unità d'offerta sociosanitarie rivolte a persone con problemi di tossico e alcol dipendenza con pregressi pluriennali percorsi terapeutici ambulatoriali o residenziali, difficoltà di reinserimento sociale, abitativo, relazionale, comorbilità. Si tratta di una unità d'offerta rivolta a utenti stabilizzati, ovvero non in una fase attiva di dipendenza, la quale propone una serie di attività e prestazioni finalizzate al raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile.

Tabella 1- Servizi residenziali e semiresidenziali Accreditati nel territorio di ATS Brescia, Sede, Tipo di utenza, Tipologia di servizio offerto e numero posti accreditati e a contratto

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utenza	Servizi	Posti
Comunità Terapeutica Femminile di Adro	Cooperativa di Bessimo	Adro	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	10
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	5
Comunità Terapeutica di Paitone	Cooperativa di Bessimo	Paitone	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	16
				Servizio alcol e polidipendenti	7
Comunità di Manerbio	Cooperativa di Bessimo	Manerbio	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	19
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Maschile "Bessimo" Orzinuovi	Cooperativa di Bessimo	Orzinuovi	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità Terapeutica Villa Bina	Cooperativa di Bessimo	Gottolengo	Femminile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	17
				Servizio alcol e polidipendenti	6
Comunità di Ponteviso	Cooperativa di Bessimo	Ponteviso	Coppie	Servizio coppie soggetti con figli nuclei familiari	24
Comunità Il Calabrone Brescia	Cooperativa Il Calabrone	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	18
Comunità Il Calabrone Collebeato	Cooperativa Il Calabrone	Collebeato	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	20
Comunità Exodus	Fondazione Exodus	Lonato d/ Garda	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	15
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	2
La Farnia	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	10
Il Platano	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Ospitaletto	Maschile	Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	15

Il Frassino	Comunità Fraternità-Cooperativa Sociale	Travagliato	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	10
				Servizio alcol e polidipendenti	5
Comunità Residenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	8
Comunità Semiresidenziale	GAIA Società Cooperativa Sociale	Lumezzane	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo semiresidenziale	12
Comunità Donatello	Coop Il Mago di OZ	Brescia	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	29
Comunità Carebbio	Carebbio - Società Cooperativa Sociale	Sale Marasino	Maschile	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	9
Comunità Aperta S. Luigi	Cooperativa Sociale Comunità Aperta San Luigi	Visano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	25
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	4
Comunità Terapeutica Ai Rucc e dintorni	Società Cooperativa Sociale	Vobarno	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	12
Comunità Pinocchio	Pinocchio Società Cooperativa Sociale	Rodengo Saiano	Maschile	Servizio terapeutico riabilitativo residenziale	22
				Servizio alcol e polidipendenti	4
				Servizio comorbilità psichiatrica residenziale	3
Casa San Giuseppe	Cooperativa Con- Tatto	Brescia	Maschile	Servizio a bassa intensità residenziale	8

Tabella 2 - Servizi residenziali Autorizzati al funzionamento nel territorio di ATS Brescia, Sede, Tipo di utenza, Tipologia di servizio offerto e numero posti

Struttura	Ente gestore	Sede	Tipologia Utente	Servizi	Posti
Comunità Shalom	--	Palazzolo S/O	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	125
Comunità Lautari	Cooperativa di Solidarietà Lautari	Pozzolengo	Mista	Servizio pedagogico riabilitativo residenziale	30

Nell'ambito delle analisi relative al fenomeno delle Dipendenze da Uso di Sostanze e Dipendenze Comportamentali, i dati gestiti da ATS Brescia sono relativi esclusivamente alla domanda di cura, pertanto non sono rappresentativi della dimensione del fenomeno dei comportamenti di addiction a livello territoriale.

L'utenza afferente ai Servizi per le Dipendenze, in base alla tipologia, viene suddivisa in:

- Tossicodipendenti
- Alcolodipendenti
- Tabagisti
- Giocatori Problematici o Patologici (GAP)
- Patenti: utenza inviata dalla Commissione Medico Locale Patenti
- Legale: gruppo d'utenza inviata da Tribunale Minori, Tribunale Ordinario, Tribunale di Sorveglianza
- Prefettura: utenza sanzionata art.75 comma 13 del D.P.R. 309/90: possesso di sostanze stupefacenti per uso personale
- Lavoratori: utenti inviati dal medico competente ai Servizi per le Dipendenze

Complessivamente nel corso del 2017 si sono rivolti ai Servizi per le Dipendenze ed hanno ricevuto prestazioni n.7.194 persone. L'utenza dei Servizi è in larga maggioranza di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine di 5,8 a 1 (83,4% maschi - 16,6% femmine) e con una età media di 42 anni, seppur con alcune differenze tra le diverse tipologie d'utenza e tra i diversi Servizi (Tabella 3).

Tabella 3- Distribuzione utenza servizi ambulatoriali - Dati ATS Brescia

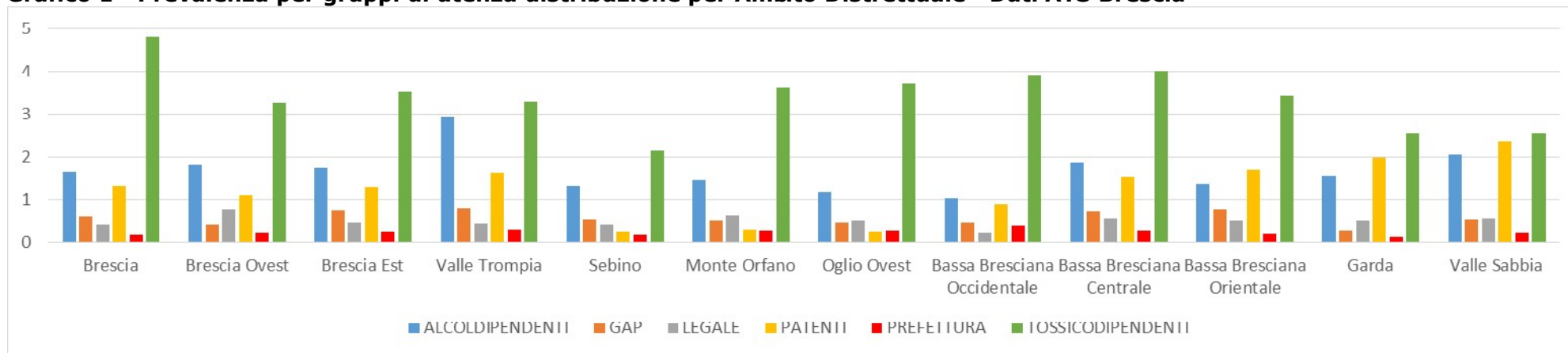
Gruppo d'utenza	TOT.	Età media maschi	Maschi %	Età media femmine	Femmine %
Alcoldipendenti	1.317	48,6	74,0%	51,4	26.0%
GAP	429	45,7	82,7%	52,4	17,3%
Lavoratori	111	40,2	100%	-	-
Legale	403	34,3	76,9%	36,6	23,1%
Patenti	1.110	43,8	90,8%	40,3	9,2%
Prefettura	169	34,9	94,1%	35,5	5,9%
Tabagisti	91	53,1	59,3%	54,6	40,7%
Tossicodipendenti	3.037	39,6	85,3%	39,2	14,7%

Il totale per singola categoria è diverso dalla somma degli utenti in quanto una persona può essere seguita, in momenti diversi dell'anno, da servizi diversi.

La distribuzione per Ambito Distrettuale (Grafico 1) evidenzia:

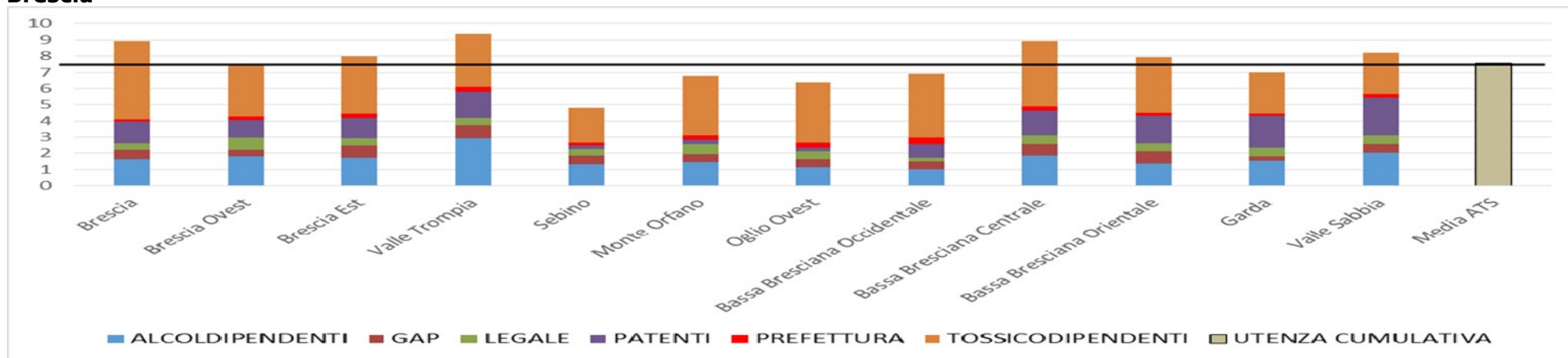
- un'elevata prevalenza di utenza con Disturbi da Uso di Sostanze nell'Ambito 1 Brescia, mentre la prevalenza più bassa si registra nell'Ambito 5 Sebino
- nell'Ambito 4 Valle Trompia si registra un'elevata prevalenza di utenza seguita per Disturbi da Uso di Alcol
- i territori dell'Ambito 12 Valle Sabbia e dell'Ambito 11 Garda sono caratterizzati da alte prevalenze di persone inviate ai Servizi dalla Commissione Medico Locale Patenti

Grafico 1 - Prevalenza per gruppi di utenza distribuzione per Ambito Distrettuale - Dati ATS Brescia



Osservando il confronto tra l'andamento della prevalenza dell'utenza complessiva espressa in n. casi su 1000 abitanti dai 18 ai 65 anni e la prevalenza media di ATS (7,56 casi per 1000 abitanti 18-65 anni), si rilevano scostamenti negli Ambiti di: Brescia, Brescia Est, Valle Trompia, Bassa Bresciana Centrale, Bassa Bresciana Orientale e Valle Sabbia, che si posizionano sopra il valore medio e si caratterizzano quindi per un maggior numero di accessi ai servizi. Brescia Ovest si colloca in media, mentre i restanti 5 Ambiti: Sebino, Monte Orfano, Oglio Ovest, Bassa Bresciana Occidentale e Garda riportano valori inferiori alla media, registrando bassi dati di affluenza ai servizi territoriali. (Grafico 2)

Grafico 2 - Confronto tra l'andamento della prevalenza dell'utenza complessiva e la prevalenza media di ATS - Dati ATS Brescia



SALUTE MENTALE

ATS Brescia, attraverso la propria Banca dati della Patologia Psichiatrica e del Disagio Psicico, monitora l'andamento di tale gruppo di patologie a livello territoriale. Il monitoraggio della patologia psichiatrica e del disagio psichico si basa su un doppio algoritmo: uno per stabilire se il soggetto è stato preso in carico per patologia nel corso dell'anno, l'altro per identificare le specifiche diagnosi psichiatriche dell'assistito.

Per la raccolta di dati sono state utilizzate le seguenti fonti, interrogate con specifici criteri di inclusione:

- Esenzioni
- SDO-DGI E DGII (Schede Dimissione Ospedaliera- Diagnosi I e Diagnosi II)
- Flusso Psichiatria 46/SAN
- Pronto Soccorso (6SAN)
- RSA (SOSIA)
- Banca Dati Dipendenze
- Banca Dati Disabilità
- Prestazioni Ambulatoriali-Prestazioni Specifiche
- FARMA

Sono identificati i soggetti che hanno avuto una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 "Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)" identificando i seguenti 11 gruppi di patologie:

- Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)
- Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)
- Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)
- Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)
- Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)
- Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)
- Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)
- Ritardo mentale (F70-F79)
- Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)
- Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)
- Disturbo mentale non specificato (F99)

Alle categorie sopra menzionate, ne è stata aggiunta un'altra comprendente i soggetti che hanno fatto uso di farmaci o di prestazioni ambulatoriali specifiche per la patologia psichiatrica, ma per i quali non è stata riscontrata alcuna diagnosi specifica in nessuno dei database utilizzati. Tale categoria denominata "altri consumatori senza diagnosi", comprende i soggetti che nel corso dell'anno hanno avuto almeno 2 ricette di farmaci specifici o almeno 2 prestazioni ambulatoriali specifiche.

Per il monitoraggio dello specifico anno sono considerati solo gli assistiti realmente presi in carico per patologia psichiatrica nel corso dello stesso anno: ad esempio un soggetto con diagnosi psichiatrica negli anni precedenti il 2017, ma non più preso in carico per patologia psichiatrica nel 2017 (incluso l'uso di farmaci e/o prestazioni ambulatoriali specifici) viene escluso.

Tabella 1 - Presi in carico patologie psichiche nel 2017 - Dati ATS Brescia.

Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)	N	% relativa	Prevalenza % / popolazione
Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (F00-F09)	10.142	10,1%	0,8%
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	7.889	7,8%	0,7%
Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (F20-F29)	6.581	6,5%	0,5%
Disturbi dell'umore [affettivi] (F30-F39)	20.909	20,7%	1,7%
Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (F40-F48)	20.207	20,0%	1,7%
Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici (F50-F59)	947	0,9%	0,1%
Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (F60-F69)	4.209	4,2%	0,4%
Ritardo mentale (F70-F79)	5.583	5,5%	0,5%
Disturbi dello sviluppo psicologico (F80-F89)	7.133	7,1%	0,6%
Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F90-F98)	3.943	3,9%	0,3%
Disturbo mentale non specificato (F99)	2.099	2,1%	0,2%
Altri consumatori	37.916	37,6%	3,2%
TOTALE	100.865	100,0%	8,4%

Per la categoria patologica "Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive" (F10-F19), i soggetti sono stati classificati in base alla tipologia di sostanza psicoattiva che ha creato il disagio (Tabella 2)

Tabella 2 - Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19) in valore assoluto (N) e Percentuale relativa (% rel) - Dati ATS Brescia

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	N	% rel
F10. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	4.590	58,2%
F11. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	1.442	18,3%
F12. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi	1.360	17,2%
F13. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici	157	2,0%
F14. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina	2.237	28,4%
F15. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina	277	3,5%
F16. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni	41	0,5%
F17. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco	130	1,6%
F18. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili	484	6,1%

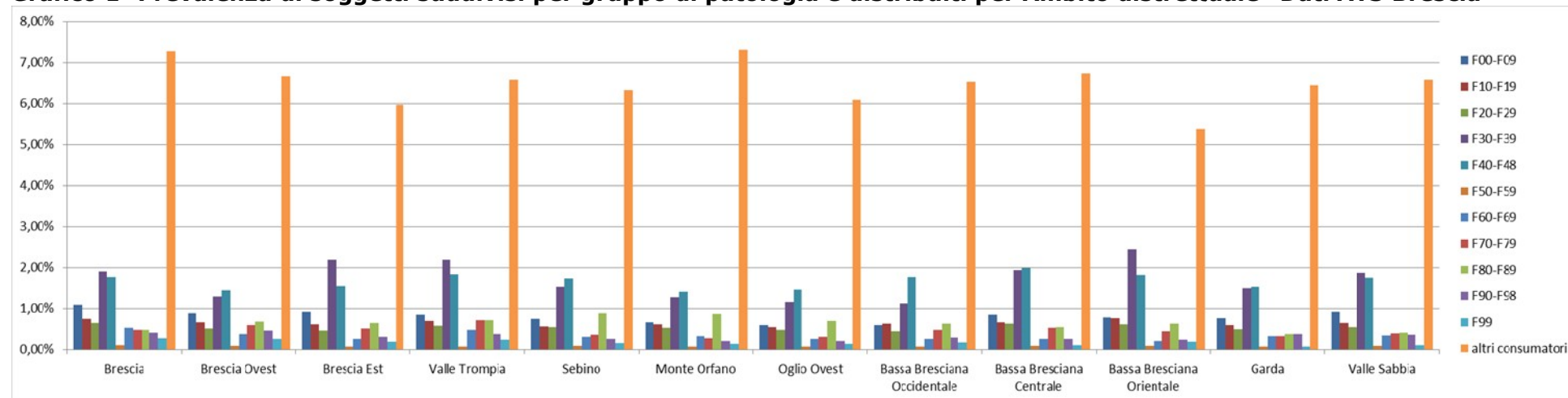
F19. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive	742	9,4%
	7.889	100,0%

In Tabella vengono riportati i soggetti con una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 "Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)", suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale. Il Grafico 1 ne riporta la prevalenza.

Tabella 3 - Numero di soggetti suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale- Dati ATS Brescia

	AMBITO DISTRETTUALE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
F00-F09	2.346	898	931	977	412	405	603	339	1.028	528	972	703
F10-F19	1.614	670	617	805	312	370	538	366	809	522	767	499
F20-F29	1.378	519	457	659	304	312	472	257	754	413	634	422
F30-F39	4.112	1.307	2.199	2.528	844	774	1.147	649	2.336	1.660	1.906	1.447
F40-F48	3.823	1.469	1.571	2.124	963	855	1.456	1.026	2.383	1.241	1.936	1.360
F50-F59	211	76	71	72	48	42	70	42	99	62	87	67
F60-F69	1.145	373	256	551	171	202	247	150	296	138	419	261
F70-F79	1.014	601	520	831	203	168	307	277	644	300	419	299
F80-F89	1.040	686	644	827	489	523	696	365	654	425	477	307
F90-F98	884	456	303	437	140	120	213	166	310	159	475	280
F99	585	259	191	264	87	79	129	99	124	122	75	85
altri consumatori	15.755	6.748	6.025	7.643	3.524	4.421	6.071	3.781	8.112	3.663	8.198	5.103

Grafico 1- Prevalenza di soggetti suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale - Dati ATS Brescia



Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) è una struttura gestionale e funzionale deputata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi mentali e di dipendenza. Il DSMD assume come principio ispiratore il 'prendersi cura della persona' creando una rete di servizi in grado di realizzare percorsi di cura integrati fra l'ospedale, il territorio, i servizi sociosanitari e sociali. Il DSMD garantisce interventi appropriati ed efficaci, secondo standard di qualità accreditati, in grado di cogliere i bisogni differenziati degli utenti, intervenendo con equipe formate, coinvolgendo attivamente e motivando l'utente nelle fasi di pianificazione e attuazione al proprio percorso di cura. Il DSMD inoltre promuove tutte le azioni necessarie a combattere lo stigma ed a tutelare i pieni diritti dei cittadini affetti da disturbi mentali e di dipendenza. La presenza, all'interno del DSMD, di strutture territoriali (CPS), ospedaliere (SPDC), Residenziali riabilitative e assistenziali a diverse intensità (CRA, CRM, CPA, CPM, RL) e semiresidenziali (CD) consente di seguire la persona con disturbi mentali in modo continuo, organico e integrato, rispondendo ai diversi bisogni che possono configurarsi.

Il DSMD, quindi, attua interventi coordinati, integrati e articolati nelle situazioni, ormai sempre più frequenti, nelle quali patologia mentale, utilizzo di sostanze e disagio sociale generano condizioni ad alta complessità.

Tipologia dei Servizi

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): reparto sito nei Presidi ospedalieri. I ricoveri possono essere volontari o obbligatori (trattamento sanitario obbligatorio – TSO), prevalentemente deputati alla gestione della fase acuta
- Centro Psico-Sociale (CPS): struttura territoriale, sede organizzativa e operativa per il coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con disturbi mentali in collaborazione con il settore sociosanitario e sociale. Possono essere erogate tipologie differenziate di interventi (consulenza, assunzione in cura o presa in carico) a seconda della complessità dei bisogni clinici, assistenziali e sociali del paziente. L'utente può accedere direttamente o su invio del medico di medicina generale previo appuntamento. L'équipe multiprofessionale presente al CPS è costituita da medici psichiatri, infermieri, coordinatori, educatori, psicologi, assistenti sociali. L'équipe del CPS organizza i percorsi di cura per i pazienti presi in carico valutandone in modo complessivo i bisogni clinico-assistenziali e identificando strategie integrate d'intervento. L'équipe del CPS

garantisce una rete di collaborazione con i medici di Medicina Generale, articolando con gli stessi alcune modalità di intervento. Il CPS assicura inoltre interventi integrati con i Comuni, le strutture socio-assistenziali e sociali per i bisogni a maggiore valenza sociale e assistenziale.

