



Barbariga, Borgo San Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto,  
Longhena, Maclodio, Mairano, Orzinuovi, Orzivecchi,  
Pompiano, Quinzano D'Oglio,  
San Paolo, Villachiera

DISTRETTO N. 8  
Bassa Bresciana Occidentale

PIANO DI ZONA  
TRIENNIO 2018-2020

Tavolo zonale di programmazione  
19 GIUGNO 2018

## INDICE

### Premessa

#### 1. Integrazione sanitaria sociosanitaria e sociale

#### 2. La normativa di riferimento

#### 3. L'Ambito territoriale

- 3.1. Popolazione residente e densità
- 3.2. Caratteristiche generali della popolazione e, del territorio
- 3.3. Struttura demografica della popolazione
- 3.4. La costruzione del Piano di Zona

#### 4. La programmazione sociale

- 4.1. La Governance
  - Cabina di Regia e Ufficio Tecnico di Piano
  - Consiglio di Rappresentanza e Assemblea dei Sindaci
- 4.2. Il piano economico e finanziario triennale

#### 5. Il welfare : persone e territorio – aree di intervento priorità, obiettivi e strumenti

- 5.1. Lavorare
- 5.2. Educare
- 5.3. Prendersi cura
- 5.4 . Abitare

#### 6. Aree di azione

- 6.1. Area anziani
- 6.2. Area disabilità
- 6.3. Area minori e famiglia – Tutela Minori
- 6.4 Politiche giovanili
- 6.5. Area salute mentale

6.6. Area dipendenze

## **7. Linee di indirizzo**

7.1. innovazione

## **8. Le Politiche Sovra Distrettuali**

## **Conclusioni**

## Premessa

Il Piano sociale costituisce uno degli atti più importanti che la Comunità è chiamata ad approvare e ciò perché si propone di individuare gli interventi necessari a migliorare il benessere e la qualità della vita delle persone residenti. Un Piano sociale degno di considerazione deve pertanto avere uno sguardo di prospettiva, farsi carico non solo delle problematiche attuali ma anche di quelle future che, in base ad un'attenta analisi del tessuto sociale, si prospettano come possibili. Da un lato quindi si rende necessaria un'accurata mappatura del territorio in grado di fotografare l'esistente, dall'altro bisogna guardare al futuro, ai bisogni che emergeranno domani, individuando le possibili forme di risposta. In tal senso il Piano sociale non deve essere inteso come un documento "statico", uno strumento intoccabile, ma come un programma che deve essere tarato e verificato nel tempo, proprio perché chiamato ad interpretare e comprendere un territorio in movimento. Affinché ciò avvenga, è necessario mettersi in discussione, capire se quello che si è fatto è efficace o meno, ascoltare e saper leggere un territorio per capirne le dinamiche. È importante dialogare con il territorio stesso, aprire un canale di confronto che, per essere proficuo e costruttivo, deve investire nelle persone, nella loro storia, nel loro comune sentire e nel loro senso di comunità.

Di qui il fondamentale ruolo affidato nella redazione di questo Piano alla partecipazione. Non solo perché prevista dalla normativa, ma perché ritenuta necessaria se si vuole allargare il più possibile il confronto sul welfare locale, ascoltando diversi attori del territorio e rendendoli protagonisti delle scelte e delle decisioni.

Per ogni area tematica in cui è stato suddiviso il percorso partecipativo e quindi il futuro Piano (educare, prendersi cura, abitare e lavorare) sono stati individuati alcuni interventi finalizzati a migliorare ulteriormente la "qualità della vita" delle persone, passando da una rilevazione molto attenta dei problemi e delle criticità ad una individuazione altrettanto precisa delle possibili soluzioni. In particolare sono emerse alcune priorità molto importanti dal punto di vista operativo e che rispecchiano di fatto anche la filosofia partecipativa del Piano sociale.

Gli assi portanti del Piano si possono quindi sintetizzare in alcune parole chiave, che corrispondono ad altrettanti obiettivi "di sistema":

attivare e rendere operative "reti comunitarie e sociali", la cui necessità deriva dal fatto che i legami di prossimità e di condivisione, tipici dei nostri piccoli centri abitati, stanno progressivamente indebolendosi, evidenziando un sempre più impellente bisogno di relazione. A ciò si accompagna l'obiettivo di mantenere possibilmente le persone all'interno del proprio contesto familiare ed abitativo.

consolidare e rafforzare una "rete" territoriale che, in un positivo raccordo tra istituzioni e società, promuova una fattiva sinergia con i soggetti (Comuni, scuole, parrocchie, volontariato, ecc.) che operano sul territorio a stretto contatto con le persone che si rivolgono ai servizi;

innovare nella comunicazione e nell'informazione e quindi sperimentare buone prassi, avviando progetti che consolidino l'alleanza fra cittadinanza e servizi.