- Strutture Residenziali che comprendono:
 - Comunità ad alta intensità Riabilitativa (SRP1 – Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo): CRA (ad alta Assistenza) e CRM (a media Assistenza). Nelle CRA e nella CRM vengono attuati percorsi terapeutico-riabilitativi atti a sperimentare, apprendere e sviluppare abilità relative alla cura di sé, dei propri spazi, alla gestione economica, alle attività della vita quotidiana e alle relazioni interpersonali e sociali al fine di conseguire maggiori capacità di svolgere una vita più autonoma (recovery). Si effettuano interventi clinici, psicoterapeutici, psicoeducativi e di recupero cognitivo, seguendo standard di qualità internazionalmente riconosciuti.
 - Comunità Protette a maggiore valenza Assistenziale (SRP2 – Strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo): CPA (ad alta Assistenza) e CPM (a media Assistenza). Nella CPA e nelle CPM si effettuano interventi volti maggiormente a rispondere ai bisogni di natura assistenziale dei pazienti. Si effettuano comunque interventi riabilitativi mirati al raggiungimento di maggiori abilità o al mantenimento delle abilità residue degli utenti. Si effettuano, inoltre, progetti di dimissione protetta verso realtà di natura socioassistenziale e sociale
 - Residenzialità Leggera: costituisce un'opportunità per le persone che hanno fruito di un percorso riabilitativo con successo e devono completarlo in funzione di un'autonomia maggiore. Vengono quindi formulati progetti mirati, seguiti da un educatore, con la collaborazione dell'équipe del CPS, per consolidare o migliorare le abilità acquisite dall'utente. L'ospite contribuisce economicamente alle spese della casa e, qualora non fosse in grado di partecipare ai costi, il Comune di residenza, previa adeguate verifiche, può subentrare a sostegno.
- Centro Diurno (CD): struttura semiresidenziale con funzioni riabilitative. Si svolgono numerosissime attività, individuali e di gruppo, interne ed esterne al CD, volte al conseguimento di maggiori abilità e al miglioramento del funzionamento del paziente.

Il Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) si rivolge alla popolazione di età compresa tra 0-18 anni con problematiche neurologiche, neuropsicologiche e psichiatriche. Di norma il primo accesso al Servizio inizia con la visita neuropsichiatrica. Successivamente l'équipe multiprofessionale attiva il percorso di valutazione per la definizione della diagnosi, che può prevedere osservazioni cliniche e/o somministrazione di test specifici in base ai diversi casi. A seconda della diagnosi effettuata e dei bisogni della persona possono essere avviati monitoraggi, cure mediche e/o prese in carico riabilitative e psicoterapiche con trattamenti di tipo logopedico, psicomotorio, psicologico, fisioterapico.

Le principali aree di intervento sono:

- disturbi neuromotori
- malattie muscolari
- ritardi evolutivi su base organica
- ritardi psicomotori
- disabilità intellettiva
- disturbi di apprendimento specifici e aspecifici
- disturbi della comunicazione e del linguaggio
- disturbi della motricità
- autismo

- disturbi emotivi e della condotta
- disturbi psichiatrici dell'età evolutiva

L'attività del servizio è di tipo ambulatoriale, effettuata attraverso visite, colloqui, cicli di terapia riabilitativa ed educativa.

Presso la NPIA di ASST Garda è attiva l'Area Psicosociale Giovani (APG): si tratta di un'area funzionale che integra il Polo di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) con il Centro Psico Sociale (CPS), costituendosi come un'équipe funzionale multidisciplinare dedicata ai giovani nell'età di transizione compresa tra 14 e 24 anni e che manifestano sintomi psicopatologici.

L'obiettivo dell'APG è quello di una tempestiva valutazione diagnostica al fine di individuare precocemente disturbi psichiatrici o prodromi di patologie psichiatriche e intraprendere il percorso di cura più appropriato, con personale specificamente dedicato.

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2015-2017 DIPENDENZE-SALUTE MENTALE

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Indicatori di esito	Esiti
potenziare il livello di integrazione relativo alla presa in carico delle persone (minori e adulti) tra i comuni, l'ASL e i servizi della NPI e dei CPS	Definizione buone prassi/modalità operative per la presa in carico di persone con doppia diagnosi, con problematiche di dipendenza e/o con grave disabilità	Definizione protocolli	Protocollo Tecnico Operativo per la gestione di situazioni multiproblematiche: doppia diagnosi - dipendenze patologiche e patologia psichica (adulti) (Decreto ATS n.456 del 18/08/2017). Sottoscritto da: ATS Brescia; Presidente della Conferenza dei Sindaci; ASST Spedali Civili Brescia; ASST Garda; ASST Franciacorta; SMI Il Mago di OZ; SMI Gli Acrobati; Comunità Pinocchio; Comunità Fraternita'

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020 DIPENDENZE-SALUTE MENTALE

Alla luce dei nuovi assetti organizzativi definiti dalle leggi regionali n. 23/2015 e n.15/2016 è emersa la necessità prioritaria di potenziare la rete sanitaria, socio sanitaria e sociale finalizzata al superamento di frammentazioni tra tutti gli attori coinvolti a livello territoriale nella prevenzione, cura e riabilitazione nell'area Dipendenze-Salute Mentale-Promozione della Salute. E' necessario, attraverso un sistema di governance efficace, attuare una programmazione, a livello di distretto di programmazione, che si traduca in buone prassi operative, utili a rispondere ai nuovi bisogni emergenti, in particolare delle fasce di popolazione più vulnerabili. Elemento cardine della programmazione 2018-2020 è il potenziamento e la continuità dei tavoli di lavoro integrati tra ATS, ASST e Ambiti, finalizzati al raggiungimento di obiettivi specifici, che tengano conto anche delle peculiarità territoriali.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Potenziamento di percorsi condivisi relativi all'invio e alla presa in carico di minori e adulti in situazioni di bisogno, disturbi da uso di sostanze e alcol, disturbi della sfera comportamentale	Implementazione di gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione e alla luce della legge 23/2015 e legge 15/2016 Revisione del Protocollo operativo: Neuropsichiatria /Dipendenze /Psichiatria Revisione dei Protocolli: - Tabagismo - Alcolismo con focus specifico sulle donne con problemi e/o	Incontri di progettazione/equipe multidisciplinari Attività di Formazione congiunta per la condivisione di buone prassi	ATS Uffici di Piano ASST (NPI - Psichiatria - Dipendenze) Servizi privati accreditati MMG - PdF Terzo Settore	Incontri periodici tavoli di Ambito Costituzione tavolo di lavoro multidisciplinare e incontri periodici di progettazione e Formazione	Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Ambito Revisione e approvazione dei Protocolli operativi Report applicazioni e Protocollo Doppia Diagnosi (DD)	Verbali incontri Protocolli operativi Report annuale	Incontri nel corso del triennio 2018/2020 Revisione Protocollo Alcol entro 2018 Revisione Protocollo Tabagismo entro 2018 Revisione Protocollo Neuropsichiatria/Dipendenze/Psichiatria entro secondo anno Produzione Report Protocollo DD a cadenza annuale nel triennio

patologie alcol correlate							
Monitoraggio Protocollo Doppia Diagnosi (Dipendenze/Salute Mentale)							

PROMOZIONE DELLA SALUTE

A seguito dell'attuazione della Legge Regionale 23/2015, la programmazione in tema di Promozione della Salute ricomprende anche la prevenzione delle dipendenze da sostanze e comportamentali attraverso la realizzazione di interventi che fanno riferimento ai seguenti programmi, in linea con quanto indicato dal Piano Regionale della Prevenzione 2015-2018 che rappresenta il più importante atto di indirizzo programmatico per tutta l'area della prevenzione, della promozione e tutela della salute:

- “Reti per la promozione della salute negli ambienti di lavoro”
- “Scuole che promuovono salute - Rete SPS/SHE Lombardia
- “Promozione della salute del bambino e della mamma nel percorso nascita”
- “Promozione stili di vita favorevoli alla salute nella comunità”
- “Prevenzione delle cronicità”
- “Rete Regionale Prevenzione Dipendenze”

L'obiettivo generale, comune a tutti i programmi, in coerenza a quanto previsto dai LEA 2017, è ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche, promuovendo il potenziamento dei fattori di protezione (*life skills*) e l'adozione competente e consapevole (*empowerment*) di comportamenti salutari nella popolazione secondo evidenze di efficacia sostenute a livello dei massimi organismi internazionali, OMS *in primis*. Gli obiettivi prioritari sono riferiti ad alcune aree fondamentali e specifiche per la prevenzione delle patologie croniche (cardio-cerebro-vascolari, diabete, alcune forme tumorali) quali una sana alimentazione collegata all'attività fisica e la prevenzione del tabagismo e dell'uso di sostanze, altri sono volti a promuovere il benessere degli individui e della comunità nella sua accezione più ampia.

Dal punto di vista epidemiologico vengono riportati i dati riferiti agli stili di vita così come si evidenziano da report locali e da ricerche ed indagini a valenza nazionale con riferimento a quanto attiene alla Lombardia. I dati riferiti al Piano per il Governo Clinico dei Pediatri di Libera Scelta, fanno rilevare che dei 5.203 bambini per cui nel 2017 sono state raccolte informazioni in occasione del bilancio di salute, eseguito tra il 10° e il 12° mese di vita, il 76,5% degli italiani e l'86,9% degli stranieri sono stati allattati al seno (i dati nazionali ISTAT¹ relativi al 2013 evidenzia che l'84,6% delle donne italiane allattava al seno contro l'89,4% delle donne straniere) e che la percentuale di bambini per cui continua l'allattamento al seno oltre il sesto mese è del 60,4% tra gli italiani e del 73,8% tra gli stranieri (percentuali riferite ai soli bambini allattati in modo esclusivo). Inoltre i 18.167 bambini al di sotto dei 24 mesi valutati nel 2017 rispetto allo stato nutrizionale

fanno registrare per il 12,2% uno stato di sottopeso, per il 75,1% normopeso, per il 7,9% sovrappeso e per il 4,7% obesità; nei bambini con più di 24 mesi il 13,2% è sovrappeso e il 4,2% obeso con una tendenza all'aumento di obesità/sovrappeso all'aumentare dell'età.

Nel 2017 i Medici di Medicina Generale partecipanti al Governo Clinico hanno fornito informazioni relative a 816.890 assistiti di età superiore ai 14 anni non solo in relazione alle patologie presenti, ma anche rispetto ad alcune abitudini dei propri assistiti, quali il tabagismo e il tipo di attività fisica svolta, oltre al BMI; in particolare la proporzione di fumatori è diminuita dal 23,5% del 2009 al 19,0% del 2017 fermo restando che la proporzione di fumatori nell'ATS di Brescia è inferiore rispetto a quella nazionale (22,3% nel 2017 secondo un'indagine dell'Istituto Superiore Sanità e DOXA²).

Dai dati dell'indagine campionaria nazionale "OKkio alla Salute" che, con cadenza biennale, valuta l'evoluzione nel tempo dello stato ponderale, degli stili alimentari, dell'abitudine all'esercizio fisico dei bambini della terza classe primaria, si evidenzia che, in Regione Lombardia nel 2016, il 47% dei bambini oggetto del campione consuma a metà mattina una merenda inadeguata e l'8% non la consuma affatto; circa un bambino su cinque risulta fisicamente inattivo e solo il 2% presenta un livello di attività fisica raccomandato per la sua età, anche in relazione al fatto di recarsi a scuola con mezzi, propri o pubblici, motorizzati; per contro il 30% dei bambini che ha partecipato all'indagine, guarda la TV e/o gioca con i videogiochi più di 2 ore al giorno.

Dai dati del 2014 dell'indagine internazionale HBSC che coinvolge gli studenti di 11,13 e 15 anni, emerge, sempre riferito alla Lombardia, che solo una percentuale del 38,1% di studenti consuma frutta e del 31,4 % consuma verdura almeno una volta al giorno: la percentuale, rispetto alle rilevazioni precedenti, è aumentata in tutte le classi di età e in entrambi i sessi, ma i valori permangono lontani dai consumi raccomandati.

In merito al movimento si rileva un aumento dei ragazzi che svolgono attività fisica (un'ora di attività più di tre giorni a settimana) in tutte le fasce di età; per quanto riguarda la sedentarietà, lo studio evidenzia che, pur essendo in diminuzione il numero dei ragazzi che trascorrono tre ore o più al giorno davanti alla TV aumenta la percentuale di adolescenti che passano tre ore o più al giorno a giocare con il PC, lo *smartphone* o il *tablet*.

In relazione ai comportamenti a rischio la stessa indagine fa rilevare che sono l'8,2% gli studenti totali che fumano almeno una volta la settimana, con un passaggio dallo 0,5% degli undicenni e del 5% dei tredicenni al 22,1% dei quindicenni, fascia quest'ultima che vede una netta prevalenza delle femmine (23,4%9 sui maschi 20,8%). Sono il 7,3% gli studenti che hanno bevuto tanto da ubriacarsi almeno due volte nella vita, con una percentuale che passa dal 0,7% degli undicenni al 2,1% dei tredicenni ed al 22,3% dei quindicenni. Quest'ultima classe d'età è stata indagata anche per l'uso di cannabis: hanno dichiarato l'esperienza almeno una volta nella vita il 30,1% dei maschi ed il 22,9% delle femmine.

A fronte di questo panorama epidemiologico la programmazione dell'ATS in tema di promozione della Salute, sviluppata con il coinvolgimento delle tre ASST territoriali, nonché dei servizi del privato accreditato, degli Enti del terzo settore, delle Associazioni territoriali e con il contributo di Aziende di produzione, dell'Istituzione scolastica e degli Enti Locali, negli ultimi anni si è sempre più orientata, oltre che allo sviluppo di programmi ed azioni specifici, anche a fare in modo che gli interventi fossero "allineati" alle buone pratiche che garantiscono la loro efficacia e, nel contempo, perseguono una sintonia che tende ad amplificare gli effetti delle azioni implementate attraverso il coordinamento di più soggetti coinvolti.

I programmi sviluppati trovano diffusione su tutto il territorio di competenza, seppure in modo non sempre omogeneo.

Il programma WHP vede 51 aziende aderenti che sviluppano azioni diversificate in merito ad aree di promozione della salute (attività fisica, alimentazione, contrasto al fumo di tabacco, contrasto alle dipendenze, mobilità sicura e sostenibile, benessere e conciliazione vita-lavoro) raggiungendo circa 15.000 lavoratori; 53 Comuni aderiscono al progetto "Salute in Comune, sostenendo iniziative diversificate volte a promuovere comportamenti salutari nella popolazione; in 34 Comuni sono stati creati, anche in collaborazione con le biblioteche, spazi per favorire l'allattamento al seno; sono 157 in costante aumento i panificatori coinvolti nel programma "Con meno sale nel pane..." volto a

porre l'attenzione sul ridotto contenuto di sale come fattore protettivo verso le malattie croniche; sono 62 i Gruppi di Cammino attivi in 38 Comuni per un totale di 1781 partecipanti, sono in totale 3 i Gruppi di Cammino dedicati o con una forte integrazione di persone fragili. Sono 105 i plessi di scuola primaria con attivi pedibus che coinvolgono direttamente 5574 studenti e 1844 volontari attivi; 35 Istituti Comprensivi con 49 plessi partecipano al programma regionale "Life Skills Training" per un totale di 350 classi interessate, tra prime, seconde e terze per un totale di 7.522 studenti; 33 di questi Istituti Comprensivi (77 plessi) sviluppano sulle cinque classi della scuola primaria un percorso di sviluppo delle life skills modulato sulle diverse classi d'età e preparatorio allo sviluppo del programma nella scuola secondaria di primo grado: sono coinvolte 394 classi per un totale di 7.537 alunni. In relazione al progetto Life Skills Training Program è stato sviluppato un percorso di educazione tra pari rivolto ai genitori che ne ha coinvolto direttamente 134 i quali hanno sviluppato 22 percorsi specifici sulle tematiche del rafforzamento delle competenze dei figli e sul rafforzamento dei fattori protettivi "familiari" raggiungendo e coinvolgendo altri 394 genitori. Trentasei Istituti comprensivi hanno aderito alla proposta di sviluppare percorsi specifici in tema di affettività e sessualità nel triennio della scuola secondaria di primo grado in integrazione con le unità di lavoro del Life Skills training o con percorsi specifici; nei gradi di scuole inferiori sono presenti inoltre percorsi specifici finalizzati a promuovere una corretta alimentazione ed una merenda sana, anche in collaborazione con le Amministrazioni Comunali per sostenere un capitolato d'appalto della mensa scolastica conforme alle indicazioni di ATS.

I Progetti di peer education attivi in 16 Istituti d'Istruzione Superiore del territorio hanno permesso di formare nel 2017, 486 studenti peer educators che hanno coinvolto in azioni da loro stessi sviluppate 4510 coetanei su tematiche diversificate di promozione della salute e del benessere.

Per ridurre l'abitudine tabagica nella popolazione generale è attiva la collaborazione con le ASST (Consultori Familiari, Ambulatori certificativi e vaccinali, alcune Divisioni Mediche del Presidio Ospedaliero Spedali Civili), con i Medici competenti delle Aziende aderenti al progetto WHP e con i Farmacisti per l'utilizzo del Minimal Advice individuato dalla letteratura come strumento efficace per la prevenzione del tabagismo accompagnato, per tutti gli interessati alla disassuefazione, da informazioni utili all'accesso ai Centri per il Trattamento del Tabagismo (CTT). L'esperienza che, nell'ultimo triennio, ha permesso un coinvolgimento in modo omogeneo su tutto il territorio di competenza di ATS, degli Enti Locali, delle ASST attraverso i Servizi specialistici, i Servizi del Privato accreditato e gli Enti del Terzo Settore è rappresentata dalla Rete del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) che ha visto protagonisti i Comuni che hanno beneficiato di finanziamenti regionali a seguito di bandi della D.G. Territorio, urbanistica, difesa del suolo e Città Metropolitana. A seguito del D.d.u.o n.6426 del 31 maggio 2017, sono in totale 13 le progettualità attivate dagli Enti Locali/Comunità Montane sul territorio dell'ATS di Brescia di cui 9 rifinanziate e 4 di nuovo finanziamento: 4 progetti vedono attiva la partnership di ATS. ATS ha svolto un ruolo di raccordo in rete per tutte le progettualità.

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2015-2017 IN TEMA DI PREVENZIONE DEL GAP

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Indicatori di esito	ESITI
Potenziamento in rete delle azioni di	Incontri di analisi, approfondimento, valutazione delle	Linee di lavoro condivise	Le progettualità dei singoli territori sono improntate a criteri di efficacia, di sostenibilità nel tempo e presentano, pur nella particolarità di ciascuno, azioni comuni che permettono una confrontabilità degli esiti di più ampio respiro.

prevenzione del GAP	azioni sviluppate e condivisione dei risultati Incontri di progettazione, programmazione e sviluppo, esito delle nuove azioni progettuali	utili allo sviluppo delle singole progettualità	In particolare le progettualità di più recente avvio hanno sviluppato un ambito di ricerca sostanzioso utile a meglio definire le caratteristiche del fenomeno per l'implementazione di azioni future particolarmente mirate e stanno sviluppando un percorso di confronto degli item e dei risultati che rappresenterà un valore aggiunto per ciascuna progettualità nell'ottica di una più precisa ed ampia visione epidemiologica.
---------------------	--	---	---

1 ISTAT. Gravidanza, parto e allattamento al seno. Dicembre 2014 <http://www.istat.it/it/archivio/141431>

2 <http://www.doxa.it/fumo-in-italia-2017/>

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Potenziamento del collegamento tra la programmazione regionale e la programmazione territoriale	Gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione Analisi degli interventi in atto Definizione di interventi di prevenzione "possibili" e "sostenibili" a livello territoriale	Incontri di confronto/conoscenza Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi	ATS Uffici di Piano ASST Servizi privato Accreditato Area Dipendenze e CF Terzo Settore	Incontri periodici Formazione	Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Distretto di programmazione	Verbali incontri	Incontri nel corso del triennio Produzione e documenti condivisi

MINORI E FAMIGLIA

Il contesto attuale è caratterizzato dall'ampliamento della sfera dei bisogni delle persone e delle famiglie in relazione ai fenomeni delle nuove povertà e alle implicazioni che questo induce rispetto alla fragilità della popolazione. Le problematiche legate alla perdita o alla diminuzione del reddito spesso portano con sé l'incapacità, nel tempo, a far fronte alle diverse e svariate spese che gravano normalmente sui bilanci delle famiglie. Gli effetti della crisi socio-economica hanno dunque generato un aumento della vulnerabilità, che si combina ad ulteriori elementi di fragilità derivanti da evoluzioni e cambiamenti in atto all'interno della struttura sociale. Il focus diventa quello di attribuire importanza ai fattori prossimali, a quei fattori, cioè, da rinforzare e sostenere per evitare che una famiglia fragile diventi una famiglia ai margini.

La salute materno-infantile rappresenta un'area prioritaria di salute pubblica e di attenzione, non solo perché la gravidanza, il parto ed il puerperio sono, in Italia, la prima causa di ricovero per le donne, ma perché rappresentano a livello internazionale indici significativi per valutare la qualità di tutta l'assistenza sanitaria di un Paese.

Un compito significativo e privilegiato è il lavoro sinergico tra tutti i servizi sociali, sociosanitari e sanitari per sostenere le relazioni genitoriali, individuare le fragilità e, con progetti integrati, attivare strumenti e interventi orientati allo sviluppo delle competenze genitoriali; ciò al fine di favorire un'azione di empowerment delle capacità dei genitori per usufruire dei servizi dedicati e per una buona integrazione sociale nel contesto di vita. Diverse sono le iniziative non solo istituzionali, ma anche del Terzo Settore, orientate all'accompagnamento dei genitori e all'integrazione sociale nel loro contesto di vita. In questi anni l'impegno potrebbe dirigersi verso una conoscenza delle molteplici risorse e trovare connessioni e contaminazioni fra tutte le realtà impegnate in questo settore.

Per la famiglia sono già in essere, da alcuni anni, sostegni economici erogati da diverse Istituzioni, progetti di sostegno all'allattamento materno e di intervento per la depressione perinatale e azioni proattive per la fragilità genitoriale nei Consultori Familiari e i Punti Nascita, nonché interventi sociali e progetti nell'area della Tutela Minori.