## 1.Integrazione sanitaria sociosanitaria e sociale

### INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOANITARIA 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

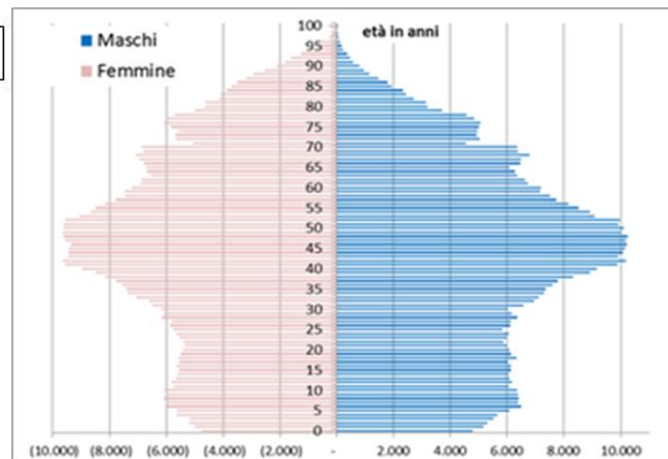
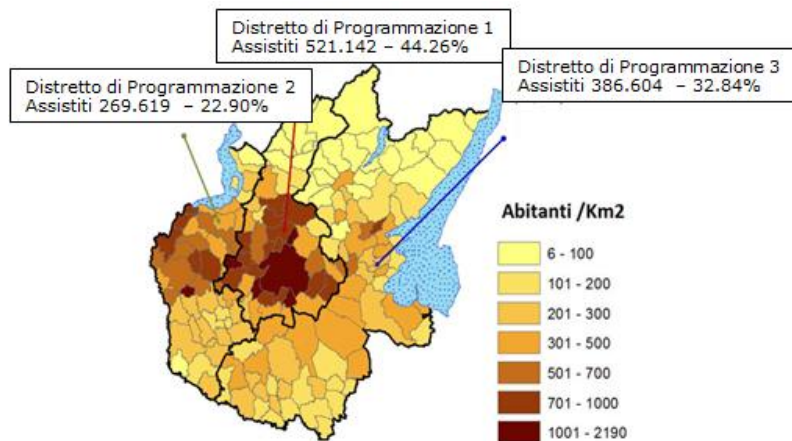
Il territorio di ATS Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km<sup>2</sup>, con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km<sup>2</sup>), seguita dai Comuni adiacenti 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

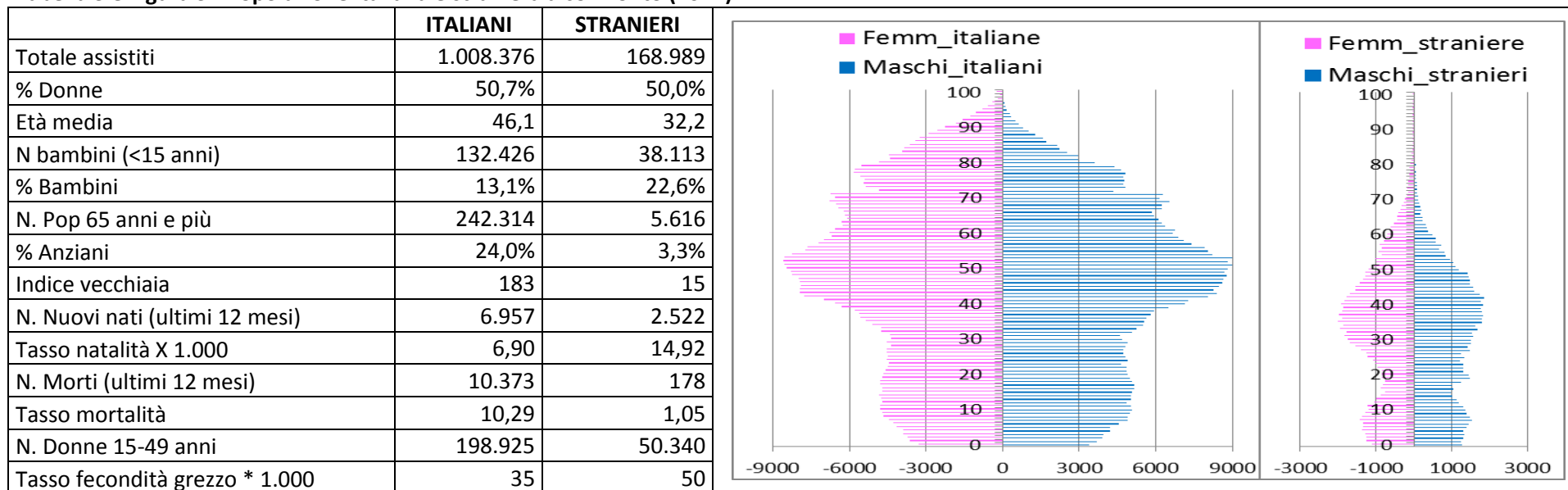
**\*AMBITI DISTRETTUALI:** 1 - Brescia, 2 - Brescia Ovest, 3 - Brescia Est, 4 - Valle Trompia, 5 - Sebino, 6 - Monte Orfano, 7 - Oglio Ovest, 8 - Bassa Bresciana Occidentale, 9 - Bassa Bresciana Centrale, 10 - Bassa Bresciana Orientale, 11 - Garda, 12 - Valle Sabbia.

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 6,9 x 1.000 del 2017, mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35 x 1.000).