Il progetto "Percorso nascita" trova nella normativa regionale e nazionale importanti indicazioni sulla necessità che i servizi territoriali (consultori familiari, medici di famiglia e pediatri di famiglia) e le strutture ospedaliere (Punti Nascita a diverso livello di complessità) lavorino in modo coordinato e trasparente, offrendo servizi che integrano le rispettive competenze e che assicurano continuità assistenziale.

Si riportano di seguito le tabelle riassuntive rispetto al Bonus Famiglia (Tabella 1) e quelle relative al Percorso Nascita (Tabella 2)

Tabella 1. Distribuzione Domande Bonus 2017 per Ambito Consultori Pubblici e Privati dal 1/1/2017 al 30/4/2017 e dal 27/6/2017 al 31/12/2017

	AMBITO DISTRETTUALE												TOTALE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Domande Bonus Famiglia (N.)	563	160	141	181	52	81	229	89	200	112	115	101	2024

Tabella 2. Triage Percorso nascita – Punti nascita / Consultori familiari Rilevazione 2017 per Ambito distrettuale - Dati ATS Brescia

		AMBITO DISTRETTUALE												TOTALE
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Punti Nascita	Rosso	12	1	5	4	0	0	8	2	9	3	2	5	51
	Giallo	98	55	33	52	13	7	37	24	42	29	36	36	462
Consultori	Rosso	4	0	0	3	0	0	3	3	3	3	1	5	25
	Giallo	30	36	12	38	12	2	16	13	16	51	24	27	277

DONNE E VIOLENZA DI GENERE

Le reti Antiviolenza territoriali (Comunità Montana di Valle Trompia, Desenzano e Palazzolo) sono state riconosciute da Regione Lombardia con decreto n.2864 del 1/3/2018 e sono stati approvati i progetti annuali presentati, come previsto dalla DGR 5878/16. Nel novembre 2017 sono state altresì approvate le linee guida nazionali in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle donne vittime di violenza, per rendere attivo e operativo il percorso volto a garantire adeguata assistenza, accompagnamento/orientamento, protezione e messa in sicurezza della donna che subisce violenza. Esse si rivolgono alle operatrici e agli operatori socio sanitari e devono essere destinate agli attori pubblici e privati che, a diverso titolo, operano per la prevenzione ed il contrasto alla violenza maschile contro le donne. ATS risponde all'investimento di Regione Lombardia, sostenendo ulteriormente l'implementazione delle Reti Territoriali Antiviolenza, dei Centri Antiviolenza e delle Case Rifugio, al fine di aggregare territori in cui gli Enti pubblici e privati collaborino in modo sinergico all'offerta di percorsi di uscita dalla violenza per le donne che ne sono vittima. Dal 2008 l'ex ASL aveva stipulato un Accordo con i Pronto Soccorso del territorio per la rilevazione delle donne vittime di violenza e il coinvolgimento dei Consultori Familiari per la presa in carico. L'avvio dei progetti previsti dalle Reti Territoriali Antiviolenza potrà implementare le risorse e favorire una capillare sensibilizzazione alle donne per intraprendere e perseverare nel percorso di uscita dal circuito della violenza.

Nella tabella sottostante, i dati relativi alle segnalazione da parte dei Pronto soccorso ai Consultori Familiari

Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consultori Familiari Anno 2017			
Pronto Soccorso	Senza richiesta di presa in carico	Con richiesta di presa in carico	Totale
Spedali Civili	32	30	62
Gardone Val Trompia	12	5	17
Ist. Clinico S. Anna	24	7	31
Ist. Clinico Città di Brescia	13	3	16
Fond. Poliambulanza	43	24	67

Ist. Clinico S. Rocco	5	3	8
Totale ASST	129	72	201
Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consultori Familiari Anno 2017			
Pronto Soccorso	Senza richiesta di presa in carico	Con richiesta di presa in carico	Totale
Iseo	19	14	33
Chiari	21	25	46
Totale ASST	40	39	79
Montichiari	15	10	25
Manerbio	16	31	47
Desenzano	23	19	42
Gavardo	30	28	58
Totale ASST	84	88	172
Totale Complessivo	253	199	452

TUTELA MINORI

La complessità delle situazioni in carico ai Servizi Tutela Minori dei vari Ambiti è in continua crescita e necessita di interventi sempre più integrati, che coinvolgano più servizi e più territori. Sono in aumento le situazioni in carico, sia su mandato del Tribunale Ordinario (TO) che del Tribunale per i Minorenni (TM) che interessano più Ambiti, in relazione alla residenza dei genitori dei minori in carico. La P.g.r. n. X/7626, ridefinisce la regolamentazione del sistema di accesso, di remunerazione, rendicontazione e controllo in merito alla misura "Comunità per minori vittime di abuso, violenza e grave maltrattamento". Regione Lombardia ha esteso la possibilità di remunerare gli inserimenti in comunità, a condizione che sia attuato un progetto quadro che preveda la presa in carico della famiglia e del minore.

Particolare riguardo si deve alle Audizioni protette della Convenzione di Lanzarote, ratificata in Italia in data 23/10/2012. Essa sancisce principi cardine a cui gli stati firmatari devono adeguarsi in materia di prevenzione e criminalizzazione di ogni forma di abuso e sfruttamento sessuale nei confronti dei minori. Nel nostro territorio la collaborazione con la Magistratura Ordinaria e Minorile, in particolar modo le Procure, e le Forze dell'Ordine, continua ad essere garantita dagli psicologi delle ASST. Il lavoro condiviso ha favorito certamente la qualità

dell'intervento e la disponibilità reciproca a mettere in campo tutte le attenzioni, affinché sia tutelato l'adolescente interessato, concordando il luogo dell'audizione, i tempi, e lo scambio delle informazioni necessarie.

Di seguito, i dati riassuntivi relativi alla rilevazione 2017 sulle Audizioni della Convenzione di Lanzarote, suddivisi per ASST.

Audizioni protette Convenzione Lanzarote Rilevazione 2017	
ASST Spedali Civili	66
ASST Franciacorta	3
ASST Garda	36
Totale	105

Di seguito rilevazione anno 2017 per Ambito della situazione Minori con provvedimento della magistratura

	AMBITO DISTRETTUALE												TOTALE
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Minori con provvedimento Autorità Giudiziaria	704	275	247	430	149	159	310	155	266	179	349	294	3517
Famiglie coinvolte	472	131	143	278	116	104	214	84	170	120	200	194	2226
Minori in Comunità con madre	29	10	8	4	1	5	14	5	12	5	6	4	103
Minori in Comunità	40	12	14	18	1	10	12	16	12	16	22	23	196
Affido	69	25	37	52	12	23	58	9	40	22	23	28	398

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

Sostegno alla famiglie fragili	Definire i rapporti con i diversi soggetti coinvolti nelle azioni connesse all'erogazione del sostegno economico previsto dalla DGR 7230/17 "Bonus famiglia"	Integrazione nei programmi di intervento per le famiglie vulnerabili	Operatori dei Comuni, dei Consulenti pubblici e privati, operatori del Terzo Settore (CAV)	DGR n.7230/17 e decr. attuativi Progetto di intervento Patto di corresponsabilità	Incremento presa in carico servizi territoriali/consulenziali	Piattaforma SIAGE	Entro il triennio
Sostegno alla maternità e attenzione alle situazioni di fragilità	Sviluppare un modello culturale, organizzativo e operativo che offra un accompagnamento o alla donna/coppia/famiglia, nella promozione della salute in gravidanza, nel dopo parto, nella relazione madre-padre-bambino, nella promozione dell'allattamento al seno, nel sostegno della genitorialità	Sviluppo di una presa in carico trasversale tra punti nascita, consulenti e servizi sociali per una presa in carico integrata e di sostegno con i comuni nelle situazioni di maggiore fragilità	Operatori sanitari dei punti nascita e socio sanitari dei consulenti familiari pubblici e privati e dei servizi sociali di base	Progetto "Percorso Nascita" e "A casa dopo il parto"	Aumento adesioni donne ai progetti; individuazione precoce situazioni di fragilità e allerta servizi sociali di base	Adesione Piattaforma Survey Monkey Numero di prese in carico consulenti/servizi sociali	Entro il triennio
Contrasto alla violenza di genere	Definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di	Mantenimento protocolli ospedalieri/PS attivazione rete dei servizi territoriali; Avvio di uno	Operatori sanitari e socio sanitari pubblici e privati	Reti anti violenza/consulenti/ servizi sociali	Aumento numero di donne che intraprendono percorsi di uscita dal circuito della violenza	Report regionali	Entro il triennio

	attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza	sportello di accoglienza/ascolto in ogni ambito territoriale Costituzione di una equipe dedicata					
Sostegno ai Minori vittime di abuso e grave maltrattamento	Definire un percorso di remunerazione, rendicontazione e controllo partecipato, integrato e condiviso	Condivisione dei criteri per eleggibilità e mantenimento alla misura minori in comunità Avvio e sperimentazione in qualche ambito di buone prassi per la tutela minori	Operatori Ambiti/comunità/Tutela minori/ATS/ASST	Progetto quadro/Pei/scheda prestazioni socio sanitarie	Sperimentazione di misure alternative alla residenzialità	Rendicontazione periodica/	Entro il triennio

CONCILIAZIONE VITA-LAVORO

Regione Lombardia ha avviato dal 2010 (DGR n.381/2010) un processo per promuovere e sostenere interventi a favore delle politiche territoriali di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, attraverso la definizione ed il potenziamento di un modello di governance partecipata e lo sviluppo di partnership pubblico-privato denominate Reti per la conciliazione e Alleanze locali di conciliazione. Il Piano Territoriale di Conciliazione 2011-2012, ai sensi della DGR 1576/2011 ha costituito sul territorio della ex ASL di Brescia la Rete per la conciliazione che ha visto, come primo momento, la sottoscrizione dell'Accordo territoriale per la conciliazione tra: Regione Lombardia; ex-ASL di Brescia; Provincia di Brescia; Comune di Brescia; 12 Ambiti territoriali; Associazione Comuni bresciani (ACB); Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura di Brescia (CCIAA); Consigliera di Parità. L'Accordo territoriale per la conciliazione prevedeva la creazione di una rete di partners pubblico-privato in grado di recepire e promuovere politiche concrete per la conciliazione dei tempi famiglia-lavoro del territorio di riferimento e l'implementazione dei processi di conciliazione con particolare attenzione alle micro-piccole e medie imprese localizzate sul territorio. All'Accordo territoriale per la conciliazione hanno aderito, nel tempo, imprese, cooperative sociali, associazioni di

categoria, fondazioni e strutture sociosanitarie. L'avvio di progettualità locali promosse con le risorse messe a disposizione dalla DGR 1576/2011 ha costituito indubbiamente un momento significativo di strutturazione di raccordi territoriali finalizzati a promuovere azioni di conciliazione a favore dei dipendenti delle imprese e dei cittadini, e soprattutto ha visto gli Uffici di Piano per la prima volta promotori di azioni territoriali di conciliazione.

Il Piano territoriale 2014-2016 (ai sensi della DGR 1081/2013) ha previsto il rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche di Conciliazione famiglia-lavoro e la costituzione di tre Alleanze locali di conciliazione, per facilitare la programmazione a livello territoriale e un più stretto raccordo con i Piani di Zona; nello specifico sono le seguenti:

- Alleanza di Montichiari, Comune capofila Montichiari, con Ambito distrettuale Bassa Bresciana Occidentale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, Ambito Garda;
- Alleanza di Brescia, Comune capofila Brescia, con Ambito distrettuale di Brescia e Ambito distrettuale Brescia Est;
- Alleanza di Palazzolo sull'Oglio, Comune capofila Palazzolo sull'Oglio, con Ambito distrettuale Monte Orfano, Ambito distrettuale Sebino, Ambito distrettuale Oglio Ovest ed Ambito distrettuale Brescia Ovest.

Nella realizzazione del Piano 2014-2016 hanno aderito alle Alleanze Territoriali di Conciliazione l'Ambito Distrettuale Brescia Ovest e l'Ambito Distrettuale Garda, portando il numero degli Ambiti aderenti da 8 a 10.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 ha visto l'adesione di tutti i 12 Ambiti Territoriali, ampliando l'alleanza agli Ambiti Distrettuali di Valle Sabbia e di Valle Trompia.

RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2014-2016

Alleanza	Azioni previste	Esiti
Alleanza locale di Montichiari	<ul style="list-style-type: none"> - voucher per il ricorso ai servizi di cura per anziani e disabili; - voucher per servizi socio-educativi per l'infanzia; - voucher premialità assunzione, per imprese che assumono madri escluse dal mercato del lavoro con un figlio di età non superiore ai 5 anni; - servizi di consulenza alle imprese per la definizione di un piano di flessibilità e welfare aziendale. 	<ul style="list-style-type: none"> - n. 993 persone dipendenti delle imprese aderenti alle alleanze locali di conciliazione; - n. 16 MPMI per premialità assunzione; - n. 2 MPMI per servizi di consulenza.
Alleanza locale di Brescia		
Alleanza locale di Palazzolo		

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Regione Lombardia con DGR n. X/5969 del 12/12/2016 ha promosso anche per il biennio 2017-2018 il Piano Territoriale delle politiche di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, dando continuità al modello di governance articolato in Reti ed Alleanze.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 prevede la realizzazione di tre progetti in capo alle Alleanze Locali di Conciliazione di Brescia, Palazzolo sull'Oglio e Montichiari e lo sviluppo dell'Azione di Sistema, in capo ad ATS Brescia.

Con Decreto DG n. 110 del 24/02/2017 ATS Brescia ha recepito i contenuti della sopracitata DGR, provvedendo al rinnovo dell'Accordo per la valorizzazione delle politiche territoriali in materia di conciliazione sottoscritto in data 11 Marzo 2014 e con determinazione n.90 del 27/02/2017 ha preso atto:

- della composizione della Rete Territoriale di conciliazione;
- del regolamento per il funzionamento della Rete stessa, finalizzato a disciplinare le modalità operative per lo svolgimento delle attività;
- della costituzione del nuovo Comitato di Programmazione Valutazione e Monitoraggio, confermandone la composizione ed integrandola con la partecipazione di tre rappresentanti delle OO.SS confederali, di due rappresentanti dei Comuni e di tre Responsabili dei Progetti delle Alleanze locali.

A seguito del bando promosso con Decreto DG n. 172 del 17/03/2017 e del lavoro di potenziamento del raccordo territoriale, si sono confermate le tre Alleanze locali di Conciliazione:

- Alleanza di Brescia, Comune capofila Brescia, con Ambito distrettuale di Brescia, Ambito distrettuale Brescia Est e Ambito distrettuale di Valle Trompia;
- Alleanza di Palazzolo sull'Oglio, Comune capofila Palazzolo sull'Oglio, con Ambito distrettuale Monte Orfano, Ambito distrettuale Sebino, Ambito distrettuale Oglio Ovest ed Ambito distrettuale Brescia Ovest;
- Alleanza di Montichiari, Comune capofila Montichiari, con Ambito distrettuale Bassa Bresciana Occidentale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Centrale, Ambito distrettuale Bassa Bresciana Orientale, Ambito Garda-Salò, Ambito Distrettuale di Valle Sabbia;

realizzando il pieno coinvolgimento dei 12 Ambiti distrettuali.

Con Decreto DG n. 308 del 25/05/2017 sono state approvate le progettualità delle tre Alleanze volte alla realizzazione del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 attraverso le seguenti azioni:

- contributi destinati ai lavoratori dipendenti delle aziende aderenti alla Rete di Conciliazione e alle Alleanze a copertura totale e/o parziale delle rette sostenute per i servizi di cura (es. assistenza familiare per anziani e disabili ad esclusione di ADI e SAD);
- servizi socio-educativi per l'infanzia (es. nido, centri per l'infanzia, baby parking, ludoteca, etc.);
- servizi socio-educativi per i minori di età fino ai 14 anni (es. servizi preposti nell'ambito delle attività estive, attività pre e post scuola, centri diurni aggregativi ed educativi, attività sportive, musicali e culturali).

Elemento innovativo del Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 è rappresentato dall'Azione di Sistema, la cui attuazione prevede la figura dell'operatore/degli operatori di rete, in grado di promuovere nel territorio e nei luoghi di lavoro la cultura della conciliazione.

In particolare è previsto che l'operatore/gli operatori di rete, operando in stretta sinergia con ATS e le Alleanze locali, realizzi/realizzino i seguenti interventi prioritari:

- promozione sul territorio delle azioni definite dal Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018 in continuità con il precedente Piano e in raccordo con le azioni proposte dalle tre Alleanze, come precedentemente descritto;
- supporto all'ampliamento della Rete di conciliazione e sviluppo di azioni in sinergia con la Rete Workplace Health Promotion Lombardia (WHP) in collaborazione con la U.O. Promozione della Salute di ATS Brescia;
- approfondimento e analisi di contesto del territorio in merito alle imprese profit e no profit, con particolare attenzione alle MPMI e alle aziende di cura pubbliche e private (es. RSA), per promuovere e diffondere nelle stesse la cultura della conciliazione, affinché i lavoratori ad oggi esclusi dalle politiche di conciliazione vita-lavoro possano fruire dei benefici previsti;
- diffusione nelle imprese profit e no profit, MPMI e nelle aziende di cura pubbliche e private la conoscenza e l'utilizzo delle misure previste dalla legislazione nazionale in materia di conciliazione famiglia-lavoro (es. regime di defiscalizzazione, sviluppo della contrattazione territoriale e accordi di secondo livello, ecc.) in sinergia con le OO.SS.;

- sviluppo di un rapporto diretto con le imprese e di accompagnamento nel percorso di attuazione della azioni previste, nell'ottica della diffusione della cultura di conciliazione famiglia-lavoro e della sensibilizzazione sulle tematiche ad essa correlate, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle priorità del territorio.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
<p>Potenziamento delle tre Alleanze locali in materia di Conciliazione Vita -Lavoro, al termine delle progettualità avviate con il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018</p> <p>Ampliamento della Rete di Conciliazione di ATS Brescia</p>	<p>Azione di Sistema: Coinvolgimento dei nuovi Ambiti aderenti alle Alleanze di Conciliazione attraverso gli operatori di rete</p> <p>Coinvolgimento di realtà profit e no profit (con particolare attenzione alle RSA presenti sul territorio), anche al fine di cofinanziare i progetti in essere</p> <p>Coinvolgimento delle 3 ASST</p> <p>Stabilizzazione delle buone prassi avviate a livello territoriale</p> <p>Diffusione della cultura di Conciliazione Vita - Lavoro</p>	Incontri di programmazione , valutazione e monitoraggio	<p>Comitato di programmazione, valutazione e monitoraggio</p> <p>ATS Uffici di Piano</p> <p>Operatore/i di rete</p> <p>Imprese profit e no profit</p>	<p>Accordo di Rete</p> <p>Accordi per la realizzazione delle Alleanze</p>	<p>N. Enti aderenti alla Rete</p> <p>N. Accordi per la realizzazione e delle Alleanza</p> <p>N.incontri sul territorio con Enti/lavoratori da parte dell'Operatore di rete</p>	<p>Adesione all'Accordo di Rete</p> <p>Accordo per la realizzazione delle Alleanze</p>	Entro il triennio

CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA

La Cartella Sociale Informatizzata (CSI) è una soluzione informatica in grado di fornire funzioni sia a livello professionale-operativo agli assistenti sociali/operatori, sia a livello amministrativo-gestionale agli Enti che devono programmare e coordinare gli interventi sociali.

La CSI è uno strumento imprescindibile per i servizi sociali dell'Ente locale, in quanto permette la gestione delle informazioni sociali e sociosanitarie relative all'utenza, il collegamento ad altre banche dati e l'assolvimento di debiti informativi nazionali e regionali; consente infatti la gestione unitaria e condivisa di dati e attività sia a livello intra comunale, intra-ambito, che istituzionale.

Nel corso del 2016/2017 si è proceduto a sviluppare l'utilizzo uniforme della Cartella Sociale Informatizzata (CSI), attraverso la definizione, secondo il percorso delineato da Regione Lombardia (DGR n.X/5499-2 agosto 2016) di elementi informativi comuni, tali da consentire lo sviluppo di soluzioni omogenee su tutto il territorio di ATS.

A seguito delle indicazioni fornite da Regione Lombardia ed attraverso il lavoro di raccordo svolto da ATS, gli Ambiti hanno provveduto ad adeguare la CSI, già in uso, ed hanno avviato il processo volto a perseguire l'obiettivo comune di allineamento della CSI. Nel corso del triennio sono previste ulteriori azioni di sviluppo della CSI al fine di realizzare una interoperabilità sempre più ampia, tramite l'attivazione di processi utili all'integrazione della stessa con le banche dati di altri Enti.

ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Implementazione sistemi di interoperabilità tra le diverse soluzioni informatiche sulla base delle indicazioni di Regione Lombardia Adeguamento	Livello di utilizzo della Cartella Sociale Informatizzata (CSI) da parte degli operatori interessati Stato di avanzamento degli interventi finalizzati alla	Raccordo periodico con gli attori coinvolti	ATS Uffici di Piano Comuni SWH fornitrici dei sistemi in uso	Cartella Sociale Informatizzata (CSI) Formazione	% operatori con accesso alla CSI Report di utilizzo della CSI per le rendicontazioni (debito informativo) Documentazione di adeguamento	Verifica rispetto a trasmissione/acquisizione flussi	Triennio 2018-2020

delle estrazioni dei dati per i flussi informativi finalizzati alle rendicontazioni richieste da Regione Lombardia	realizzazione della interoperabilità				delle soluzioni SWH adottate in ottemperanza alle indicazioni regionali		
--	--------------------------------------	--	--	--	---	--	--

LE POLITICHE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI.

(IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO DELL'ATS DI BRESCIA)

Nel rileggere oggi quanto previsto nel Piano di Zona 2015/2017 relativamente alla parte riferita alle politiche sociali sovradistrettuali la prima impressione che ne deriva – come del resto avviene anche rispetto ad altri temi importanti presenti nel documento - è un certo stupore e subito dopo una certa soddisfazione nel verificare come alcune letture, interpretazioni, preoccupazioni, auspici lì indicati trovino, a distanza di tre anni da quando sono state scritte, una sorta di conferma o di condivisione anche da parte di altri livelli di programmazione. Indirettamente tale soddisfazione è accompagnata dalla conferma espressa dai fatti che effettivamente l'Ufficio di Piano – il Coordinamento degli Uffici di Piano – sono luoghi di corretta lettura e interpretazione dei fenomeni sociali del nostro territorio, ma anche strumenti di “presidio” delle politiche sociali, delle novità, dei cambiamenti, delle differenze, viste però in una logica di ricomposizione, riconnessione, condivisione.

Per comprendere correttamente quanto sopra richiamato è necessario ricordare come già a partire dal Piano di Zona 2012/2014 e poi confermato nel Piano di Zona 2015/2017, in modo condiviso e omogeneo, tutti i dodici Ambiti distrettuali dell'ex ASL di Brescia, oggi ATS, hanno previsto nella propria programmazione una sezione specifica dedicata alle politiche sovra distrettuali, politiche che hanno tratto il loro fondamento e presupposto nell'operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano (di seguito definito sinteticamente “Coordinamento”), costituito dai Responsabili/Coordinatori dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ATS di Brescia.

Come già scritto, le motivazioni che negli anni hanno portato alla nascita del Coordinamento degli Uffici di Piano sono da ascrivere alla necessità e utilità, riconosciuta da tutti i territori, di disporre di un luogo “(o meglio di uno spazio mentale)” di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, limatura delle differenze, supporto e decisione tecnica, nell'ambito del quale affrontare in modo coordinato le difficoltà e le novità che la partita dei Piani di Zona ha certamente portato nei territori, compresa la necessità e l'utilità di definire delle politiche sovradistrettuali.

Negli anni tale organismo si è fortemente radicato nella realtà bresciana e ha lavorato in modo costante rispetto ai vari temi che la Regione Lombardia o l'ASL/ATS o i soggetti del territorio hanno posto nel tempo, anticipando di fatto la costituzione della Cabina di Regia, prevista dalla Regione Lombardia a partire dal 2013, anche se di fatto quest'ultimo organismo si occupa prioritariamente di tematiche di carattere più propriamente socio sanitarie.

Certamente una delle attività più significative che il Coordinamento degli Uffici di Piano ha posto in essere negli anni è stata quella di lavorare per ridurre - dove e per quanto possibile - le disomogeneità presenti sul territorio bresciano, soprattutto rispetto ai **nuovi** temi, alle **nuove** partite, alle **nuove** questioni: ci si è quindi approcciati ai nuovi temi, alle nuove sfide partendo dalla necessità di condividere la lettura dei problemi, di elaborare delle possibili soluzioni da sviluppare poi secondo **modelli omogenei (nell'approccio e nella visione)**, ma **specifici nella declinazione operativa**.

Così agendo si è messa di fatto in atto negli anni un'azione di **“governo della rete”** e di tendenziale **omogeneizzazione** (così avviene ancora oggi ed è avvenuto per esempio rispetto al Fondo Sociale Regionale, al Fondo non Autosufficienze, al Fondo Intesa, al Piano Nidi, al Dopo di Noi, alla nuova legge sui servizi abitativi, alle varie misure del Reddito di Autonomia, ma anche e soprattutto rispetto alla rilevante questione della riforma socio sanitaria lombarda).

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, per la riconoscibilità, per la capacità di ricercare soluzioni condivise ma anche per il “RI -CONOSCIMENTO che comunque vari attori del territorio (il mondo dell'associazionismo, della cooperazione, del sindacato, ecc.) esprimono nei confronti del Coordinamento, è stato possibile mantenere attivo il lavoro integrato con ATS (che ha di fatto sostituito l'ex ASL nei rapporti con il Coordinamento), fin dai primi passaggi che hanno accompagnato l'applicazione della riforma socio sanitaria

lombarda, trovandosi di fatto ad essere quasi inevitabilmente, all'interno del processo di cambiamento istituzionale ed organizzativo in atto, uno degli **elementi di maggiore stabilità** del sistema.

L'interlocuzione con ATS si è mantenuta costante, al di là delle difficoltà di capire fino in fondo - e soprattutto nella gestione quotidiana - la nuova funzione attribuita dalla legge regionale all'Agenzia di Tutela della Salute.

Tale processo ha richiesto un po' di tempo e vari passaggi anche organizzativi, ma oggi di fatto anche il processo della nuova programmazione zonale, che conferma come obiettivo prioritario da consolidare l'integrazione socio sanitaria tra ATS, ASST e Ambiti Distrettuali (obiettivo testimoniato anche dal ruolo attribuito alla Cabina di Regia a livello regionale), è stato da subito gestito in modo coordinato, non solo tra i dodici ambiti distrettuali, ma anche con l'ATS, in particolare con il Dipartimento PIPPS.

Nello stesso tempo tuttavia va segnalato che benchè l'integrazione socio sanitaria sia una partita fondamentale della programmazione, restano da affrontare sia in termini programmatici che operativi questioni e problemi che attengono più alla sfera specificamente sociale (povertà, lavoro, casa, rapporti economici con i cittadini fruitori delle prestazioni, assistenza scolastica agli alunni disabili, applicazione D Lgs 117/2017 per quanto riguarda la partita della co-programmazione, co-progettazione e accreditamento con il terzo settore, ecc.), per fronteggiare i quali è opportuno **confermare** comunque il Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano quale **soggetto della governance del Piano di Zona**, con funzione di **organo tecnico che opera anche all'interno della Cabina di Regia** per le specifiche attività poste in capo a detto soggetto, Coordinamento al quale sono attribuite le seguenti funzioni:

- elaborazione e proposizione rispetto a varie tematiche afferenti al contesto sociale e in particolare alla programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- garantire momenti di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- svolgere in generale una funzione di supporto e di istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;
- condividere sul piano tecnico modalità di organizzazione e di gestione concreta di azioni, interventi e Progetti nell'ottica di addivenire, quando opportuno, ad una maggiore omogeneità progettuale ed operativa;
- coordinare e sostenere, come avvenuto in fase di preparazione del Piano di Zona 2015/2017, gruppi di lavoro anche con altri soggetti del territorio ritenuti comunque significativi per la funzione svolta a livello territoriale e per il possibile apporto in termini di conoscenze, informazioni, opportunità, relazioni che gli stessi rappresentano/esprimono, anche per dare "corpo" ad alcuni degli obiettivi descritti nel proseguo del Piano di Zona, la cui realizzazione deve necessariamente passare da un consolidamento dell'integrazione tra soggetti territoriali diversi e da un presidio costante e ragionato di problemi, opportunità, sperimentazioni, costruzione di buone prassi.

A partire da questa premessa necessaria che, oltre a rappresentare sinteticamente la storia organizzativa e operativa che caratterizza il territorio bresciano, consente di inquadrare più correttamente anche l'operatività dell'oggi, si ritiene necessario richiamare l'attenzione su alcune questioni di particolare rilievo/criticità riferite all'attuale programmazione che devono essere esplicitate proprio in una dimensione sovradistrettuale:

- una prima questione attiene alla governance del Piano di Zona, così come presentata da Regione Lombardia all'interno delle Linee Guida di cui alla DGR X/7631 del 28 dicembre 2017 e in particolare alla struttura dei nuovi Ambiti Distrettuali, così come delineati dalla L.R. 23/2015 e dal P.O.A.S. di ATS Brescia.

Proprio per le ragioni sopra richiamate e alla luce del percorso che ha accompagnato la storia degli ultimi anni, l'assetto attuale degli Uffici di Piano di ATS Brescia risulta coerente e addirittura per alcuni versi **anticipatorio della legge regionale**, nella misura in cui esiste da molti anni, attraverso il Coordinamento degli Uffici di Piano e

la Cabina di Regia, una forte azione di coordinamento tra tutti i territori che dà una risposta concreta e operativa al bisogno di ricomposizione e di riduzione della frammentazione che negli anni è stato più volte visto dal legislatore regionale come un grosso problema da affrontare e risolvere.

Quindi l'esperienza concreta degli uffici di piano bresciani valorizza e potenzia i rapporti di collaborazione sovrazonale che nel corso degli anni si sono andati formando, con l'obiettivo di rafforzare e omogeneizzare aspetti fondamentali dei servizi in territori simili per caratteristiche socio/economiche (territorio che riguarda tutti i dodici uffici di piano) e contigui in termini di confini territoriali/amministrativi (gli uffici di Piano di ATS Brescia e non solo quelli afferenti ad una singola ASST) al di là di uno specifico processo di ridefinizione dei confini dei singoli ambiti, che risulterebbe addirittura riduttivo rispetto alla realtà già in essere.

In coerenza con quanto sopra, una seconda questione cruciale, emersa in modo ancora più netto durante il percorso di costruzione del piano di zona, attiene al rapporto e al ruolo tra Uffici di Piano e ASST. Come sopra detto, mentre il rapporto con ATS si è mantenuto costante anche dopo l'entrata in vigore della L.R. 23/2015, molto più complesso e faticoso è stato ed è il rapporto con le ASST.

In questo processo specifico che ha visto gli uffici di piano bresciani particolarmente attivi, è emerso in modo unanime e diffuso da parte di tutti i territori una forte preoccupazione rispetto al rapporto con ASST. Se infatti sono ancora forti e importanti le relazioni di tipo operativo tra i diversi professionisti che fino a poco tempo fa collaboravano insieme, pur appartenendo all'ex ASL e ai comuni/UDP attraverso il "contenitore" del Distretto Socio Sanitario, ancora oggi dopo oltre due anni dall'entrata in vigore della riforma sono molto più incerte e confuse le collaborazioni formali.

Durante i vari incontri sia locali (dei singoli UDP), che di Coordinamento, sono emerse delle criticità forti che attengono per esempio a carenza di risorse (**soprattutto di personale**) in aree particolarmente cruciali (Neuro Psichiatria Infantile, continuità assistenziale, passaggio dall'Ospedale al territorio, Salute mentale, tutela minori, ecc.) per i cittadini.

Nonostante le preoccupazioni espresse in varie occasioni anche su questi temi, il rapporto con ASST è generalmente distante e rende di fatto impraticabile la ricerca attiva di soluzioni.

Per questa ragione si riterrebbe fondamentale che ATS – che governa di fatto le risorse socio sanitarie e sanitarie - affiancasse e sostenesse gli Uffici di Piano nella ricerca di risposte possibili da parte delle ASST bresciane per affrontare i problemi sopra detti, anche passando - con le modalità e le strategie più opportune - da un'eventuale rinegoziazione dei budget destinati alle specifiche attività (ad esempio servizio Tutela minori o NPI) e sostenendo con gli Uffici di Piano la necessità di mantenere dei livelli minimi di omogeneità delle prestazioni che consentirebbero di dare risposte certe ai cittadini a prescindere dal territorio di riferimento, un po' come avviene in ambito sociale attraverso il lavoro del Coordinamento degli Udp;

Si sottolineano infine alcune partite specificamente sociali rispetto alle quali è cruciale una visione sovrazonale, alcune delle quali vengono poi declinate nel proseguo del Piano di zona (Lavoro, casa, povertà), mentre altre sono solo accennate, ma troveranno sviluppo specifico nel triennio di validità del nuovo Piano di Zona.

Si tratta in particolare:

- dell'attuazione della L.R. 16/2016 "Disciplina Regionale dei servizi abitativi e del Regolamento regionale n. 4/2017 "Disciplina della programmazione dell'offerta abitativa pubblica e sociale e dell'accesso e della permanenza nei servizi abitativi pubblici" che già oggi sta vedendo una forte azione di coordinamento tra i 12 Ambiti Distrettuali soprattutto nel rapporto con Aler Brescia e con alcune realtà provinciali (Sindacati degli inquilini, associazioni di categoria dei proprietari, Cooperazione, ecc.);

- della partita connessa all'assistenza scolastica a favore degli studenti frequentanti la scuola secondaria di secondo grado. Molta attenzione è infatti posta rispetto ai disabili sensoriali, ma la platea degli studenti disabili non sensoriali è certamente molto più numerosa e presenta dei profili di indubbia complessità, in quanto chiama

in causa vari soggetti, compresi gli Istituti di Istruzione Superiore e i Centri professionali e un volume di risorse ben più elevato;

- infine nel triennio andrà certamente approfondita, sperimentata e sviluppata la partita della collaborazione con il terzo settore, connessa alle previsioni del D Lgs 117/2017, in particolare per quanto riguarda l'accreditamento, la co-programmazione, la co-progettazione. Proprio perché i rapporti con il terzo settore si muovono anche sulla dimensione del rapporto con il Coordinamento degli Uffici di Piano e le rappresentanze provinciali delle diverse realtà, su questi temi sarà necessario mantenere un approccio coordinato che consenta di elaborare e **mettere a disposizione di tutti quello che verrà elaborato e condiviso, in un'ottica generativa**, di sostegno reciproco, di crescita anche delle professionalità, che si arricchiscono nella misura in cui si confrontano con altri approcci e altre competenze.

A fronte di quanto sopra e in coerenza con la storia di questi anni, si ritiene che la prospettiva di lavoro qui delineata ponga in capo **all'Ufficio di Piano** (come soggetto che anche la Regione, nelle linee di indirizzo, valorizza come soggetto strategico che presidia la funzione di integrazione tra i diversi soggetti del welfare, di promotore di connessioni e opportunità) **la responsabilità di dare concretamente corpo agli obiettivi indicati** e di gestire le varie questioni aperte, in una logica collaborativa e dinamica, agendo secondo modalità che dovranno essere individuate e presidiate per mantenere fede, sul piano ovviamente tecnico, agli impegni assunti anche con i vari soggetti che in questa partita sono stati coinvolti.

Nell'ultimo decennio il tema dell'abitare si è trasformato per una fascia sempre più ampia di cittadini in una vera e propria emergenza sotto il profilo sociale. I recenti fenomeni di crisi ci mettono di fronte a scenari ben differenti da quelli che hanno ispirato le politiche abitative a partire dagli anni Ottanta: parliamo di una generalizzata diffusione del disagio abitativo in un contesto di stagnazione economica, come evidenziano indicatori quali la crescente incidenza degli sfratti per morosità e dell'ingresso in sofferenza dei mutui. Non si tratta, in breve, di provvedere ai bisogni delle famiglie più fragili, in un paese di proprietari di casa, ma a quelli di crescenti settori della popolazione locale minacciati dalla "povertà abitativa", dal momento che oggi non sono più soltanto le fasce tradizionalmente svantaggiate ad esprimere un bisogno abitativo, ma questo sta diventando un fenomeno che investe trasversalmente la società, ponendo la necessità di ricollocare i temi dell'abitare in una posizione centrale, ricercando soluzioni nuove ed integrate.

I significativi cambiamenti socio-economici e demografici che interessano la nostra società, fanno emergere nuovi bisogni che non sempre trovano risposta: il forte e incrementale invecchiamento della popolazione, il costante aumento dei flussi migratori, il pericoloso aumento della povertà generano infatti sempre più situazioni di vulnerabilità che producono ricadute nella capacità delle persone a garantirsi l'accesso e il mantenimento dell'alloggio. Le amministrazioni pubbliche e i contesti privati, a fronte di un incremento di situazioni critiche quali sfratti, e morosità crescenti, si trovano dunque di fronte alla necessità di individuare risposte diversificate.

In uno scenario di questo tipo si rende necessario costruire strategie integrate capaci di dare risposte efficaci, in particolare per quelle persone che spesso non accedono ai servizi se non quando ormai è troppo tardi per trovare soluzioni sostenibili. Oggi la vulnerabilità parla sempre più anziani soli, di donne sole con bambini, di fallimenti, improvvise malattie, di situazioni in cui sembra necessario sperimentare politiche e progetti che mettano insieme diversi settori di intervento e che interpretino le politiche abitative come parte di un sistema di welfare integrato. L'obiettivo è individuare strategie che consentano di contenere le nuove vulnerabilità e impedire che queste si trasformino in nuove situazioni di marginalità, in un'ottica di prevenzione e sostenibilità dello stesso sistema di welfare.

Con la nuova Legge Regionale 16/2016 di disciplina dei servizi abitativi, si configura un nuovo campo d'azione per il cosiddetto "welfare abitativo" all'interno del quale si chiede alle amministrazioni locali di valorizzare le risorse integrando competenze tradizionalmente afferenti a dimensioni distinte, a cominciare da quelle sociali e urbane.

La legge regionale 16/2016 introduce, dal punto di vista programmatico, importanti novità che spingono verso una logica di programmazione e gestione dei servizi abitativi a livello sovracomunale. A tal proposito, un dato significativo è rappresentato dalle nuove modalità con le quali viene trattato il problema delle assegnazioni di edilizia residenziale pubblica. Le politiche abitative sono concepite come politiche "collegate" alla programmazione sociale dei Piani di zona.

I dodici ambiti distrettuali dell'ATS già nella precedente programmazione, 2015/2017, avevano relativamente al tema dell'abitare previsto una specifica azione di intervento concertata a livello sovradistrettuale e che era stata elaborata attraverso una consultazione con alcune realtà del territorio provinciale, portatrici di interesse e di competenze sul tema specifico. Quanto determinato a livello sovradistrettuale aveva trovato spazio all'interno della programmazione dei singoli Piani; tra l'altro esito di quella programmazione è stata la sottoscrizione di protocolli con il Tribunale in ordine alla gestione delle procedure di rilascio dell'immobile a seguito di sfratto.

Preliminarmente all'avvio della nuova programmazione sociale per il triennio 2018/2020 i dodici ambiti, in continuità con i raccordi già intrapresi, hanno stabilito di porre il tema della casa tra le questioni da affrontare in modo congiunto a livello provinciale e alcuni rappresentanti degli uffici di piano hanno avviato una consultazione con i referenti dell'ALER di Brescia-Cremona-Mantova, di ConfCooperative Brescia, di Siset e Sunia, dell'Associazione provinciale della proprietà edilizia e dell'Immobiliare Sociale Bresciana Onlus.

L'incontro con i diversi stakeholder ha consentito di condividere una lettura in ordine alle domande di bisogno abitativo che pervengono dal territorio, alle questioni aperte e da affrontare nei prossimi mesi e ad alcune piste di lavoro che i Piani intendono assumere ad obiettivi per il prossimo triennio.

Relativamente alla domanda si rileva:

- ✓ un incremento del target di cittadini, i vulnerabili, che faticano a sostenere un canone di locazione di mercato;
- ✓ un incremento di cittadini (immigrati, famiglie numerose, inoccupati) che non sono in grado di far fronte ai costi delle locazioni, anche se inferiori a quelli di mercato, ma che potrebbero trovare una soluzione solo in relazione a tipologie di alloggi a basso costo (servizi abitativi pubblici);
- ✓ bisogni abitativi di cittadini e nuclei in condizione di grave fragilità e per i quali spesso è necessario ricorrere a soluzioni abitative di housing sociale gestiti dal privato sociale.

1. QUESTIONI APERTE

6. Si auspica l'aggiornamento della lista dei comuni ad alta tensione abitativa, a livello nazionale, e a crescente fabbisogno abitativo, a livello regionale, e ciò per consentire un ampliamento degli enti locali beneficiari delle risorse per la mobilità abitativa e la morosità incolpevole oltre che allargare la fruibilità del regime fiscale di cedolare secca;
7. si auspica il consolidamento di interventi che vedano coinvolti gli ambiti, in analogia a quanto previsto dalla dgr 6465/2017, e che con adeguati trasferimenti consentano di sostenere la locazione senza necessariamente dover rinegoziare il canone;
8. si intende promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato relativo alle locazioni di immobili ad uso abitativo in attuazione dell'art.2 comma 3 della L.431/98 e del d. m. 30/12/2002;
9. si ritiene importante valorizzare il patrimonio abitativo degli enti locali oggi non utilizzato per carenze manutentive;
10. si ritiene indispensabile un capillare lavoro di raccordo tra l'ALER (proprietaria di circa i 2/3 degli alloggi abitativi pubblici) e gli ambiti nel dare attuazione a quanto previsto dal r.r. 4/2017;
11. si ritiene prioritario realizzare un'adeguata analisi dei bisogni e delle risorse esistenti in grado di orientare strategie e azioni propedeutiche alla definizione dei Piani Triennali dell'Offerta Abitativa.

2. PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

1. La costituzione di un tavolo di lavoro che veda coinvolti i referenti degli enti capofila, di cui all'art. 3 comma 3 del r.r. 4/2017, e i referenti dell'ALER di Brescia-Cremona-Mantova, finalizzato a supportare e creare i necessari raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali;
2. l'individuazione di una sede unica dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone e il rispetto della normativa del contratto agevolato al fine di promuovere nei Comuni della Provincia l'estensione dell'accordo territoriale per l'attuazione del contratto agevolato;
3. la costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempistica
Promuovere tavoli e piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Creazione raccordi tecnico-operativi per la prima implementazione dei Piani annuali e triennali dell'offerta dei servizi abitativi pubblici e sociali	Risorse umane degli enti capofila e territoriali e dell'ALER	Riunioni periodiche Predisposizione di una road map condivisa per i comuni	Avvio effettivo tavolo % dei comuni coinvolti sul totale	si/no si/no	Avvio lavoro entro 31 luglio 2018
Promuovere nei Comuni della Provincia l'adozione delle misure necessarie per dare corso all'accordo territoriale per la definizione del contratto agevolato	Costituzione di un apposito tavolo con rappresentanti degli ambiti, dei sindacati degli inquilini e le associazioni dei proprietari Diffusione di conoscenza e informazione nei singoli ambiti Individuazione di una sede dove le Associazioni degli inquilini e dei proprietari possano certificare la congruità del canone	Personale degli ambiti Referenti di Sunia e Sicet Referenti di Appe	Riunioni e Incontri collegiali e nei singoli territori Bozze di provvedimenti attuativi delle misure	Diffusione negli ambiti delle informazioni propedeutiche alla misura Avvio sede	Almeno il 50% degli ambiti si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 Da realizzare dal secondo anno
Condividere buone prassi/pratiche in materia di politiche abitative	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche abitative indirette (sussidi, incentivi e politiche fiscali) e di condividere le buone pratiche degli enti locali nell'attuazione degli interventi fino ad oggi programmati per la mobilità abitativa e morosità incolpevole	Risorse umane degli ambiti	Predisposizione di documenti di approfondimento e sintesi	Avvio tavolo di lavoro	si/no	Entro il 31 dicembre 2018

POLITICHE SOCIALI DEL LAVORO

L'area della fragilità degli adulti interseca una molteplicità di aspetti e situazioni, che appaiono pervasive del tessuto sociale e che, in una situazione di grave crisi sia economica che dei valori di riferimento, presentano un trend in sensibile crescita, investendo sempre maggiori fasce della popolazione. Le condizioni di fragilità personale sono enfatizzate dalla situazione di precarietà ed instabilità che caratterizzano il contesto attuale, e sono spesso la conseguenza della perdita del lavoro.

L'ultimo triennio ha confermato un rapido ed esponenziale aumento di cittadini che si rivolgono ai servizi portando il bisogno del lavoro (preariato o mancanza): la lunga crisi iniziata nel 2008 ha avuto come conseguenza sociale drammatica una severa contrazione dell'occupazione, con forti ripercussioni individuali e familiari tali da modificare i comportamenti con cui le persone colpite cercano di fronteggiarla.

Molto si è detto e "fotografato" della disoccupazione e delle misure per contrastarla, spesso in termini generali ed indifferenziati, anche se le esperienze nei territori evidenziano che l'efficacia dei percorsi riabilitanti si situa nel ri-conoscere la peculiarità delle singole condizioni di disoccupato e del suo contesto.

Per quanto attiene alla nostra Provincia, è nella pianificazione locale che maggiormente si sono avviati interventi a favore dell'occupabilità e dell'attivazione dei disoccupati, mediante progetti specifici tesi a valorizzare le molte e diverse dotazioni di capitale umano e sociale.

A livello sovra distrettuale, nonostante una condivisa cornice di riferimento ed obiettivi uniformemente perseguibili, si sono verificate maggiori difficoltà nella programmazione e gestione di azioni di sistema; l'ampia rete di soggetti interessati, i rapidi mutamenti normativi, le differenti istanze presentate non sempre hanno permesso di procedere rapidamente e pervenire ad accordi tra le parti.

Il triennio appena concluso ha verificato una progressiva modifica anche nelle gestioni dei servizi di orientamento ed integrazione lavorativa (in particolare i SIL), con la costruzione di risposte locali differenti per enti capofila e soggetti coinvolti; tale trasformazione è ancora in divenire.

La tabella sotto riportata ne fotografa l'attuale assetto.

AMBITO DISTRETTUALE	SERVIZIO Integrazione Lavorativa	SERVIZI per svantaggio non certificato	INTERVENTI Giovani e Lavoro	MODALITA' DI GESTIONE
N. 1 Brescia e Collebeato	SIL	Cento leve e dote Comune		Accreditamento per l'erogazione di voucher inserimento lavorativo
N. 2 Brescia Ovest	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 31/12/2018
N. 3 Brescia Est	SIL	Go for Work – Servizi al Lavoro		Azienda Speciale Consortile
N. 4 Valle Trompia	SIL			Gestione Associata ACB
		Progetto "ZeroOttanta" Inserimento Lavorativo	WORK UP	Gestione CIVITAS e accreditamento con Agenzia Consorzio Valli
N. 5 Iseo	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB

			fino al 2020
N. 6 Montorfano	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 7 Chiari	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Coordinamento Comune di Chiari, collaborazione agenzie accreditate e Consorzio In Rete
N. 8 Bassa Bresciana Occidentale	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 9 Bassa Bresciana Centrale	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 10 Bassa Bresciana Orientale	SIL e percorsi svantaggio non certificato		Gestione Associata ACB fino al 2020
N. 11 Garda	NIL	Svantaggio non certificato Agenzia accreditata	Gestione tramite Azienda Speciale Consortile Garda Sociale
N. 12 Valle Sabbia	SIL	Svantaggio non certificato	Gestione tramite Azienda Speciale Valle Sabbia Solidale Agenzia Accreditata

Per quanto attiene gli interventi rivolti alle nuove categorie di "svantaggio sociale", ovvero quella fascia di popolazione che versa in condizioni di fragilità e vulnerabilità, si è registrata una maggiore difficoltà nell'attivare azioni di sistema, così come ampiamente descritto nell'area povertà ed inclusione sociale.

Tali consapevolezze invitano, per il futuro, a consolidare e potenziare gli interventi avviati nei territori e al contempo sottolineano l'opportunità di creare un raccordo tra di essi per valorizzarne le buone pratiche; suggeriscono inoltre l'individuazione di alcuni concreti obiettivi da perseguire a livello provinciale con i principali attori delle politiche attive del lavoro.

Le politiche sociali del lavoro, oggetto di questa pianificazione, si riferiscono quindi all'ampia e variegata area di interventi finalizzati al reperimento di un'occupazione e al benessere sui luoghi di lavoro; in particolare, i progetti a favore dell'inserimento lavorativo dei giovani e le iniziative a sostegno delle persone con disabilità e svantaggio (in particolare gli interventi a supporto dei progetti individualizzati introdotti in maniera massiva con la misura del Reddito di Inclusione).

3. QUESTIONI APERTE

12. Si auspica il mantenimento e il consolidamento dei diversi interventi sperimentati nell'ultimo triennio, con priorità a quanto avviato a favore dei giovani e degli adulti in condizione di fragilità sociale: in particolare emerge il bisogno di una maggiore visibilità di quanto realizzato e il raccordo tra le diverse progettualità;
13. con riferimento al tema dell'inserimento lavorativo, per fronteggiare i rapidi cambiamenti di bisogni e scenari, permane la necessità di un confronto continuativo a livello sovradistrettuale con il coinvolgimento di interlocutori del pubblico e del privato;

14. a fronte del permanere di significativi elementi ostativi al collocamento in azienda di persone con disabilità e fragilità, si auspica una coordinata azione di sensibilizzazione.

4. PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

4. La costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi in materia di politiche sociali del lavoro (incentivi, progetti, sperimentazioni) e di condividere le pratiche dei territori con particolare riguardo a quanto realizzato a favore dell'occupazione giovanile e dell'inserimento di persone in condizione di svantaggio sociale;
5. l'individuazione di uno spazio "virtuale" comune a tutti gli ambiti che permetta un puntuale accesso alle informazioni sui progetti e gli interventi in essere nei territori;
6. la costruzione di prassi condivise tra enti locali e terzo settore nella formulazione e gestione degli appalti pubblici che prevedano l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate;
7. la collaborazione tra soggetti istituzionali e territoriali ai fini di un potenziamento delle azioni di sostegno alle situazioni di fragilità, con particolare riferimento alla misura REI.

Titolo obiettivo	Interventi / azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Condividere le buone prassi/pratiche in materia di politiche sociali del lavoro, con particolare riguardo ai giovani e agli adulti in situazione di fragilità sociale	Costituzione di un tavolo di lavoro che consenta di condividere e diffondere le buone prassi	Risorse umane degli ambiti e dei diversi interlocutori interessati (terzo settore, associazioni imprenditoriali, UEPE...)	Riunioni periodiche	Almeno 3 nel triennio	si/no	2018/2020
	Creazione di uno spazio virtuale comune per dare visibilità ai progetti territoriali	Risorse strumentali dei Comuni	Sito web comune	Pagina dedicata	si/no	Avvio dal 2019
Favorire un più ampio inserimento di persone disabili e svantaggiate	Tavolo di condivisione di prassi comuni nella formulazione e gestione degli appalti pubblici per favorire l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate	Risorse umane degli enti locali e del terzo settore	Riunioni periodiche e produzione di materiale documentale	Format comune per appalti con clausole sociali	si/no	2018/2019
	Lavoro coordinato con Provincia per una maggiore sensibilizzazione delle aziende in tema di ottemperanza al collocamento mirato	Risorse umane degli enti coinvolti	Riunioni periodiche ed incontri a tema	Aumento inserimenti lavorativi	si/no	2018/2020
Realizzare percorsi integrati di accompagnamento al lavoro delle persone beneficiarie del REI	Sperimentazione di procedure e strumenti tra territori e Centri per l'impiego / agenzie accreditate per la gestione dei progetti lavorativi connessi al REI	Risorse umane di enti locali, Centri per l'impiego, agenzie accreditate Risorse economiche da Dote Unica Lavoro	Raccordo operativo, documenti condivisi e verifiche periodiche	Accordo formale di collaborazione	si/no	2018/2019

NUOVE POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE

1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015/2017

Rileggendo oggi quanto indicato nel Piano di Zona 2015/2017 con riferimento all'area di lavoro che affrontava il tema delle nuove povertà e dell'inclusione sociale è indubbio che alcune delle questioni che erano state indicate e analizzate hanno visto nel triennio qualche sviluppo significativo, se non soluzioni definite e certe.

Tra gli obiettivi ai quali si era data attenzione era stata indicata la problematica riferita al pagamento (o meglio alle difficoltà nel pagamento) delle utenze domestiche, spesa che, accanto a quella per la locazione, era ed è per molte famiglie una delle tipologie di spesa di più difficile sostegno. Si era quindi immaginato di dialogare con le aziende pubbliche di gestione dei servizi per trovare percorsi di maggiore sostenibilità per le famiglie più in difficoltà. In effetti nel triennio passato realtà come A2A o il Banco per l'energia (o altri soggetti per i territori specifici di riferimento) hanno attivato aiuti e sostegni che hanno contribuito ad alleggerire o a risolvere le problematiche di spesa di alcune famiglie, testimoniando in tal senso che la lettura fatta in sede di predisposizione del Piano di Zona corrispondeva ad un reale bisogno ed ad una criticità effettiva che investiva le famiglie e, per contro, ricadeva sulle aziende stesse.

Così come hanno trovato possibili aperture, anche se ancora da migliorare e raffinare, le questioni che attengono al possibile impiego di cittadini in qualità di volontari all'interno delle attività proprie dell'ente locale attraverso le possibili assicurazioni che l'INPS ha previsto per sostenere e favorire l'impegno di singoli cittadini nel servizio alla comunità locale.

E infine anche altri aspetti che nel precedente Piano di Zona erano stati individuati come significativi sui quali lavorare – di natura più teorica, ma utili per precisare il problema e adottare misure di intervento più specifiche – quali la corretta "codifica" delle caratteristiche dei nuovi poveri e la mappatura delle situazioni di povertà secondo un quadro di riferimento condiviso, ha trovato nei nuovi strumenti nazionali di sostegno alla povertà – il Sistema per l'Inclusione Attiva (SIA) e il Reddito di Inclusione (ReI)- delle risposte possibili.

Su quest'ultimo aspetto sia la letteratura scientifica che l'esperienza concreta di lavoro condotta dagli operatori sociali dei comuni consente oggi di dettagliare, di specificare la condizione di povertà, identificando delle fattispecie che progressivamente vanno dal soggetto vulnerabile (colui che di fronte ai suoi problemi, alle sue difficoltà sa riconoscere il problema e dargli un nome per cercare poi la soluzione più efficace per uscire da tale situazione), al soggetto cronico (che non è in grado di sostenere un processo di autonomia), passando per lo scivolamento del vulnerabile nella condizione di soggetto fragile (che ha perso TEMPORANEAMENTE l'elemento di stabilità della sua condizione – perché ha perso il lavoro, la salute, ecc.) - e successivamente alla persona in condizioni di disagio.

2. LA SITUAZIONE ATTUALE

Anche se molto timidamente, si deve oggi realisticamente riconoscere che, a partire dalla fine del 2016 i servizi hanno potuto rilevare, rispetto agli ultimi anni, qualche lieve accenno di miglioramento delle condizioni di difficoltà delle famiglie: le condizioni di lavoro e di occupabilità (condizione che per tutti o quanto meno per la maggior parte dei nuovi poveri, soprattutto quelli che tradizionalmente non si rivolgevano ai servizi sociali, può rappresentare la soluzione ai loro problemi o comunque un valido aiuto ad affrontarli), sono lievemente migliorate, nel senso che, pur in una condizione di forte precarietà (lavori a tempo, a chiamata, a tempo determinato, ecc.), qualche risposta in più rispetto al passato triennio c'è stata.

Per assurdo oggi, incontrando nei diversi contesti le imprese (conciliazione, alternanza, contrattazione locale, ecc.), le stesse sostengono che ci sono oggi alcuni posti di lavoro che non vengano coperti perché mancano alcune competenze specifiche che servono e non si trovano,

competenze che sono sì legate ad apprendimenti tecnici specifici (i saldatori, per esempio), ma anche e soprattutto per i giovani, a competenze trasversali quali ad esempio la capacità di flessibilità, l'intraprendenza, la "curiosità intellettuale", il senso del dovere, la disponibilità a muoversi, a sperimentare, ad appassionarsi, a relazionarsi.

Anche nei servizi per l'inserimento al lavoro di soggetti svantaggiati le cose vanno un po' meglio: qualche proposta viene fatta, qualche esperienza viene avviata e qualcuna si traduce in assunzione.

Sempre su questo fronte, nel triennio concluso si è invece esaurita una forma di esperienza molto sostenuta e utilizzata soprattutto da parte del privato sociale: i voucher lavoro che sono stati di fatto azzerati, chiudendo una fase nella quale tale strumento è stato spesso utilizzato anche dalle organizzazioni di volontariato per sostenere persone in condizioni di povertà, comunque disponibili ad attivarsi ed impegnarsi anche a fronte di aiuti ricevuti.

In questo quadro d'insieme a partire da settembre 2016 si è imposta all'attenzione dei servizi sociali e dei cosiddetti cittadini vulnerabili una novità certamente importante, quale l'introduzione di misure nazionali a contrasto della povertà.

Le criticità connesse a queste nuove misure (tante e immediatamente sperimentate) e le opportunità (altrettante, ma rilevabili soprattutto in una prospettiva di medio termine), sono sotto gli occhi di tutti e sono state e sono tutt'ora oggetto di numerose e significative riflessioni, soprattutto promosse da parte dei soggetti del privato sociale che lavorano a stretto contatto con le Amministrazioni Comunali (Sindacati, Acli, Caritas, Alleanza per la povertà, cooperazione, ecc.).

Quelle più immediate e probabilmente di più semplice soluzione concernono la difficoltà di gestire uno strumento di questa natura attraverso banche dati nazionali e avvalendosi dell'INPS. Una dimensione di lavoro e di gestione dell'attività così centralizzata sconta probabilmente la difficoltà di avere a che fare con quantità elevate di informazioni da acquisire, processare e gestire che inevitabilmente aprono a frequenti e diversificate criticità.

Anche la gestione dell'informazione ha presentato come sempre delle criticità: le reali condizioni di accesso al beneficio sono state sottostimate, in realtà per poter accedere servono **un insieme** di condizioni, senza il concorso delle quali la domanda viene respinta.

Tuttavia, al di là di questi aspetti operativi, per entrambe le misure il nodo reale da risolvere è rappresentato **dalla concreta possibilità di rientro**/immissione nel mercato del lavoro del soggetto **vulnerabile** (perché questa è la tipologia dei destinatari per i quali la misura è stata pensata) e dalla possibilità di stabilire un rapporto, una relazione efficace con i soggetti che hanno la titolarità di governare questa problematica.

Da subito è stato evidente che i numeri di persone e di famiglie che sono state effettivamente ammesse a godere dei benefici delle due misure sono molto contenuti rispetto alle aspettative. Per queste solo una parte limitata ha sviluppato progetti riferiti all'area del lavoro, mentre sono stati numerosi i progetti che attivano altre aree (servizi educativi e socio sanitari soprattutto).

Quale che sarà il futuro del ReI, pare indubbio che in ogni caso si disporrà nel prossimo futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà con la quale gli enti locali dovranno destreggiarsi e confrontarsi e che probabilmente integrerà e potrà anche sostituire alcune misure di sostegno finora messe in atto dalle Amministrazioni Comunali e addirittura da Regione Lombardia che dovrà predisporre a brevissimo il Piano per la povertà, previsto dal D.Lgs. 147/2017.

Ad oggi ciò che può già essere considerato un dato effettivo con cui fare i conti è l'approccio sotteso al ReI: sostegno economico correlato ad un progetto di aiuto condiviso tra le parti, a tempo, che metta in rete i vari attori pubblici e privati che operano sul territorio a sostegno delle situazioni di fragilità e che dia evidenza di tutti gli aiuti e le prestazioni rese in favore del nucleo familiare (concetto strettamente connesso all'impostazione del budget di cura o budget di capacitazione, utilizzato in ambito sanitario e socio sanitario o a quello di dote, molto usato per esempio da Regione Lombardia nelle varie misure promosse da parte delle diverse direzioni regionali) e che prova a far leva su chi dei soggetti del nucleo familiare presenta le maggiori opportunità e possibilità di evoluzione.

Per affinare tale modalità di lavoro si è lavorato negli ultimi anni, anche attraverso percorsi formativi che hanno certamente affinato le competenze degli operatori sociali, che di fronte all'introduzione del SIA e ora del ReI non si sono trovati del tutto sguarniti. In tal senso anche la messa a disposizione di risorse economiche espressamente finalizzate ad implementare il servizio sociale (risorse del PON Inclusionione Fondo Sociale Europeo 2014-2020), ha rappresentato per i territori un'inattesa novità che ha consentito di poter seguire con precisione e metodo l'implementazione della misura.

L'aspetto critico resta il raccordo tra interventi sociali e interventi per il lavoro, in particolare il raccordo con i Centri per l'Impiego (CPI), complice in questa difficoltà anche l'assenza al momento di chiare indicazioni regionali in materia, considerato che i CPI afferiscono alla competenza regionale.

Tuttavia quello del lavoro resta nei progetti avviati e in quelli che si stanno man mano avviando un nodo essenziale, per varie ragioni:

- da una parte certamente per la poca connessione tra soggetti istituzionali chiamati ad operare in questo ambito specifico;
- dall'altra pesa comunque la crisi del mondo del lavoro che certamente è ancora ben presente e che richiede, come sopra detto, competenze e caratteristiche non così ordinariamente diffuse nella popolazione che è alla ricerca del lavoro;
- dall'altra ancora bisogna avere chiara la tipologia di destinatari. Di fatto una buona percentuale di richiedenti le due misure sopradette è stato costituito (in fase di prime richieste almeno), da persone e da famiglie ben conosciute dai servizi, per molte delle quali sono già stati messi in campo dai servizi comunali innumerevoli progetti, sostegni, proposte, spesso organizzati secondo la logica indicata dal ReI (progetto personalizzato, condiviso, accompagnato, a termine, con il coinvolgimento di altri interlocutori del territorio quali associazioni, servizi specialistici, ecc.), che hanno avuto però scarsi risultati, soprattutto sul versante del reinserimento lavorativo.

Per tale ragione diviene essenziale trovare forme di collaborazione più strette con i Centri per l'Impiego, che vadano al di là della funzione di "profilazione" dell'utenza, ma che li veda presenti in modo reale e incisivo nella costruzione del progetto e con i soggetti che sono accreditati alla gestione delle politiche attive per il lavoro.

In ogni caso resta ancora da capire con precisione chi sia il reale destinatario del ReI:

- se il soggetto vulnerabile che accede spontaneamente ai servizi al quale, opportunamente informato, può essere assicurato tramite il ReI un percorso di riqualificazione professionale, piuttosto che di formazione specifica, piuttosto che un sollievo nel pagamento di alcune spese vive (affitto, utenze, mensa, ecc.), in modo tale che possa superare una fase critica della vita e proseguire in autonomia e con più opportunità per emanciparsi dalla situazione di vulnerabilità ad una condizione di autonomia e di maggiore stabilità;
- se invece si tratti di soggetti che, pur vivendo queste condizioni di bisogno, non vogliono avere nulla a che fare con il mondo dei servizi sociali, troppo dignitosi per chiedere aiuto all'ente locale e quindi che quasi si autoescludono da questa opportunità di aiuto.

Questo è certamente un nodo che porta a pensare che si abbia a che fare con una fascia di potenziali beneficiari difficilmente intercettabili, anche se le molte organizzazioni coinvolte nell'attuazione delle misure sono presenti in modo diffuso sul territorio e quindi possono svolgere questa funzione di promozione ed informazione.

Per questa ragione, una collaborazione stretta e interconnessa tra i vari soggetti della rete sociale potrebbe consentire di arrivare ad altri potenziali beneficiari, utilizzando per esempio il contatto che si stabilisce in contesti o per motivi diversi (come nel caso della richiesta presentata al CAF per l'ottenimento della cosiddetta "disoccupazione", i vari bonus, ecc.). Tuttavia per assicurare un'azione efficace in tal senso diventa fondamentale curare una precisa e puntuale attività di informazione reciproca, che deve essere continuamente alimentata.

3. QUESTIONI APERTE

1. Rapporto con il mondo dei servizi per il lavoro e individuazione percorsi di significato per rendere effettiva l'inclusione lavorativa, la riqualificazione professionale, l'addestramento al lavoro;

2. appropriatezza dei destinatari: la misura ReI è stata pensata per una determinata tipologia di destinatari – i vulnerabili – che però sono difficilmente raggiungibili e poco convinti del significato della proposta; vanno pertanto individuate modalità alternative di informazione e avvicinamento;
3. dimensione informativa e di coinvolgimento dei diversi attori del territorio nella costruzione del progetto individualizzato: deve diventare una strategia diffusa e patrimonio del territorio di riferimento;
4. continuità delle diverse misure: si tratta di una questione aperta su più fronti, anche quello per esempio della non autosufficienza. Il dubbio è sempre legato a quanto dureranno alcune misure o quantomeno a quanto dureranno con quei limiti e criteri specifici e fino a quando si riuscirà a dare continuità ad alcuni percorsi o ad acquisire in termini strutturali, anche dentro i contesti di lavoro, competenze, impostazioni, strumenti di lavoro (progetto individualizzato, patto di servizio, budget di cura, di capacitazione, ecc.);
5. in linea con quanto sopra, resta aperta e da governare la funzione di orientamento e informazione ai cittadini. Anche in relazione al fatto che almeno una parte dei potenziali destinatari delle misure di contrasto alla povertà dovrebbero essere soggetti non già in carico ai servizi – e che quindi non conoscono nel dettaglio le modalità e gli strumenti di fruizione delle prestazioni di sostegno disponibili – vanno individuati percorsi specifici di informazione mirata e approfondita loro destinati – e soprattutto un’organizzazione che vede come principali attori i Comuni e il Terzo Settore (associazioni, sindacati, sportelli locali) nell’attività di orientamento e di accompagnamento dei cittadini, ma anche di garanzia (le persone non trovano riferimenti credibili e costanti);
6. resta tuttavia aperto il problema delle cosiddette situazioni di cronicità/disagio conclamato (spesso coloro che in prima battuta aderiscono alle misure nazionali di contrasto alla povertà come il Sia e il ReI, ma che solo in misura minima ne godranno i vantaggi, al di là dell’apporto di risorse economiche per un certo periodo o le situazioni di persone seriamente compromesse sul piano delle competenze e delle relazioni, per le quali è stato provato di tutto, ma che comunque restano costantemente ai limiti);
7. infine va aperto un fronte di pensiero relativamente nuovo, ma altamente critico che è quello della **povertà educativa**. Uno degli obiettivi del lavoro che viene oggi portato avanti all’interno di alcuni progetti individualizzati/familiari del ReI è quello di lavorare all’attivazione di percorsi di sostegno educativo, soprattutto in contesti di deprivazione e di alta criticità. Al di là del ReI, va però fatto un pensiero strutturato su questo specifico ambito di lavoro, perché le implicazioni del medio periodo sono preoccupanti;
8. deve essere agita una funzione importante di ricomposizione, anche in relazione ai vari Bonus attivati a carattere regionale e nazionale che spesso, oltre all’elargizione di un beneficio economico estemporaneo, non riescono ad incentivare modifiche od evoluzioni nell’assetto familiare.

4. PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

1. Lavorare all’integrazione con i servizi per il lavoro (obiettivo trasversale anche ad altre politiche), sollecitando presenze più incisive nella definizione di azioni specifiche all’interno dei progetti individualizzati ReI;
2. lavorare per raggiungere i destinatari appropriati. In questo va valorizzato il rapporto con le antenne locali (siano associazioni, sportelli, sindacati, servizi);
3. formare gli operatori e le comunità locali per meglio ri-conoscere i soggetti vulnerabili che rischiano di scivolare in una condizione di povertà e che quindi vanno intercettati ed avvicinati per tempo e in modo che possano trarre il massimo vantaggio possibile dalle opportunità attive;
4. attivare azioni specifiche per il disagio conclamato, prevedendo la proposta di interventi che richiedano un impegno personale anche a favore della comunità locale, a fronte di alcuni servizi resi disponibili;
5. sostenere una direzione di trasversalità e integrazione programmatica, operativa e istituzionale con il coinvolgimento di attori e politiche sociali e sociosanitarie per affrontare il tema della povertà educativa.

titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempistica
Sviluppare connessioni e integrazione con i servizi per il lavoro per addivenire alla definizione di azioni specifiche all'interno dei progetti individualizzati, anche in coerenza con il Piano Povertà di Regione Lombardia	Equipe di progetto integrate e incisive, in grado di progettare tenendo conto di tutte le risorse e azioni attivabili e identificare di conseguenza progetti che sviluppino appieno proposte nell'ambito del lavoro	Personale degli ambiti, dei Centri per l'impiego, delle agenzie accreditate Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperazione, Forum	Riunioni e incontri di progettazione Definizione procedure formali (protocolli, linee guida) Condivisione di risultati	Numero incontri Strumenti formali condivisi,	Almeno 2 l'anno si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018 e da mantenere per tutta la durata del Piano di Zona
Promuovere la conoscenza delle opportunità di sostegno nei confronti dei potenziali beneficiari, valorizzando il rapporto con le cosiddette "antenne locali"	Raccordo operativo strutturato e periodico con gli operatori comunali (incontri, scambio di informazioni, aggiornamenti, luoghi di confronto e pensiero, ecc.) Comunicazione e informazione precisa in ordine alle varie opportunità e misure attive sul territorio in modo che anche le realtà locali possono proporle e diffonderle	Personale degli ambiti Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Incontri di équipe Incontri periodici di informazione e aggiornamento Scambio di dati e informazioni	Azioni/procedure di scambio delle informazioni anche mediante strumenti informatici; Incremento del numero di richieste di benefici. Raccolta dati per monitorare le fonti invianti	si/no si/no si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018
Promuovere azioni formative per gli operatori e le comunità locali per meglio riconoscere i soggetti vulnerabili	Definizione di indicatori / caratteristiche / competenze utili a rilevare il bisogno, nel rapporto con l'utenza Monitoraggio dell'esito delle	Personale degli ambiti; Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative,	Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale	Avvio azioni formative;	si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018

	diverse misure anche in collaborazione con le realtà locali per costruire una sorta di "identità" del soggetto vulnerabile	associazioni, ecc. Formatori/coaching.	Report di rilevazione e analisi dei casi.	Produzione strumenti di lavoro	si/no	
Individuare azioni specifiche per sostenere il disagio conclamato	Progettazione di proposte e sperimentazioni di Welfare di comunità Studio e sperimentazione forme di "servizio civico" che coinvolgano persone singole disponibili ad impegnarsi all'interno delle comunità locali, avvalendosi delle opportunità previste dalla normativa vigente.	Personale degli ambiti Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Incontri allargati tra le varie realtà locali; incontri di équipe a livello territoriale; definizione strumenti operativi (protocolli, ecc.)	Svolgimento incontri Predisposizione protocolli, accordi, ecc.).	si/ no si/no	Dal 1 gennaio 2019
Affrontare la problematica della povertà educativa, mediante confronto e approfondimento tra tutti gli attori sociali e socio sanitari coinvolti	Identificazione problematiche più frequenti Progettazione di risposte sperimentali e innovative al problema Consolidamento presa in carico integrata e multidisciplinare delle situazioni più complesse Affinamento capacità di lettura e identificazione dei problemi più diffusi all'interno delle famiglie e dei territori locali.	Personale degli ambiti e di ASST Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale Incontri di équipe Incontri periodici di informazione e aggiornamento Scambio di dati e informazioni	Avvio tavolo di lavoro a livello di coordinamento degli udp Costruzione strumenti di analisi dei casi e delle problematiche principali (caratteristica, condizioni, azioni di tutela, ecc.).	si/no si/no	Da gennaio 2019

2) LE PRIORITA' DISTRETTUALI:

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE AZIONI PRIORITARIE IDENTIFICATE A LIVELLO DELL'AMBITO TERRITORIALE N. 6 MONTE ORFANO

Situazione attuale:

- L'opportunità della gestione associata di alcuni servizi, ma soprattutto la concertazione e il confronto su temi, problemi, azioni che interessano - benché con livelli di intensità diversi - tutti i comuni dell'ambito per la parte sociale e socio assistenziale, è stata assunta negli anni dai sei comuni che costituiscono l'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano come un'impostazione consolidata che viene percepita e valutata come opportuna, utile e efficace da parte dei diversi enti locali;
- Tale livello di collaborazione e concertazione è **ri-conoscibile** anche dall'esterno e porta come conseguenza i soggetti esterni ad utilizzare la dimensione dell'ambito territoriale come la dimensione privilegiata di interlocuzione con i comuni per quanto riguarda specificamente le tematiche sociali e socio assistenziali;
- L'abitudine a concertare, almeno in termini di indirizzo, alcune regole di governo del sistema (costi servizi, livello di compartecipazione al costo dei servizi, criteri di accesso, caratteristiche dei servizi), ha di fatto limitato e ridotto negli anni le differenze più macroscopiche soprattutto per quanto concerne la tipologia e le caratteristiche dei servizi offerti ai cittadini. Negli anni è stata privilegiata dall'Assemblea dei Sindaci la **programmazione integrata** delle risorse (regole condivise), piuttosto che **la gestione integrata delle risorse** (trasferimento delle risorse al comune capofila che le gestisce in nome e per conto dei comuni), questo anche in relazione alle difficoltà proprie dell'ente capofila, in quanto comune, di gestire volumi significativi di risorse secondo le regole e i vincoli della finanza locale, in particolare a fronte dei vincoli che hanno caratterizzata gli ultimi anni;
- In particolare con l'ultimo Piano di Zona la gestione delle risorse in capo all'ufficio di Piano si è spostata in modo significativo (se non in termini di quantità certamente in termini di numerosità e varietà), dai fondi tradizionali (F.N.P.S. e F.S.R.) alla gestione di tipologie di fondi connesse a progettazioni specifiche (FNA, Dopo di noi) e bandi (Conciliazione, GAP, violenza contro le donne). Questo ha comportato e comporta nuove e diverse complessità, legate soprattutto alla diversificazione delle modalità di gestione dei fondi e alla conseguente necessità di agire una funzione importante e incisiva di ricomposizione;
- L'introduzione del SIA (Sistema per l'inclusione attiva) e successivamente del ReI (Reddito di Inclusione), ha rappresentato per la gestione associata un ulteriore ampliamento dei "confini di azione" che porterà inevitabilmente con sé un arricchimento delle competenze in capo all'Ufficio di Piano anche per quanto riguarda una conoscenza più diretta delle problematiche specifiche dei cittadini (si tratta di una forma di gestione della casistica);
- Anche in relazione a quanto sopra, emerge sempre più chiaramente come la condizione di forte multi-problematicità delle situazioni di bisogno che arrivano ai servizi sociali dei comuni metta in discussione un modello di servizio sociale che impegna l'operatore singolo nel dare risposte ai bisogni estremamente complessi rappresentati dai cittadini;
- La lunga crisi degli ultimi 10 anni ha segnato profondamente "la visione" delle persone e delle comunità locali, spesso chiuse su atteggiamenti di difesa dei propri "diritti" (*mi spetta, il comune deve trovare la soluzione, deve risolvere il problema*), spesso poco propense a mettersi in gioco direttamente e responsabilmente (*non mi compete, non ho tempo, deve occuparsene il comune, ecc.*);
- Accanto a competenze consolidate (gestione di servizi in forma associata, di regole condivise, ecc.), nell'ultimo anno di validità del Piano di Zona 2015/2017 si sono dovute affrontare da parte dell'ufficio di piano nuove competenze, anche riferite ad ambiti di azione altri da quelli più

tradizionali: servizi abitativi, misure regionali – Dopo di noi, Reddito di autonomia, ecc., violenza di genere, ecc.;

- La necessità di ricomporre le informazioni secondo modalità condivise e condivisibili ha confermato la necessità di investire nell'individuazione e nello sviluppo di strumenti informativi specifici (CSI/REI). Nel triennio sono stati condotti vari tentativi di consolidare questa competenza negli Operatori sociali, ma si rende necessario dare continuità a tale impegno.

Individuazione criticità più rilevanti già emerse nella precedente programmazione che si confermano ancora oggi e di nuova individuazione.

Si tratta nello specifico di criticità che attengono:

1 – Area di sistema:

- alle forti difficoltà che i singoli comuni incontrano nel far fronte a nuove richieste dei cittadini e delle istituzioni, anche per carenza di personale o per la complessità specifica di alcune procedure (in particolare appalti);
- alla difficoltà di impostare politiche di equità nei confronti dei cittadini (vedasi questione Isee), compatibili con la necessità di mantenere livelli di spesa sostenibili;
- alla necessità di specializzare alcune funzioni (funzione di progettazione, di monitoraggio dei dati, di analisi di dati e fenomeni rilevati dai singoli comuni, ecc.), anche per poter accedere a nuove forme di finanziamento, condizione che non può essere realizzata a livello di singolo comune e alla necessità di presidiare in modo costante e con competenza alcune funzioni di sistema (raccolta dati di conoscenza dei bisogni e dei problemi, accompagnamento ai diversi soggetti nella formulazione di decisioni e scelte specifiche anche rispetto all'attivazione di servizi, sperimentazioni, ecc.), che servono per orientare in modo ragionato alcune scelte di prospettiva (quali servizi/interventi consolidare, ridimensionare, rivedere, implementare);
- alla frammentazione istituzionale (in particolare con la parte socio sanitaria e sanitaria). In questo senso la modifica di assetti tradizionali (ASL E Aziende Ospedaliere verso ATS e ASST) non ha facilitato il superamento di tale frammentazione storica e non ha al momento migliorato la funzione di integrazione delle risorse (sia professionali che finanziarie);
- alle elevatissime attese che i cittadini singoli, le altre realtà istituzionali (scuola, sistema sanitario, servizi specialistici, Tribunale, ecc) esprimono nei confronti degli enti locali, chiamati a dover sostituire (in senso lato) carenze specifiche in capo alle diverse realtà (ad esempio carenza di insegnanti di sostegno con figure di assistenti ad personam, carenza di personale dei servizi specialistici con figure di educatori, ecc.);
- al ruolo inevitabile di snodo che viene di fatto riconosciuto e interpretato dai comuni, ruolo che determina il coinvolgimento dei servizi comunali (in questo caso sociali) in innumerevoli e diversificate tematiche (che si richiamano in specifico alle situazioni di disagio più tradizionale, ma anche al forte isolamento sociale degli individui, alla deresponsabilizzazione generale delle relazioni, al rivendicare risposte anche su questioni non specificamente di competenza, ecc.);
- alla necessaria funzione di integrazione tra tematiche molto diverse tra loro, ma significative per la vita delle persone (la casa, il lavoro, le relazioni, la salute, il benessere psichiatrico, la scuola, ecc.), che richiede una grande capacità di mediazione e che deve essere agita con grande competenza di tipo trasversale per risultare efficace e credibile;
- alla necessità di rinsaldare/riscoprire il coinvolgimento della comunità locale nella gestione della fragilità e dei problemi, in una logica di maggiore partecipazione e assunzione di responsabilità;
- alla crisi degli strumenti di lavoro tradizionali non più (o non sufficientemente) efficaci nella gestione delle nuove problematiche che caratterizzano oggi la vita e i bisogni di tanti cittadini. In realtà tale questione è diventata quanto mai attuale anche a seguito dell'applicazione del ReI che prevede l'uso del progetto individualizzato come modalità essenziale di lavoro. Si tratta però di uno strumento già in uso nei servizi, ma che è appunto uno "Strumento" e che per essere efficace richiede altri supporti, sia organizzativi che di sistema non così consolidati nel lavoro sociale;

2 – Aree di bisogno legate all'utenza:

- Le tradizionali aree di bisogno (anziani, disabili minori e famiglie, ecc.), sono state nel tempo ricomprese in una nuova area di bisogno che è quella **della multi problematicità**, che interroga i servizi con elevati e diversificati mix di problemi: di salute (non solo fisica ma spesso anche mentale), economici (legati alla perdita del lavoro soprattutto), condizione che può anche determinare che la presenza di un non autosufficiente all'interno di un nucleo familiare diventi una risorsa), di forte isolamento sociale (a volte cercato, benché con tratti patologici, a volte subito), di deresponsabilizzazione (se ne devono occupare le istituzioni, ma alle condizioni che stabilisco io), ecc.;
- rispetto all'area degli anziani, pur a fronte di numerose risposte diurne e residenziali disponibili nel sistema delle unità d'offerta sociali e socio sanitarie, emergono situazioni di isolamento/non accettazione/non riconoscimento del bisogno che creano condizioni di fortissima precarietà sul versante delle persone coinvolte e un livello di preoccupazione elevato riferito agli operatori e alle istituzioni rispetto a condizioni di potenziale pericolo in cui le persone si trovano a vivere;
- sempre nell'area anziani le modalità di accesso ai servizi si stanno modificando: la gestione delle liste d'attesa per l'accesso alle strutture da parte dell'ex ASL oggi ASST sta venendo meno e quindi la persona che ha bisogno di ospitalità deve rivolgersi direttamente alle strutture che però hanno possibilità di "selezionare" gli ospiti più gestibili/meno problematici, con il rischio che le situazioni più fragili restino senza risposta;
- i servizi domiciliari sono molto frammentati e non sono comunque sufficienti a supportare una famiglia che ha necessità di seguire persone non autosufficienti con un elevato livello di bisogno assistenziale. Si assiste quindi ad un importante ricorso al fenomeno del badantato (spesso poco strutturato e poco disponibile ad accettare una maggiore strutturazione) e poi alla ricerca della struttura, spesso in condizioni di urgenza;
- sul fronte della disabilità sono cresciute negli ultimi anni (dal 2015) le risposte proposte alle famiglie sotto forma di servizi ed interventi meno strutturati (reddito di autonomia, dopo di noi, voucher fondo non autosufficienza, ecc.). Tuttavia molte opportunità benché "aperte" risultano rigide (per esempio rispetto al target destinatario) o non abbastanza chiare nella possibile articolazione. In entrambi i casi si tratta di proposte molto complesse da gestire, con il rischio che le famiglie non colgano il significato che sta all'origine della proposta e vedano solo il risultato finale (ho il servizio senza oneri a mio carico, il disabile non entra nella rete dei servizi strutturati e quindi non è così grave, ecc.);
- crescono in modo significativo negli anni il numero di bambini che sono inseriti nella scuola con diagnosi per così dire poco definite (disturbo generalizzato dell'apprendimento, disturbo generalizzato di sviluppo, ecc.), che richiedono un elevatissimo carico assistenziale per essere gestiti, che si inseriscono in percorsi lunghissimi e onerosi per le istituzioni in una condizione di grande incertezza sul fronte dei rapporti tra soggetti che attestano la necessità di assistenza (ASST), quelli che la quantificano (Istituzioni scolastiche) e quelle che ne sostengono gli oneri (Comuni);
- si conferma negli anni il grosso problema dei servizi per la salute mentale (dei minori e degli adulti): le patologie specifiche sono in evoluzione, spesso diverse da quelle che i servizi si sono abituati a gestire (soprattutto in ambito adolescenti e giovani con riferimento alla NPI) e la frammentazione delle competenze tra gli enti non aiuta (vanno in struttura terapeutica, ma devono essere autorizzati da ATS);
- si conferma come la scuola faccia fatica a gestire le situazioni dei bambini più in difficoltà: la NPI segnala che vengono chieste molte consulenze e arrivano molte segnalazioni spesso improprie. Soprattutto nella scuola c'è un'elevata mobilità: gli insegnanti con i quali si fanno percorsi di condivisione cambiano, non si costruisce competenza specifica duratura che può diventare patrimonio dell'istituzione e quindi si deve sempre ricominciare da capo, anche su questioni semplici o di procedura;
- in ambito familiare sono aumentate le segnalazioni all'autorità giudiziaria, spesso provenienti dalla scuola e dalle Forze dell'Ordine. In molti casi nelle situazioni emergono condizioni di

grande povertà educativa e culturale o grande conflittualità tra i coniugi che determinano situazioni di pregiudizio per i minori;

- sono presenti in numero crescente situazioni di giovani adolescenti che si isolano, rifiutano la scuola, le relazioni, “tengono in ostaggio” i genitori e il mondo adulto in quanto presentano problemi fisici (disturbi alimentari) o relazionali (dipendenza da mondi virtuali). Si tratta di problematiche fortemente destabilizzanti dentro le famiglie o i gruppi (scolastici, di aggregazione), rispetto ai quali sono attive sul territorio solo alcune sperimentazioni, poco diffuse sui territori e in costante evoluzione;
- sono più presenti rispetto al passato situazioni di violenza, anche di coppia, con scarse richieste esplicite di aiuto, ma anche con scarse risposte possibili sul fronte del bisogno di autonomia delle donne;
- resta enorme il problema del lavoro, soprattutto per le situazioni più fragili: qualche risposta oggi c'è, ma privilegia persone competenti e attrezzate e lascia comunque sempre fuori i casi più fragili e più complessi;
- benché sulla carta le diverse misure di sostegno al bisogno, soprattutto regionali, prevedano progetti personalizzati elaborati a seguito di valutazione multidimensionale, nella pratica si tratta di un approccio che gli operatori e i servizi non sono del tutto pronti a mettere in campo (il rischio è che il progetto si modelli sulla base della disponibilità dei servizi);
- il ReI sta fortemente spingendo nella direzione di un modello di gestione dei casi che prevede una valutazione articolata, fatta a livello di équipe integrata con diverse figure professionali e competenze, e che prevede la stipula di un patto con il cittadino. Poiché deve essere un patto reale e non funzionale solo ad ottenere il beneficio economico servono strumenti effettivi di accompagnamento al lavoro e un rapporto stretto con i servizi per il lavoro (centri per l'impiego e agenzie accreditate).