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 SOCIO SANITARI 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**

<b>AREA FRAGILITÀ</b>														
<b>UNITA' DI OFFERTA</b>	<b>N. strutture /Posti</b>	<b>AMBITI DISTRETTUALI</b>												<b>Totale</b>
		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 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	

**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	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
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	-	-	
	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	
	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
<p>Valutazione Multidimensionale per una presa in carico integrata della persona in condizione di fragilità</p>	<p>Definizione e potenziamento di percorsi condivisi tra ATS-ASST e Ambiti</p> <p>Definizione di strumenti condivisi di valutazione finalizzata alla definizione del Progetto Individuale e del Piano di Assistenza Individuale</p>	<p>Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica</p> <p>Costituzione équipe pluriprofessionali integrate (ASST/Comuni) per la valutazione multidimensionale rispetto a situazioni complesse, alla non autosufficienza, alla disabilità, all'area famiglia</p> <p>Definizione di percorsi di integrazione tra il sistema sociale e socio-sanitario per la predisposizione del progetto individualizzato</p>	<p>Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni</p>	<p>Incontri periodici di coordinamento</p>	<p>Definizione /Revisione protocolli/Strumenti per la valutazione e la presa in carico</p> <p>Utilizzo Cartella Sociale informatizzata</p>	<p>N. Documenti condivisi</p> <p>N. casi inseriti</p>	<p>Entro il triennio di validità del piano</p>

**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**

AMBITI DISTRETTUALI	M	F	Tipologia problema prevalente							
			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
<b>Totale</b>	<b>maschi</b>	<b>femmine</b>	<b>FISICA</b>	<b>SENSORIALE</b>	<b>PSICHICA</b>	<b>INTELLETTIVA</b>	<b>PLURIMA</b>	<b>IN ACCERTAMENTO</b>	<b>NON HANDICAP</b>	<b>NON NOTO</b>
<b>7743</b>	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
	<b>Totale</b>	<b>CDD</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>	<b>Classe 4</b>	<b>Classe 5</b>
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	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
	<b>Totale</b>	<b>CSS</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>	<b>Classe 4</b>	<b>Classe 5</b>
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	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>	<i>96</i>	<i>89</i>	<i>36</i>	<i>31</i>	<i>4</i>	<i>15</i>	<i>3</i>
	<b>Totale</b>	<b>RSD</b>	<b>Classe 1</b>	<b>Classe 2</b>	<b>Classe 3</b>	<b>Classe 4</b>	<b>Classe 5</b>
<b>Persone inserite in UdO (teste)</b>	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
<b>TOTALE</b>	<b>2752</b>	<b>206</b>	<b>2588</b>	<b>213</b>	<b>329</b>	<b>83</b>	<b>764</b>	<b>187</b>	<b>7122</b>

**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	<b>12.278</b>
Maschi	N.	1.180	459	475	525	281	246	325	231	529	258	507	361	<b>5.377</b>
TOTALE	N.	3.945	1.423	1.637	1.756	811	855	1.089	723	1.794	784	1.627	1.211	<b>17.655</b>
		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	<b>20,2</b>
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	<b>9,0</b>
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	<b>14,7</b>

**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
<b>1</b>	6	-	32	-	12	2	20	8	65
<b>2</b>	-	-	11	-	7	-	11	5	33
<b>3</b>	-	1	6	-	4	-	5	1	16
<b>4</b>	1		10	-	12	-	7		29
<b>5</b>	1	1	17	1	5	-	8	3	20
<b>6</b>	-	-	6	1	5	1	4	6	19
<b>7</b>	1	-	8	1	9	-	7	5	25
<b>8</b>	-	-	3	-	1	-	3	1	27
<b>9</b>	2	-	11	1	12	1	5	2	37
<b>10</b>	-	-	2		1	-	6	3	31
<b>11</b>	1	-	1	1	3	-	-	3	20
<b>12</b>	1	-	8	2	-	-	6	8	21
<b>TOTALE</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>86</b>	<b>6</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>81</b>	<b>44</b>	<b>281</b>

### 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	<b>11309</b>
Età media	82	80	81	82	80	78	79	80	80	79	81	80	<b>80</b>
% Femmine	65%	60%	64%	65%	62%	60%	63%	62%	61%	56%	60%	60%	<b>62%</b>

### 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
<b>1</b>	2	32	4	15	86,0	73,5	95,3
<b>2</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>3</b>	1	22	2	20	85,5	64,4	96,5
<b>4</b>	1	14	5	9	84,5	67,9	92,3
<b>5</b>	3	68	21	43	83,1	67,8	93,8
<b>6</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>7</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>8</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>9</b>	2	48	7	30	86,2	71,2	97,0
<b>10</b>	-	-	-	-	-	-	-
<b>11</b>	3	87	32	44	81,7	62,4	96,6
<b>12</b>	2	39	13	26	83,9	64,2	95,6
<b>TOTALE</b>	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 risposte 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>Presa 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/anziana 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 gravi disabilità e in particolare con disturbi dello spettro autistico                      2- Nuove forme di residenzialità per anziani (Progetto sperimentale</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>

	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
<b>TOTALE</b>	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	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	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano



	Definizione criteri condivisi per l'accesso agli interventi				alunni con disabilità		
	Definizione modalità di attivazione degli interventi				Definizione di criteri per l'assegnazione della assistenza all'autonomia nell'ambito della scuola		

## 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 applicazioni e 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	Iniziativa 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 Pontevico	Cooperativa di Bessimo	Pontevico	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

**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 Utenza	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
- Alcoldipendenti
- 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**

<b>Gruppo d'utenza</b>	<b>TOT.</b>	<b>Età media maschi</b>	<b>Maschi %</b>	<b>Età media femmine</b>	<b>Femmine %</b>
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





## 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.**

<b>Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)</b>	<b>N</b>	<b>% relativa</b>	<b>Prevalenza % / popolazione</b>
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%

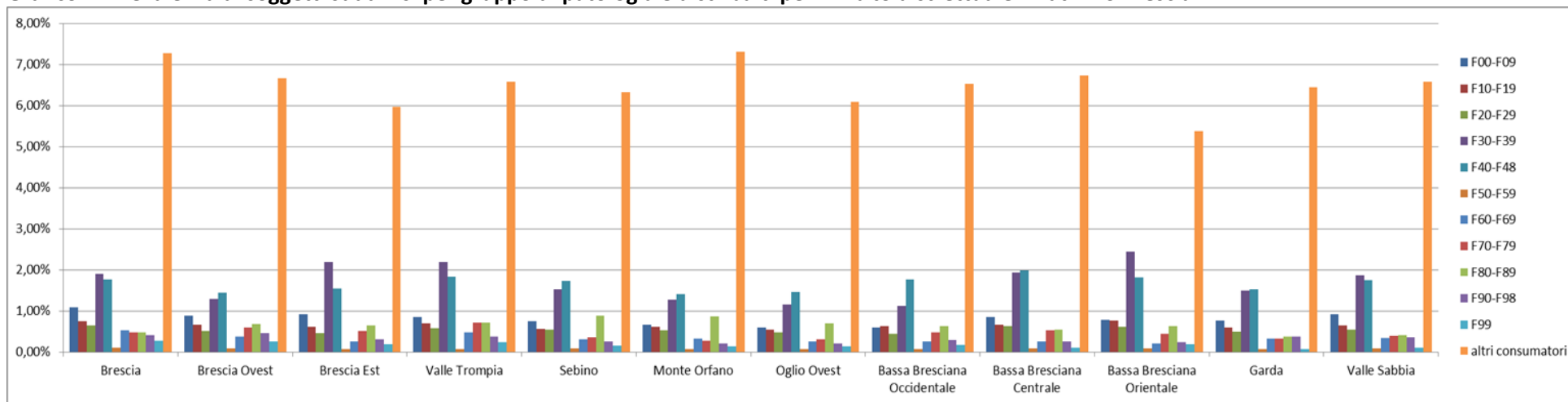
In Tabella vengono riportati i soggetti con una diagnosi di patologia psichiatrica, ovvero un codice ICD10 “Disturbi psichici e comportamentali (F00-F99)”, suddivisi per gruppo di patologia e distribuiti per Ambito distrettuale. Il Grafico 1 ne riporta la prevalenza.

**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 e relativo alla presa in carico delle persone (minori e adulti) tra i comuni, l'ASL e i servizi della	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'

NPI e dei CPS			
------------------	--	--	--

**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 alla luce della legge 23/2015 e legge 15/2016  Revisione del Protocollo operativo:	Incontri di progettazione/equipe multidisciplinari  Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi	ATS  Uffici di Piano  ASST (NPI – Psichiatria – Dipendenze)  Servizi	Incontri periodici tavoli di Ambito  Costituzione tavolo di lavoro multidisciplinare e incontri periodici di progettazione	Ricostituzione e Gruppi di lavoro a livello di Ambito  Revisione e approvazione dei Protocolli operativi  Report	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

le	Neuropsichiatria /Dipendenze /Psichiatria  Revisione dei Protocolli: - Tabagismo  - Alcolismo con focus specifico sulle donne con problemi e/o patologie alcol correlate  Monitoraggio Protocollo Doppia Diagnosi (Dipendenze/Salu te Mentale)		privato accreditato  MMG – PdF  Terzo Settore	Formazione	applicazione Protocollo Doppia Diagnosi (DD)		Produzione Report Protocollo DD a cadenza annuale nel triennio
----	---	--	--	------------	--	--	--

#### 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 ISTAT<sup>1</sup> 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 DOXA<sup>2</sup>).

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 prevenzione del GAP	<p>Incontri di analisi, approfondimento, valutazione delle azioni sviluppate e condivisione dei risultati</p> <p>Incontri di progettazione, programmazione e sviluppo, esito delle nuove azioni progettuali</p>	Linee di lavoro condivise utili allo sviluppo delle singole progettualità	<p>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.</p> <p>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.</p>

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 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**

<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Senza richiesta di presa in carico</b>	<b>Con richiesta di presa in carico</b>	<b>Totale</b>
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
<b>Totale ASST</b>	<b>129</b>	<b>72</b>	<b>201</b>

**Donne vittime di violenza -  
Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consultori Familiari  
Anno 2017**

<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Senza richiesta di presa in carico</b>	<b>Con richiesta di presa in carico</b>	<b>Totale</b>
Iseo	19	14	33
Chiari	21	25	46
<b>Totale ASST</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>79</b>
Montichiari	15	10	25
Manerbio	16	31	47
Desenzano	23	19	42
Gavardo	30	28	58
<b>Totale ASST</b>	<b>84</b>	<b>88</b>	<b>172</b>
<b>Totale Complessivo</b>	<b>253</b>	<b>199</b>	<b>452</b>