PRIORITA' DI AMBITO

(che confermano e/o integrano le priorità distrettuali già identificate nei precedenti Piani di Zona):

- consolidamento gestione associata dei servizi affidati dai comuni e degli organismi dedicati (Ufficio di Piano, N.S.H., presidio locale per protezione giuridica, accreditamenti e organizzazione di servizi specifici, gestione ReI, Cartella sociale Informatizzata, misure rivolte alle persone non autosufficienti e disabili, ecc.), con ulteriore allargamento dell'attuale perimetro di azione (quali per esempio la gestione coordinata di situazioni di multi problematicità come sviluppo e potenziamento dell'esperienza di gestione dell'èquipe multidisciplinare prevista per il ReI, i servizi abitativi, ecc.);
- miglioramento gestione integrata delle informazioni e dei dati utili ad orientare la programmazione e ad allargare il perimetro di conoscenza (sviluppo e potenziamento della funzione di analisi);
- revisione degli attuali criteri di accesso e gestione dei servizi previsti in applicazione del Regolamento 159/2015, tenendo conto dell'esperienza maturata a seguito dell'approvazione delle Linee Guida di Ambito, lavorando sempre secondo regole omogenee e condivise;
- rafforzamento del livello attuale di integrazione tra sociale, sociosanitario e sanitario. Si tratta di un tema fortemente presente nel Piano di Zona per il triennio 2018/2020 (vedasi parte sovradistrettuale), ma che ha assunto una fortissima valenza soprattutto dopo la nuova organizzazione territoriale conseguente alla riforma regionale, che di fatto ha modificato gli assetti organizzativi e di relazione tra comparti. L'area più critica e meno strutturata è quella che riguarda la preadolescenza e l'adolescenza e le problematiche di natura neuro psichiatrica e psichiatrica. Vanno ripensati e ri-condivisi i sistemi che orientano i processi decisionali tra tutti i sistemi coinvolti;
- rispetto al tema della vulnerabilità sociale, focus sul quale mantenere l'attenzione nell'arco del triennio, va certamente migliorato il livello di conoscenza dei bisogni specifici di quest'area di cittadini e migliorata la capacità di intercettare e informare i potenziali destinatari di misure di sostegno rispetto alle varie proposte attivabili;
- valorizzazione del terzo settore nell'elaborazione progettuale di sperimentazioni che abbiano come obiettivo la costruzione di proposte, anche poco strutturate, rivolte alle famiglie. Tale obiettivo risulta particolarmente evidente nelle due aree disabili e minori, per le quali anche le misure regionali - quali reddito di autonomia e dopo di noi - stanno allargando la disponibilità di risposte attivabili;

(innovative e/o migliorative delle priorità distrettuali già presenti nelle passate programmazioni):

- In linea con l'obiettivo già in atto di consolidare e potenziare la gestione associata dei servizi e la regia dei problemi a livello associato, sia come Ufficio di Piano che come Assemblea Distrettuale dei Sindaci e in applicazione delle indicazioni regionali in materia, si svilupperà nell'arco del triennio la gestione associata dei **servizi abitativi pubblici e sociali**. Questa nuova area di lavoro, già partita dal 2017 attraverso la gestione in forma associata delle risorse inerenti la morosità incolpevole, riguarderà da una parte le assegnazioni degli alloggi pubblici e sociali, ma anche le misure a sostegno dell'abitare (morosità incolpevole, fondo di solidarietà, ecc.) e infine i rapporti con i soggetti privati potenzialmente coinvolti nella messa a disposizione del proprio patrimonio abitativo da gestire secondo le regole previste dalla L.R. 16/2016;
- Analogamente a quanto sopra, si svilupperà in modo articolato e mirato la progettazione che riguarda le azioni destinate a sostenere le **donne vittime di violenza**. Nello specifico si lavorerà

alla costruzione di procedure condivise con i comuni aderenti alla Rete locale anti violenza e con gli altri servizi pubblici coinvolti (Pronto Soccorso, Consultori familiari, servizi specialistici, ecc.), con l'obiettivo di consolidare il progetto, ma soprattutto l'organizzazione delle risposte possibili e si lavorerà allo sviluppo di nuove opportunità di finanziamento, anche finalizzate a sostenere percorsi di autonomia rispetto all'abitare e al lavoro;

- In continuità con alcune iniziative già sviluppate nel triennio passato e in attuazione di uno specifico indirizzo espresso dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci, si lavorerà nel triennio allo sviluppo di **azioni locali a sostegno delle politiche per la promozione di opportunità di lavoro**, soprattutto per soggetti fragili e vulnerabili, e in generale per potenziare il dialogo con le imprese e aziende del territorio, già coinvolte nelle diverse misure (Conciliazione, alternanza scuola/lavoro, ecc.). Nella fase di costruzione del Piano di Zona si è dedicata un'attenzione specifica a questa area di lavoro, attraverso incontri specifici con gli stakeholders territoriali che hanno fatto emergere alcune questioni significative, di seguito sintetizzate, che descrivono in modo preciso la situazione di oggi attraverso una lettura integrata da parte dei diversi attori e fanno emergere questioni fondamentali per valutare la direzione da seguire per mettere in campo azioni di prospettiva:
 - il lavoro nei suoi vari e compositi aspetti (disponibilità, caratteristiche, tempi, relazioni, remunerazione, ecc.), è centrale per il progetto di vista delle persone e delle famiglie: le misure nazionali a contrasto della povertà (SIA e ReI), hanno fatto chiaramente emergere come l'ambito del lavoro (ricerca di opportunità, strumenti attivabili, collaborazioni con agenzie dedicate, ecc.), rappresenti un aspetto di elevata criticità quale strumento per emergere e affrontare una condizione di vulnerabilità;
 - da più parti (enti accreditati, cooperazione sociale, imprese), sembra emergere una sorta di "sconnessione" e in generale di *disallineamento* tra i bisogni assunzionali delle aziende (che restano in diversi casi non soddisfatti) e le richieste delle persone disoccupate o inoccupate (le aziende rimandano che alcuni giovani non sono preparati a svolgere un'esperienza di lavoro – non hanno la mentalità del lavoro – e quindi le imprese sollecitano investimenti in formazione trasversale e "educazione alla responsabilità e al senso del dovere". E' come se mancassero in alcuni giovani i prerequisiti per l'accesso al lavoro. Questa situazione determina in questo preciso momento che si creano condizioni per cui le caratteristiche dei lavoratori (l'offerta) è inadeguata rispetto ai bisogni delle aziende (la domanda) e quindi si crea una sorta di "gap" tra richiesta dell'azienda e caratteristiche del potenziale lavoratore che è alla ricerca di occupazione. E' come se in modo diffuso ci fosse difficoltà a trovare lavoro perché c'è scarsa competenza, soprattutto in alcune fasce di potenziali lavoratori. La crisi economica ha fatto una selezione spietata, privilegiando chi è competente. Chi non lo è resta fuori, anche perché le imprese non ammettono la non competenza nello stare nel contesto lavorativo;
 - da alcune esperienze di incontro locale con i giovani (vedasi esperienza sportello lavoro), sembra emergere un certo numero di soggetti giovani con caratteristiche di scarsa flessibilità (no i turni, no allontanarsi troppo da casa, no lavorare la notte o il fine settimana, non inclini ad assumersi responsabilità), ma che privilegiano invece la ricerca di sistemazioni tradizionali, del "posto fisso", dello stipendio e non anche del lavoro come spazio di realizzazione e di acquisizione di un ruolo sociale;
 - da parte di più soggetti viene sollecitato un tema di grande impatto che attiene al ruolo della scuola (modalità di raccordo con il mondo delle imprese e offerta formativa adeguata alle esigenze e ai bisogni delle imprese) e alle potenzialità insite nei percorsi di alternanza che devono essere sviluppati secondo un'ottica di maggiore organizzazione e condivisione. Emerge come generalmente la scuola ricerchi percorsi di alternanza che si realizzino nei contesti degli "UFFICI", mentre ci sono contesti fortemente formativi e motivanti che, per esempio nella cooperazione sociale (verde, manutenzione, trasporto, raccolta differenziata, ecc.), consentirebbero di misurare e valorizzare altre caratteristiche, quali la capacità di assunzione di responsabilità e la necessità di autonomia sul lavoro;

- anche l'offerta formativa DI RIQUALIFICAZIONE resta sconnessa dalle reali esigenze delle aziende; molte proposte disponibili, anche onerose, di fatto non corrispondono a bisogni reali delle imprese e in ogni caso resta aperto il tema delle **competenze trasversali**, che non si acquisiscono con un corso di formazione e che comunque ad una certa età non sono più proponibili. Nel contempo tuttavia serve incrementare e migliorare le competenze di chi "insegna" competenze trasversali;
 - allo stesso tempo è necessario prendere atto che c'è una fascia di persone con scarsissime competenze e capacità che, attraverso alcune esperienze di "laboratorio", potrebbero vedere valorizzate le proprie limitate competenze lavorative residue, concorrendo quindi a migliorare la qualità del lavoro. Per lavorare in questa direzione è necessario costruire il dialogo con le aziende, partendo da una competenza industriale (quindi leggere i processi aziendali, scomporli e ricomporli per individuare poi spazi di lavoro da occupare valorizzando questa tipologia di cittadini. Si tratta di un percorso che mira anche a rilanciare il dialogo con le aziende;
 - appare evidente che alla luce di quanto sopra il ruolo del servizio sociale si deve modificare rispetto ad un approccio tradizionale: da ottica di assistenza a ottica promozionale e di riconnessione;
- Le diverse misure regionali promosse negli ultimi anni (reddito di autonomia, dopo di noi, gestione misure fondo non autosufficienza), hanno messo al centro delle modalità di lavoro la definizione di progetti individualizzati, costruiti in modo integrato tra le diverse competenze coinvolte nel progetto di vita delle persone. Serve **sviluppare meglio la competenza progettuale nella costruzione di progetti individualizzati**, integrando la conoscenza specifica del servizio sociale di base (conoscenza del contesto e del territorio), la competenza progettuale di un'èquipe dedicata e l'apporto dei vari stakeholders (servizi specialistici, reti informali, servizi per il lavoro, ecc.);
 - Anche per queste ragioni accanto e a supporto del servizio sociale di base deve essere garantito e assicurato un **servizio sociale di ambito più specializzato**, che conosca a fondo la progettazione sociale, l'utilizzo di strumenti a supporto della redazione del progetto individualizzato, che utilizzi adeguatamente strumenti informatici, che abbia una visione più generale rispetto all'andamento di alcuni fenomeni o problematiche. In quest'ottica si lavorerà nel triennio alla creazione di **un'èquipe di ambito che segua soprattutto l'utenza in condizioni di forte fragilità e multi problematicità**. Nel contempo si consoliderà una strutturazione del servizio sociale di base fortemente orientato a garantire la funzione di accoglienza, ascolto e orientamento specifico verso prese in carico complesse e articolate, anche realizzate dai servizi specialistici;
 - Va data maggiore visibilità e valore al **lavoro ordinario del servizio sociale**, fatto anche di ascolto, conoscenza e vicinanza (incontri al domicilio, incontri con le reti familiari, ecc.), oltre a lavorare comunque alle sperimentazioni (centrate però sui progetti individuali delle persone) e le emergenze, dettate da tempi definiti esternamente;
 - In quest'ottica sarà un obiettivo su cui lavorare quello di **mantenere lo strumento dell'accreditamento** per alcuni servizi ormai consolidati (SAD, SADH, assistenza scolastica), con l'obiettivo di **favorire la libera scelta dei cittadini**, un po' come avviene per l'accesso alle unità di offerta socio sanitarie e sociali. Tale attività negli anni è sempre stata sviluppata come attività sperimentale difficilmente "modellizzata", complicata indubbiamente anche da un approccio, spesso diffuso dentro le organizzazioni, di applicazione rigida e poco ragionata della normativa in materia di contratti pubblici. Anche a seguito dell'entrata in vigore del nuovo

Codice del terzo Settore, che apre indubbiamente agli strumenti della co-progettazione, co-programmazione e dell'accreditamento, nel triennio va certamente migliorata questa area di lavoro, con la finalità da una parte di disporre di un sistema di offerta ben articolato e rispondente veramente ai bisogni delle persone, dall'altra frutto di un'analisi condivisa che consente di rivedere i servizi non in funzione delle organizzazioni, ma dei bisogni delle persone;

- Va valutata invece la possibilità di **ipotizzare alcune gare d'appalto in forma centralizzata**, a disposizione di tutti i comuni. La priorità è sicuramente centrata sul tradizionale servizio di Assistenza Domiciliare per i Minori e le famiglie, servizio per così dire "obsoleto" e poco in linea con le necessità evolutive del momento, a volte usato da vari servizi (come per esempio NPI e T.M.) come "soluzione per tutte le stagioni"; questa scelta pare coerente con la priorità definita in altri contesti (per esempio da parte delle comunità per minori), di sostenere e supportare la povertà educativa delle famiglie. Poiché però le caratteristiche dei minori e delle famiglie sono molto diverse (partendo dal minore trascurato, per arrivare all'adolescente con problematiche di vicinanza al mondo della dipendenza o della patologia psichiatrica, ecc.), sarà necessario ipotizzare un servizio diversificato, modulare, che presenti la possibilità di attivare competenze diverse. Questa necessità andrà negoziata e condivisa con il terzo settore, che invece in molti casi è ancora legato ad una visione obsoleta del servizio domiciliare;
- L'esperienza del REI deve essere valorizzata e messa a sistema, assumendo come impostazione trasversale l'utilizzo del progetto condiviso e concertato tra più attori e con un monitoraggio attento e definito da parte di un'equipe dedicata. In generale quest'impostazione va trasferita a tutti i livelli, puntando ad una valutazione obiettiva delle singole situazioni, non in un'ottica di giudizio o connotazione, ma di rimodulazione del tipo di progetto, che a volte può essere anche solo di presa d'atto di una condizione di non possibile sviluppo;
- L'ufficio di piano, pur ponendo attenzione alla gestione diretta di attività (Misure, risorse, progetti, bandi, ecc.), deve mantenere **la funzione di luogo di raccordo con il territorio, dentro il quale ri - focalizzare alcune tematiche che vengono percepite come emergenti**, spesso non gestite direttamente, ma in capo ad altri luoghi o livelli di gestione, lavorando ad un modello di costruzione partecipata della lettura dei bisogni e di presidio anche nell'intercettare problematiche emergenti;
- Infine va mantenuta la bussola rivolta nella direzione di **sviluppare il lavoro sociale di comunità**: resta prioritario lavorare all'individuazione di modalità di coinvolgimento delle comunità locali allo scopo di accrescere la partecipazione responsabile dei cittadini alla gestione delle varie problematiche, anche come prospettiva di riduzione della delega crescente nei confronti dell'ente locale e come possibilità di rendere maggiormente sostenibile e adeguato il complesso delle risposte necessarie e favorire condizioni di benessere sociale.

ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA GOVERNANCE DEL PIANO DI ZONA:

1. Il territorio di riferimento del Piano di Zona comprende i Comuni di Adro, Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, che costituiscono l'Ambito Distrettuale n. 6 Monte Orfano, coincidente con il territorio dell'ex Distretto sociosanitario n. 6 Monte Orfano.

Alla data del 01 gennaio 2017 la popolazione dell'Ambito Distrettuale, suddivisa tra i sei Comuni, risultava così costituita:

popolazione al 01.01.2017	
Comuni	n. abitanti
Adro	7.113
Capriolo	9.401
Cologne	7.638
Erbusco	8.637
Palazzolo sull'Oglio	20.098
Pontoglio	6.926
totale popolazione residente nell'Ambito Distrettuale	59.813

2. IL LIVELLO POLITICO DEL PIANO DI ZONA:

2.1. Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale

Nello specifico l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale delibera in ordine a:

1. approvazione del Piano di Zona e dei suoi eventuali aggiornamenti;
2. verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi del Piano;
3. aggiornamento delle priorità annuali, in coerenza con la programmazione triennale e con le risorse finanziarie assegnate;
4. approvazione annuale dei piani economici-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo dell'Ambito Distrettuale;
5. approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ATS ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi richiesti in relazione alle varie scadenze e adempimenti.

Per le altre decisioni che sono legate all'operatività concreta di attuazione dei contenuti del Piano di Zona, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale può riunirsi nella forma del **Tavolo Zonale di Programmazione**, organismo sempre costituito dai Sindaci (o dagli assessori comunali da questi ultimi delegati in via provvisoria o definitiva) dei sei Comuni dell'Ambito, con funzione operativa, in attuazione di scelte definite dall'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale.

L'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale e il Tavolo Zonale di Programmazione sono presieduti dal Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale.

Attraverso l'Accordo di Programma si preciseranno nel dettaglio le funzioni e le modalità di funzionamento di detti organismi (Assemblea dei Sindaci dell'Ambito Distrettuale e Tavolo Zonale di programmazione).

1.2. Conferenza dei Sindaci: composta da tutti i Sindaci o loro delegati dei comuni compresi nel territorio dell'ATS di Brescia;

1.3. Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci: composto da cinque componenti, appartenenti ad ambiti distrettuali diversi, tra cui il Presidente della Conferenza dei Sindaci e quattro membri eletti dalla Conferenza dei Sindaci;

1.4. Assemblea dei Sindaci di Distretto (coincidente con il territorio dell'ASST Franciacorta3).

3. IL LIVELLO TECNICO.

3.1. l'organo tecnico ed esecutivo del Piano di Zona è l'Ufficio di Piano, quale organo di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona, che risponde all'Assemblea dei Sindaci, all'ATS e alla Regione della correttezza, attendibilità, puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

Tale organo è costituito di norma da un **tecnico** designato da ogni Amministrazione Comunale, e da un **Responsabile**, ruolo che negli anni è stato svolto dal tecnico del Comune capofila cui è affidata la responsabilità amministrativa di attuazione del Piano.

All'Ufficio di Piano parteciperà inoltre, senza diritto di voto, l'Assistente Sociale/Operatore Sociale individuato dal Comune capofila per la realizzazione delle varie incombenze afferenti alle decisioni assunte dall'Ufficio di Piano (predisposizione ipotesi di regolamenti, di progetti, partecipazione ai vari incontri per conto dell'Ambito con le diverse realtà pubbliche e private, ecc.).

3.2. la Cabina di Regia (a supporto del processo di integrazione sociosanitaria e sociale);

3.3. il Comune capofila:

Il Comune capofila dell'Accordo di Programma per la gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui all'art. 19 della legge 328/2000 è stato individuato da parte dei sei Comuni dell'Ambito, per il periodo di vigenza del prossimo Piano di Zona, e in continuità con quanto avvenuto nei precedenti trienni nel Comune di Palazzolo sull'Oglio anche con riferimento ai servizi abitativi, in applicazione della L.R. 16/2016.

A norma di quanto prevede l'Accordo di Programma, il Comune capofila ha la responsabilità amministrativa relativamente all'adozione degli atti necessari a garantire la realizzazione del Piano di Zona, sia sul piano formale che operativo.

Per tale ragione il Comune capofila deve strutturarsi secondo una propria specifica organizzazione, finalizzata a garantire, nel rispetto dei tempi e delle procedure di legge, la realizzazione dei vari interventi progettati dall'Ufficio di Piano e deliberati dall'Assemblea dei Sindaci/Tavolo Zonale di Programmazione.

Tale organizzazione deve vedere l'individuazione di risorse di personale amministrativo e sociale (direttamente assunto o incaricato), nonché di supporti legali e specialistici, necessari a garantire il corretto funzionamento del sistema, i cui oneri dovranno trovare copertura parte attraverso le risorse del FNPS, parte attraverso l'apporto di risorse specifiche dei singoli Comuni.

3.4. Il Terzo Settore: I soggetti del Terzo Settore, che hanno partecipato all'elaborazione del Piano di Zona, aderiranno, su loro richiesta, all'Accordo di Programma.