## 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.

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

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/consuntoriali	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 alla donna/coppia/famiglia, nella promozione della salute in gravidanza, nel dopo parto, nella relazione	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

	madre-padre-bambino, nella promozione dell'allattamento al seno, nel sostegno della genitorialità						
Contrasto alla violenza di genere	Definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza	Mantenimento protocolli ospedalieri/PS attivazione rete dei servizi territoriali;  Avvio di uno sportello di accoglienza/ascolto o in ogni ambito territoriale  Costituzione di una equipe dedicata	Operatori sanitari e socio sanitari pubblici e privati	Reti antiviolenza/consultori/ servizi sociali	Aumento numero di donne che intraprendono percorsi di uscita dal circuito della violenza	Report regionali	Entro il triennio
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 Alleanza 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"> <li>- voucher per il ricorso ai servizi di cura per anziani e disabili;</li> <li>- voucher per servizi socio-educativi per l'infanzia;</li> <li>- voucher premialità assunzione, per imprese che assumono madri escluse dal mercato del lavoro con un figlio di età non superiore ai 5 anni;</li> <li>- servizi di consulenza alle imprese per la definizione di un piano di flessibilità e welfare aziendale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- n. 993 persone dipendenti delle imprese aderenti alle alleanze locali di conciliazione;</li> <li>- n. 16 MPMI per premialità assunzione;</li> <li>- n. 2 MPMI per servizi di consulenza.</li> </ul>
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 delle 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>	<p>Incontri di programmazione, valutazione e monitoraggio</p>	<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 delle Alleanza</p> <p>N.incontri sul territorio con Enti/lavoratori da parte dell’Operator e di rete</p>	<p>Adesione all’Accordo di Rete</p> <p>Accordo per la realizzazione delle Alleanze</p>	<p>Entro il triennio</p>

## 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.

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



## 2. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- L. 08-11-2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;
- L.r. 30-08-2008, n.1, art. 2 “Statuto d’Autonomia della Lombardia” approvato con statutaria;
- L.r. 6-12-1999, n.23 “Politiche regionali per la famiglia”;
- L.r. 14-12-2004, n. 34 “Politiche regionali per i minori”;
- L.r. 12-03-2008, n. 3 “Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale” così come modificata dalla l.r. 11 agosto 2015, n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33, con particolare riferimento agli articoli 11, 13 e 18;
- L.r. 3/2008 art. 3 “riconosce, tra i soggetti partecipanti alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete, anche il ruolo esercitato dai soggetti del Terzo Settore, dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative e dagli altri soggetti di diritto privato che operano in ambito sociale e sociosanitario;
  
- L.r. 11-08-2015, n. 23 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009,n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”;
- D.c.r. 09-07-2013, n. 78 “Programma Regionale di Sviluppo della X Legislatura” (PRS) - capitolo “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia”
- D.g.r. 16 novembre 2011, n. 2505 “Approvazione documento Un welfare della sostenibilità e della conoscenza – Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2012-2014”;
- D.g.r. 19 dicembre 2014, n.2941 “Approvazione del documento Un welfare che crea valore per le persone, le famiglie e la comunità - Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2015-2017”;
- D.g.r. 14-05-2013, n.116 “Determinazioni in ordine all’istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto d’indirizzo”
- D.g.r. 27-06-2013, n.326 “Determinazioni in ordine alla ripartizione delle risorse del Fondo Sociale Regionale 2013”
- D.g.r. 18-04-2016, n.5060 “Reddito di autonomia anno 2016: evoluzione del programma e misure innovative”
- D.g.r. 2-08-2016, n.5499 “Cartella Sociale Informatizzata: approvazione Linee Guida e specifiche di interscambio informativo”;
- D.g.r. 7-06-2017, n.6674 “Programma operativo regionale per la realizzazione degli interventi a favore di persone con disabilità grave prive del sostegno familiare -Dopo di Noi
- L. 112/2016 che delinea il programma operativo regionale per il sostegno ai disabili gravi privi del sostegno familiare (Dopo di Noi),
- D.g.r. 30-06-2017, n.6832 “Approvazione delle linee guida per lo svolgimento dei servizi a supporto dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità”
- D.g.r. 31-07-2017, n.7004 “Regolamento regionale. Disciplina della programmazione dell’offerta abitativa pubblica e sociale e dell’accesso e permanenza nei servizi abitativi pubblici “
- L.r. 8 luglio 2016, art. 23 della n.16 "Disciplina regionale dei servizi abitativi";
- L.r. 23/2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33”
- L.r. n.20/2008 “Testo Unico in materia di organizzazione e personale”,

### 3. L'AMBITO TERRITORIALE

#### 3.1. Popolazione residente e densità

ENTE	SUPERFICIE (KMQ)	POPOLAZIONE (31/12/11)	POPOLAZIONE (31/12/14)	POPOLAZIONE (31/12/17)
BARBARIGA	11,39	2440	2347	2325
BORGO S. GIACOMO	29,40	5554	5512	5396
BRANDICO	8,03	1671	1648	1695
CORZANO	12,2	1407	1427	1405
DELLO	23,08	5639	5.687	5601
LOGRATO	13,00	3913	3813	3815
LONGHENA	3,39	621	584	624
MACLODIO	5,00	1502	1.467	1477
MAIRANO	11,00	3377	3460	3476
ORZINUOVI	48,10	12659	12.605	12421
ORZIVECCHI	9,57	2529	2524	2442
POMPIANO	15,22	3948	3882	3776
QUINZANO D/O	21,42	6524	6356	6276
SAN PAOLO	18,67	4582	4526	4518
VILLACHIARA	17,00	1444	1464	1416
<b>TOTALE</b>	<b>246,47</b>	<b>57.810</b>	<b>57.302</b>	<b>56.663</b>

### 3.2. Caratteristiche generali della popolazione, del territorio

Componenti Nuclei familiari	Famiglie 2011	Famiglie 2014	Famiglie 2017
1	5.788	5.874	6055
2	5.735	5.994	6075
3	5.035	4.822	4765
4	4.037	3.952	3854
5	1.184	1.193	1078
6 o più	396	458	506

Raffrontando i dati della tabelle si rileva un aumento dei nuclei familiari con 6 o più componenti; le famiglie definite “numerose” (nuclei con più di quattro componenti) sono diminuite rispetto al 2011 e al 2014 e nuclei con uno o due componenti sono aumentati.

Popolazione residente	31.12.2011	31.12.2014	31.12.2017
Nati nell'anno	622	501	448
di cui stranieri		134	116
Deceduti nell'anno	429	436	503
di cui stranieri		5	7
Saldo naturale	193	65	-55

Il numero dei nati rapportato al numero dei morti produce un saldo naturale negativo, che nel 2017 è stato di -55 unità. Rispetto all'anno 2014 si rileva una diminuzione del tasso di natalità ed un aumento del tasso di mortalità.

### 3.3. Struttura demografica della popolazione

Popolazione di cui	31.12.2017
0-3 anni	1.759
4-14 anni	6.676
15-18 anni	2.299
19-36 anni	11.228

37-65 anni	24.209
Oltre 65 anni	10.492
<b>totale</b>	<b>56.663</b>

### 3.4. La costruzione del Piano di Zona

Il Piano di Zona è lo strumento attraverso il quale i Comuni, secondo gli assetti territoriali adottati per la gestione dei servizi sociali, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, disegnano il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle risorse da attivare.

Di seguito un breve sunto del percorso di concertazione per la stesura del Piano:

01/03/2018	Incontro coordinamento 12 uffici di piano. Oggetto: politiche contrasto povertà, casa , lavoro
08/03/2018	ACB programmazione PDZ
12/03/2018	Cabina di Regia integrazione sociosanitaria
03/04/2018	Tavolo cabina di regia Area Minori e Famiglia
18/04/2018	Area Minori e Famiglia
20/04/2018	Coordinamento trasversale sovradistrettuale
18/5/2018	Aggiornamento politiche abitative – incontro Sindacati
25/05/2018	Incontro confronto Ambiti su residenzialità leggera DSM
29/05/2018	DGR Piani di Zona e valutazione documento ATS

## 4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE

### La nuova programmazione si riorganizza a livello di distretto

E' questa la vera novità. L'indicazione delle linee guida è quella di procedere, nell'arco della triennalità, alla definizione della programmazione all'interno dei nuovi ambiti distrettuali definiti a seguito della l.r. di riforma e declinati nei POAS delle ATS. In sostanza tendere a passare dagli attuali 98 piani ai 61 indicati post riforma.

### Il perseguimento di alcuni contenuti programmatori

Come ormai d'abitudine le linee guida non indicano temi particolari di policy su cui puntare, lasciando all'autonomia territoriale la definizione delle proprie politiche sociali locali. Come di consueto si fa riferimento all'importanza di sviluppare un piano territoriale in integrazione con altri settori, in primis sanitario e sociosanitario,

ma anche con altre politiche (del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale). Si precisa l'integrazione con le politiche regionali – facendo esplicito riferimento alle misure del Reddito di autonomia e housing – e con quelle nazionali in particolare richiamando le misure legate al Dopo di noi e al REI. Su quest'ultimo **si annuncia entro** marzo l'uscita di un Piano regionale per la lotta alla povertà che prevederà *“la programmazione dei servizi necessari per l'attuazione del REI come livello essenziale delle prestazioni”*. Sono esplicitate poi tre mete strategiche da perseguire nella nuova triennialità programmatica, legate anch'esse ad una quota premiale e da riferirsi al nuovo ambito distrettuale, ovvero il perseguimento:

1. dell'**omogeneità nei criteri di accesso ai servizi**
2. dell'**omogeneità nei criteri di valutazione** della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario
3. dell'**attivazione di percorsi di innovazione sociale**, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti. Si fa esplicito riferimento al welfare di comunità quale strumento all'interno del quale *“incubare”* percorsi di innovazione sociale e si precisa qui che *“in tale prospettiva il cittadino non è solo utente del welfare, ma egli stesso produttore di welfare e soggetto attivo nella rete dei servizi”*.