3.5. A livello tecnico provinciale è previsto il **Coordinamento Provinciale dei Responsabili degli Uffici di Piano** (costituito dai responsabili/Coordinatori degli Uffici di Piano) che su questioni altre rispetto a quelle afferenti ad aspetti di integrazione socio sanitaria garantisce il necessario raccordo operativo ed organizzativo, al fine di assicurare confronto e coordinamento rispetto alle diverse attività in campo.

4) LE GESTIONI ASSOCIATE.

4.1. Le linee guida regionali, in continuità con quanto del resto previste nelle precedenti stagioni programmatiche, ribadiscono che il Piano di Zona deve diventare lo strumento attraverso il quale assicurare un'ideale integrazione gestionale tra i comuni, attraverso azioni mirate a garantire la gestione unitaria delle funzioni sociali almeno a livello distrettuale, facendo riferimento alle diverse modalità gestionali che la normativa vigente individua. Tale impostazione deve portare ad identificare la specificità del territorio dell'ambito, garantendo, almeno tendenzialmente, unitarietà di risposta.

Infatti attraverso la gestione unitaria, a livello distrettuale delle funzioni sociali, è possibile limitare e contenere la frammentazione dei servizi e degli interventi sul territorio e nel contempo offrire le medesime opportunità di risposta ai cittadini.

In particolare la Regione individua nella gestione associata la forma idonea ad assicurare il Servizio Associato Tutela Minori e il servizio di Segretariato Sociale.

In linea con quanto sopra, si riconfermano per la vigenza del Piano di Zona 2018/2020 le seguenti gestioni associate, che verranno organizzate mediante lo strumento dell'Accordo di Programma o della Convenzione intercomunale, secondo scelte specifiche che verranno assunte dall'Assemblea Distrettuale dei Sindaci:

1. Ufficio di Piano per tutta la durata del presente Piano di Zona (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Distrettuale);
2. Servizio Tutela minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria per tutta la durata del presente Piano di Zona (Comuni di Capriolo, Cologne, Erbusco, Palazzolo sull'Oglio e Pontoglio, Adro escluso);
3. Equipe disabili e equipe situazioni di multi problematicità per tutta la durata del presente Piano di Zona (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Distrettuale) ;
4. Accredito strutture, servizi (SAD, Assistenza scolastica, assistenza domiciliare disabili, ecc.) e interventi per tutta la durata del presente Piano di Zona (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Distrettuale);
5. Servizio inserimento lavorativo e politiche attive del lavoro (per tutti i sei Comuni dell'Ambito Distrettuale);
6. Servizi abitativi.

oltre ad altre, riferite a specifici servizi e/o attività e/o Progetti, che verranno definiti nel periodo di vigenza del Piano di Zona 2018 – 2020.

In ogni caso la regolazione dei singoli servizi/interventi/Progetti sarà oggetto di apposito Accordo/protocollo/regolamento, che dovrà essere approvato dall'Assemblea dei Sindaci.

LE RISORSE FINANZIARIE

I principali canali di finanziamento del Piano di Zona sono i seguenti:

5. FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI (F.N.P.S.);
6. FONDO SOCIALE REGIONALE (F.S.R.);
7. FONDO NON AUTOSUFFICIENZA (F.N.A.).

Regione Lombardia, in relazione a specifici progetti o obiettivi, assegna risorse specifiche quali ad esempio Fondi per progetti di conciliazione famiglia/lavoro, fondi per il cosiddetto “Dopo di noi”, fondi per il contrasto al gioco d’azzardo patologico, fondi per progetti di contrasto alla violenza contro le donne, ecc.).

Dal 2017 è stato inoltre assegnato all’ente capofila del Piano di Zona il “Fondo per la povertà” di cui al D. Lgs 147/2017 e i fondi specifici connessi al potenziamento dell’attività di segretariato sociale a sostegno delle misure nazionali di contrasto alla povertà SIA e ReI.

Di seguito si riporta una tabella sintetica che evidenzia i trasferimenti avvenuti da parte di Regione Lombardia nel corso del triennio 2015/2017.

TABELLA 1

RISORSE PIANO DI ZONA							
TRASFERIMENTI REGIONALI DAL 2012 AL 2017							
	annualità di competenza						
tipologia finanziamento	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Fondo Nazionale Politiche Sociali	€ 119.887,00		€ 252.363,00	€ 221.353,00	€ 221.699,00	€ 220.796,25	
Fondo Sociale Regionale	€ 226.173,00	€ 395.802,00	€ 399.456,00	€ 329.356,00	€ 304.719,00	€ 304.465,00	
Fondo non Autosufficienza			€ 142.599,00	€ 153.565,00	€ 160.198,00	€ 133.356,00	
Fondo Intesa famiglie		€ 102.920,38					
Dopo di Noi						€ 91.543,00	
Premialità			€ 28.320,74				
Progetto Conciliazione						€ 100.000,00	
Progetto G.A.P.						€ 30.000,00	
TOTALE	€ 346.060,00	€ 498.722,38	€ 822.738,74	€ 704.274,00	€ 686.616,00	€ 880.160,25	

TABELLA 2

RISORSE FINANZIARIE DEI COMUNI - CONSUNTIVO ANNO 2016								
COMUNI	AREA ANZIANI	AREA DISABILI	AREA MINORI E FAMIGLIA	AREA IMMIGRAZIONE	AREA EMARGINAZIONE	AREA DIPENDENZA	AREA SALUTE MENTALE	TOTALE
ADRO	€ 197.493,00	€ 306.917,22	€ 35.883,64	€ 0,00	€ 9.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 549.293,86
CAPRIOLO	€ 165.336,96	€ 188.643,65	€ 151.141,07	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 505.121,68
COLOGNE	€ 92.015,76	€ 169.267,87	€ 118.038,10	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 379.321,73
ERBUSCO	€ 94.383,01	€ 295.751,70	€ 78.007,90	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 468.142,61
PALAZZOLO	€ 514.580,79	€ 868.334,34	€ 699.375,58	€ 28.170,24	€ 2.717,62	€ 0,00	€ 0,00	€ 2.113.178,57
PONTOGLIO	€ 45.757,00	€ 148.282,60	€ 81.361,39	€ 3.225,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 278.625,99
TOTALE GENERALE	€ 1.109.566,52	€ 1.977.197,38	€ 1.163.807,68	€ 31.395,24	€ 11.717,62	€ 0,00	€ 0,00	€ 4.293.684,44

TABELLA 3

QUOTE DI PARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI A CARICO DEGLI UTENTI - CONSUNTIVO ANNO 2016								
COMUNI	AREA ANZIANI	AREA DISABILI	AREA MINORI E FAMIGLIA	AREA IMMIGRAZIONE	AREA EMARGINAZIONE	AREA DIPENDENZA	AREA SALUTE MENTALE	TOTALE
ADRO	108.546,00	31.566,00						140.112,00
CAPRIOLO	75.312,00	57.455,00	300,00					133.067,00
COLOGNE	31.016,00	18.433,00						49.449,00
ERBUSCO	57.699,12	44.015,52	2.115,00					103.829,64
PALAZZOLO	108.868,01	80.065,14	120.337,81					309.270,96
PONTOGLIO	11.606,00	14.106,96	264,00					25.976,96
TOTALE GENERALE	393.047,13	245.641,62	123.016,81	0,00	0,00	0,00	0,00	761.705,56

INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI STRATEGICI.

In coerenza con quanto indicato nella D.G.R. X/7631 del 28 dicembre 2017, con la quale sono state approvate le Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello zonale, l'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito, su proposta dell'Ufficio di Piano, ha identificato i seguenti obiettivi strategici di lungo periodo da inserire nella programmazione del triennio 2018/2020, che saranno sviluppati successivamente nel proseguo della realizzazione del Piano, anche sulla base delle indicazioni specifiche fornite da Regione Lombardia:

1- relativamente al primo obiettivo identificato da Regione Lombardia (*omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali*), si rende opportuno procedere ad una complessiva revisione e aggiornamento delle attuali "Linee guida per l'accesso alle prestazioni sociali e sociosanitarie agevolate, in applicazione del d.p.c.m. 5 dicembre 2013, n. 159 - Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e campi di applicazione dell'indicatore della situazione economica equivalente - e dei relativi provvedimenti attuativi", approvate dall'Assemblea dei Sindaci in data 16 novembre 2015.

In fase di prima applicazione del Regolamento 159/2013 infatti tutti i Comuni hanno adottato nuovi strumenti regolamentari che hanno sostituito i vecchi criteri, riferiti alla prima applicazione dell'Isee, connessi al D. Lgs 109/98. Nel frattempo la questione Isee si è arricchita e nel contempo si sono ulteriormente precisati nuovi elementi di interpretazione (e entro qualche mese altri cambiamenti si realizzeranno in relazione a quanto previsto dal D. Lgs 147/2017), che oggi rendono tutti (servizi e cittadini) più consapevoli in merito alle modalità e alle conseguenze connesse all'applicazione della normativa specifica. Nel corso del primo semestre 2018 si è già ipotizzato di rivedere alcuni contenuti delle predette Linee Guida (in particolare per quanto riguarda i limiti di reddito presi a riferimento per determinare il livello di compartecipazione al costo dei servizi da parte dei cittadini), propedeutiche all'adozione da parte dei singoli comuni dell'ambito di propri specifici Regolamenti, ma considerata la necessità di una revisione più complessiva delle Linee Guida si lavorerà in tal senso, anche ampliando la gamma dei servizi per i quali le regole di compartecipazione dovranno essere coordinate.

2-Omogeneità dei criteri e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità d'offerta presenti sul territorio. Da tempo (anno 2011) i comuni dell'ambito stanno utilizzando lo strumento dell'accreditamento non tanto con riferimento alle unità d'offerta sociali (servizi per la prima infanzia, per la disabilità, per i minori, ecc.), ma prioritariamente per quanto riguarda le prestazioni, in particolare SAD, SADH e assistenza all'autonomia e alla comunicazione personale per gli studenti disabili (assistenza scolastica). Tale modalità di gestione dei predetti servizi si è dimostrata efficace soprattutto dal punto di vista dell'utenza che ha la possibilità di scegliere tra i vari fornitori quello che meglio risponde alle proprie necessità/aspettative. Inoltre è stato possibile "impegnare" i diversi fornitori all'utilizzo di strumenti omogenei, anche valorizzando le proposte di soggetti accreditati più attrezzati che hanno messo a disposizione della "cosiddetta concorrenza" le proprie conoscenze.

La procedura di accreditamento risulta però poco "certa" sul piano formale, trattandosi di una procedura di carattere sperimentale, come indicato da Regione Lombardia con Circolare regionale n. 6 del 2 febbraio 2004. Obiettivo di lavoro nel triennio è quello di definire in modo più strutturato tale istituto, facendo diventare l'accreditamento una modalità precisa e articolata di gestione dei rapporti con il terzo settore, anche alla luce di quanto previsto dal D. Lgs 117/2017.

Tale modalità di rapporto, gestito a livello di Ufficio di Piano, garantisce inoltre possibilità di omogeneizzazione dei servizi offerti ai cittadini oltre ad economie di scala, così come avviene attraverso la gestione di gare d'appalto condivise.

3- Progettualità tese all'innovazione sociale (nuovi servizi, modalità innovative di risposta al bisogno, percorsi innovativi di presa in carico, ecc.).

All'interno della priorità legata alla promozione di opportunità per l'accompagnamento al lavoro, identificata dall'Assemblea dei Sindaci quale obiettivo che dovrà caratterizzare la programmazione del triennio 2018/2020 e sulla scorta del lavoro di costruzione del Piano di Zona che ha visto momenti di confronto strutturati con i soggetti del terzo settore del territorio proprio su questo tema specifico, si prevede di sviluppare nell'arco del triennio progetti sperimentali destinati a target particolari di beneficiari. In tale senso si ipotizza fin d'ora la sperimentazione di "laboratori" quali luoghi dove raggiungere "obiettivi di produttività", valorizzando soggetti fragili e sperimentando una modalità di presa in carico, riferita al tema del lavoro e del ruolo di lavoratore espresso da alcune tipologie di persone (cosiddetti cronici) innovativa.

Tale proposta si accompagnerà e completerà le proposte più tradizionali (Servizio per l'inserimento lavorativo) e dovranno invece essere sviluppare altre opportunità, soprattutto nel rapporto con il mondo scolastico.

PRIORITA' D'AMBITO – Tabella Riassuntiva

Titolo Obiettivo	Tipologia di obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
	<i>Generale, specifico, strategico</i>		<i>finanziarie e/o professionali</i>	<i>Es.: protocolli, procedure, banche dati, cartella sociosan e sociale, ...</i>	<i>Qualitativo o quantitativo con descrizione (ogni obiettivo può avere più indicatori)</i>	<i>Es.: Scale di valutazione, dati, cartella sociosan e sociale, ...</i>	<i>Data di realizzazione o periodo</i>
Consolidamento gestione associata dei servizi dei Comuni ed organismi dedicati (Ufficio di Piano, N.S.H. Presidio locale per la Protezione Giuridica, accreditamenti, gestione REI, C.S.I., misure rivolte alle persone non autosufficienti, ecc.)	Generale	Incrementare i servizi già esistenti e funzionanti migliorandone la qualità ed il tempo dedicato.	Assemblea distrettuale dei Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila, comuni dell'ambito.	Approntamento strumenti organizzativi, previa definizione di linee guida organizzative specifiche (incarichi, contratti, delibere, ecc.)	Individuazione nuovi servizi gestiti in forma associata; Aumento delle ore dedicate alle gestioni già in atto.	Time table dedicate	Triennio 2018/2020
Miglioramento gestione	generale	Sviluppo e potenziamento	Assemblea distrettuale dei	Procedure condivise con i	Individuazione informazioni e	Cartella socio sanitaria e	2018/2020

integrata delle informazioni e dei dati utili ad orientare la programmazione e ad allargare il perimetro di conoscenza		delle funzioni di analisi	Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila, comuni dell'ambito.	singoli Comuni per la raccolta di dati; Implementazione de programma VIVIDI; formazione specifica.	range di dati da raccogliere al fine di costruire un'analisi di contesto aggiornata e ragionata;	sociale del programma VIVIDI; informazioni di contesto.	
Revisione degli attuali criteri di accesso e gestione dei servizi previsti in applicazione del regolamento 159/2015, tenendo conto dell'esperienza maturata a seguito dell'approvazione delle linee guida d'Ambito	specifico	Revisione del regolamento secondo regole omogenee e condivise	Assemblea distrettuale dei Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli comuni dell'ambito.	Linee Guida, prassi operative; formazione e consulenza specifica.	Utilizzo delle Linee Guida da parte di tutti i Comuni dell'Ambito	Documenti condivisi definiti	2018/2020
Rafforzamento del livello di integrazione tra sociale, sociosanitario e sanitario.	Strategico	Stretto raccordo con i servizi specialistici, con i quali condividere obiettivi e interventi specifici in una logica di corresponsabilità, con priorità per l'area della preadolescenza / adolescenza con problemi di	Ufficio di Piano, neuropsichiatria infantile, ASST, servizi specialistici.	Costruzione di un tavolo di lavoro; condivisione linee guida e prassi di lavoro; integrazione con altri servizi del	Definizione linee guida e prassi di lavoro	Soggetti partecipanti; Monitoraggio esiti del tavolo di lavoro	2019/2020

		natura neuropsichiatrica e in generale relativamente all'area della salute mentale.		territorio, in particolare istituzioni scolastiche.			
Vulnerabilità sociale	strategico	Miglioramento del livello di conoscenza dei bisogni e delle modalità di informazione/intercettazione dei destinatari	Ufficio di Piano, Comune Capofila, comuni dell'ambito, associazioni e realtà del territorio	Costruzione di un tavolo di lavoro; formazione; identificazione strumenti comunicativi e informativi da condividere	Numero di utenza vulnerabile raggiunta, incremento numero richieste di utilizzo delle prestazioni dedicate.	Cartella sociale; Monitoraggio esiti.	2018/2020
Valorizzazione del Terzo settore nell'elaborazione progettuale di sperimentazioni;	strategico	sperimentazione di esperienze di semi autonomia nell'area disabili, per far fronte a situazioni di bisogno assistenziale o di integrazione sociale e territoriale; individuazione progetti e strumenti di progettazione condivisi; miglioramento strumento della co-progettazione.	Ufficio di Piano, Comune capofila, ASST, singoli Comuni, enti gestori e realtà del territorio; formazione	Individuazione target di interesse; costruzione ipotesi progettuale; condivisione progetto con i diversi interlocutori; individuazione possibilità di finanziamento; avvio sperimentazione.	Almeno un progetto nel triennio	Documenti di progettazione; numero realtà territoriali coinvolte;	Dal 2018
Gestione associata dei	Strategico	Definizione piano annuale e triennale dell'offerta dei	Assemblea distrettuale dei	Stesura piano annuale e	Numero di avvisi pubblici	piattaforma	Dal 2018

servizi abitativi pubblici e sociali		servizi abitativi pubblici e sociali	Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli Comuni, Aler, privati.	triennale; Procedure condivise con i singoli Comuni; Definizione prassi operative; coinvolgimento del privato proprietario di alloggi potenzialmente destinabili ai servizi abitativi pubblici.	pubblicati dall'Ambito; numero di graduatorie approvate dall'Assemblea dei Sindaci; numero di iniziative di coinvolgimento e informazione attivate	regionale; iniziative informative.	
Progettazione azioni destinate a sostenere le donne vittime di violenza	Strategico	Stretto raccordo con i Comuni aderenti alla rete locale anti violenza e con gli altri servizi coinvolti (Pronto Soccorso, Consultori familiari, servizi specialistici, ecc.)	Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli Comuni e realtà aderenti alla rete, agenzie del lavoro.	Costruzione procedure condivise per la presa in carico; incontri periodici di verifica con il coordinatore del progetto;	numero di situazioni prese in carico dall'equipe del Centro Antiviolenza; numero di donne collocate in strutture protette/case rifugio; numero di progetti di autonomia avviati	monitoraggio esiti; dati forniti dal Centro Antiviolenza	Dal 2018

Sostegno delle politiche per la promozione di opportunità di lavoro per soggetti fragili e vulnerabili	Strategico	Potenziamento del dialogo con le imprese e aziende del territorio, già coinvolte nelle diverse misure (Conciliazione, alternanza scuola/lavoro, ecc.)	Assemblea distrettuale dei Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli Comuni, aziende e imprese locali.	Incontri con gli stakeholders territoriali	Definizione laboratori sperimentali condivisi	Documenti di progettazione; Monitoraggio esiti;	dal 2018
Sviluppo delle competenze nella costruzione di progetti individualizzati, anche rispetto al REI	Generale	Lavoro di integrazione tra il servizio sociale di base, l'equipe dedicata e vari stakeholders territoriali	Ufficio di Piano, singoli Comuni, servizi specialistici, formatori.	Incontri periodici e formazione specifica sul tema, condivisione strumenti di lavoro (schema, modalità di compilazione, ecc.).	Definizione modulistica e strumentazione condivisa; condivisione strumenti di valutazione dei progetti.	Soggetti partecipanti; Monitoraggio esiti del tavolo di lavoro; costruzione strumenti di lavoro	2019/2020
Definizione di un servizio sociale di Ambito specializzato	Strategico	Definizione e strutturazione di un'equipe d'Ambito che segua soprattutto l'utenza in condizioni di forte fragilità e multi problematicità	Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli comuni.	Incontri periodici di coordinamento tra l'equipe d'Ambito ed il personale dei Comuni; definizione linee guida strategiche inerenti l'organizzazione dell'equipe e le	numero di situazioni prese in carico dall'equipe d'Ambito; Progetti attivati; % di risorse impiegate rispetto a quelle allocate	Definizione Linee Guida; Cartella sociale; Monitoraggio esiti.	2019/2020

				modalità di presa in carico delle situazioni.			
Accreditamento dei servizi consolidati	Generale	Utilizzo dello strumento dell'accREDITamento per i servizi: SAD, SADH ed Assistenza Scolastica.	Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli comuni	Definizione procedure amministrative secondo un modello strutturato e validato.	Numero di procedure avviate; Numero di soggetti accreditati; volume di risorse gestite dai singoli comuni secondo tale strumento.	Monitoraggio esiti	Dal 2018
Gara d'appalto centralizzata servizio ADM	Generale	Sperimentazione di un nuovo servizio, maggiormente modulabile, diversificato che presenti la possibilità di attivare competenze diverse.	Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli Comuni, terzo settore.	Almeno tre incontri per la definizione del servizio sperimentale (Capitolato prestazionale, linee guida organizzative); Definizione procedura amministrativa	Almeno una gara d'appalto nel triennio	Monitoraggio esiti	2019/2020
Gestione diretta di attività dell'Ufficio di Piano	Generale	Modello di costruzione partecipata della lettura dei bisogni e di presidio nell'intercettare	Ufficio di Piano, Comune Capofila	Formazione specifica; costruzione strumenti	Definizione dati da raccogliere e problematiche	Monitoraggio esiti	Dal 2018

		problematiche emergenti.		operativi.	da monitorare		
Sviluppo del lavoro di Comunità	Generale	Coinvolgimento delle Comunità locali allo scopo di accrescere la partecipazione responsabile dei cittadini alla gestione delle varie problematiche	Assemblea dei Sindaci, Ufficio di Piano, Comune Capofila, singoli Comuni.	Tavolo di lavoro per rafforzare collaborazioni e dialogo con gli stakeholder territoriali; iniziative informative progettate; formazione specifica.	Numero di partecipanti al tavolo di lavoro	Soggetti partecipanti; Monitoraggio esiti del tavolo di lavoro	2019/2020