#### RICHIAMO ACCORDO DI PROGRAMMA - FUNZIONE/ IMPEGNI ATS

L'ATS di Brescia, secondo quanto previsto dalla L.R. n.3/2008, art. 14 e dalla L.R. n. 23/2015 di Riforma del sistema sociosanitario lombardo, e in coerenza con le linee di indirizzo previste dalla D.G.R. n. X/7631 del 28.12.2017, si impegna a:

- assicurare la coerenza nel tempo tra gli obiettivi regionali e gli obiettivi della programmazione locale, a verificare la conformità delle azioni del Piano di Zona con gli indirizzi e gli obiettivi della programmazione regionale;
- coordinare e valorizzare le attività della Cabina di Regia, istituita con Decreto D.G. n. 752 del 22.12.2017, in stretto raccordo con il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, per il perseguimento degli obiettivi previsti dalla D.G.R. n. X/7631 del 28.12.2017;
- favorire l'integrazione della programmazione degli obiettivi e degli interventi attuati nell'ambito sanitario, sociosanitario e sociale;
- garantire le attività di valutazione multidimensionale rispetto agli interventi complessi, nell'area della famiglia, della tutela dei minori, della non autosufficienza, in raccordo con le ASST e in integrazione con le équipe sociali territoriali;
- individuare percorsi condivisi con le ASST, i Comuni e gli Enti del Terzo Settore, per una presa in carico integrata della persona, con particolare attenzione alla cronicità, assicurando la continuità assistenziale, senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso a tutti i servizi/interventi della rete, utili a rispondere ai bisogni della persona;
- garantire la razionalizzazione dei processi operativi per la presa in carico del bisogno e sostenere i percorsi innovativi di risposta ai bisogni;

- garantire il confronto e lo scambio informativo con gli Ambiti Distrettuali, in relazione al monitoraggio, alla verifica, al controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari;
- predisporre gli atti necessari all'identificazione, allo stanziamento e al monitoraggio/controllo dell'utilizzo delle risorse del Fondo Sociale Regionale, del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, del Fondo Non Autosufficienze, e delle altre eventuali risorse economico-finanziarie provenienti dalla Regione inerenti e collegate alla programmazione socio assistenziale dell'Ambito Distrettuale;
- coordinare gli interventi in materie di conciliazione, famiglia e lavoro, in raccordo con la programmazione territoriale locale;
- supportare il territorio nell'informatizzazione di processi, servizi e prestazioni alla persona ( es. Cartella Sociale Informatizzata).

Le linee di indirizzo lasciano autonomia agli ambiti rispetto ai contenuti di merito della programmazione, non vengono indicati cioè obiettivi di policy da porre, né bisogni prioritari da affrontare, o target di utenza privilegiati da raggiungere e nemmeno, come invece accadeva in passato, modalità di erogazione da privilegiare (es. la famosa vicenda dei buoni o voucher). Le priorità stabilite dagli indirizzi regionali sono tutte di metodo, ovvero superare la frammentazione che caratterizza l'attuale sistema di welfare perseguendo un obiettivo di ricomposizione su tre dimensioni principali: una ricomposizione delle conoscenze e delle informazioni, per poter meglio orientare le scelte; delle risorse investite ancorché provenienti da fonti differenti e una ricomposizione dei diversi servizi offerti. Le priorità dei piani dovranno essere queste, all'interno di questa priorità ciascun ambito dovrà porsi obiettivi di merito realistici e misurabili, riferiti ai diversi segmenti di policy. Il documento regionale fornisce alcune esemplificazioni a partire dai dati derivanti dal monitoraggio che sperimentalmente è stato realizzato nel 2014 e dal quale emerge un quadro piuttosto critico ad esempio rispetto alla conoscenza dell'utenza in carico e di quella potenziale, alla quantità di risorse gestite a livello associato o ancora alla presenza di omogenei criteri di accesso o di compartecipazione al costo da parte dell'utenza.

#### 4.1 La Governance

##### PREMESSA:

Il riferimento ai POAS delle ATS per quanto concerne "la definizione degli ipotetici nuovi confini degli Ambiti" è da intendersi come riferimento/indicazione propositiva per il graduale ed eventuale processo di ridefinizione dei confini territoriali, essendo il POAS un documento di pianificazione e dunque prevenendo, per quanto concerne specificamente l'articolazione territoriale, una **prima ipotesi** di programmazione della nuova definizione degli ambiti; programmazione che deve trovare e trova la sua concreta definizione e attuazione nella programmazione zonale e negli aggiornamenti degli atti di programmazione dei vari attori coinvolti (POAS incluso). Come espresso nella d.g.r., pg. 5 dell'Allegato: *"Le ipotesi di ridefinizione dei confini degli ambiti contenute nei POAS delle 8 ATS traducono in un possibile scenario ciò che è stato definito normativamente con la l.r. 23/2015. In questo prospetto vengono così ipotizzati degli scenari che sono il prodotto dell'intersezione di due criteri: il criterio di numerosità della popolazione, così come definito dalla l.r. 23/2015, e le esperienze di lavoro comune e di*

*contiguità tra Piani, sviluppatesi negli anni.*” Dunque le ipotesi di nuova zonizzazione prevista dai POAS saranno da considerarsi appunto come tali, come scenario propositivo e dunque necessitante di eventuale aggiornamento.

La DGR 7631 ha lo scopo di favorire il rafforzamento degli Ambiti nell’ottica delineata dalla legge 23/2015, ma per farlo sposa due criteri strategici: la gradualità e il rispetto dell’autonomia dei territori. Da questo punto di vista i territori possono decidere, in base ai criteri citati precedentemente, come procedere verso nuove aggregazioni territoriali. Ad esempio non è imposto o prescritto che interi Ambiti in dimensione subottimale debbano procedere a fusioni: è possibile che avvengano dei passaggi di singoli comuni da un Ambito ad un altro, nel rispetto della piena autonomia dei territori nel decidere come e con quali confini procedere alle nuove aggregazioni, sempre in accordo e condivisione con le ATS, che sottoscrivono gli Accordi di Programma specie in una logica di integrazione territoriale sociale e socio-sanitaria.

Vale la pena evidenziare che sarebbe opportuno evitare spostamenti di singoli comuni da un ambito all’altro che prevedano, ad esempio, che un comune approdi in un ambito che fa parte di un distretto ASST diverso rispetto a quello a cui afferisce il comune in questione se non in casi del tutto eccezionali.

Infine, è rilevante specificare che un ambito che abbia già una popolazione uguale o superiore a quella indicata dalla legge 23/2015 (art. 7 bis, comma 2), può considerarsi in dimensione rispondente alla norma e quindi non necessiterebbe ulteriori aggregazioni, fatto salvo che i territori non decidano autonomamente di procedere verso aggregazioni diverse in base alle esigenze del territorio e dal possibile miglioramento nelle erogazioni dei servizi ai cittadini derivante dalle aggregazioni dei nuovi ambiti distrettuali.

La rimodulazione dei confini, frutto di una condivisione tra comuni e ATS, non dovrà essere vista come semplice adempimento normativo, ma come la possibilità di potenziare anche da un punto di vista della **governance**, la capacità di produrre ed erogare servizi ai cittadini anche grazie a nuove aggregazioni più funzionali. Per questo motivo le nuove zonizzazioni non dovranno basarsi esclusivamente su di un semplice criterio numerico, ma dovranno tenere conto di altri elementi quali ad esempio il territorio, le caratteristiche sociali, le forme di collaborazione in essere tra Comuni, ecc. L’individuazione di Ambiti distrettuali condivisi tra ATS e Comuni è condizione prodromica e necessaria per favorire l’integrazione tra le politiche sociali e socio-sanitarie.

La legge 23/2015 ha modificato la governance su cui si basavano i vecchi Piani di Zona. Il Piano è attuato mediante la sottoscrizione di un accordo di programma con la ATS territorialmente competente (l.r. 3/2008). L’assemblea dei sindaci dell’Ambito distrettuale, opera al fine di garantire una programmazione coordinata a livello di ambito distrettuale, gestita nell’ambito della nuova programmazione zonale definita nei Piani di zona, in integrazione con il sistema sanitario e socio-sanitario, come previsto dalla l.r. 23/2015, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell’istruzione, dell’educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale.

Appare necessario ricordare come l’Assemblea di Ambito distrettuale vada distinta dall’Assemblea di distretto, che ha confini, composizione e ruoli differenti (dgr 5507/2016). L’Ambito distrettuale, che si occupa delle politiche sociali in ottemperanza alla funzione dei Piani di Zona, può essere inteso come un sottoinsieme, o parte costitutiva, dell’insieme più ampio rappresentato dal distretto che, come definito dall’art. 7 bis della legge 23, delinea l’area territoriale di riferimento dell’ASST. Le due assemblee hanno la stessa funzione, ossia garantire la rappresentatività dei comuni sul cui territorio hanno competenza, ma confini diversi: l’assemblea dei sindaci di distretto presidia i confini ampi del distretto (confine ASST), quella di ambito distrettuale presidia i confini dell’ambito distrettuale (in cui si suddividono i distretti).

L’Assemblea dei sindaci di Ambito distrettuale sottoscrive, approva e aggiorna i documenti di piano afferenti all’Ambito distrettuale di riferimento, di cui alla l. 328/2000 e l.r. 3/2008 e vista la l.r. 23/2015, in integrazione con il sistema sanitario e socio-sanitario, e nello svolgimento di questa funzione programmatoria e di

integrazione, è auspicabile che si coordini con l'Assemblea dei sindaci di distretto che adotta misure atte a garantire l'uniformità territoriale dei singoli Piani con la programmazione ampia del distretto.

## **Il nodo del capofila unico**

L'aggregazione comporterà anche la definizione di un nuovo capofila, unico per l'ambito distrettuale, che sia il destinatario di tutti i trasferimenti legati all'ambito. Per capirsi le risorse provenienti dal Fondo Nazionale Politiche sociali, del Fondo Sociale Regionale e delle varie misure legate al Fondo Non Autosufficienza, Dopo di Noi, Reddito di Autonomia... Un compito delicato, perché dalla maggior o minor efficacia nella gestione amministrativa delle risorse (tempi dei trasferimenti, rigidità delle procedure...), può dipendere l'efficacia stessa degli interventi promossi. Questo a dire semplicemente che non sarà facile coordinare il raggiungimento di un nuovo accordo su questo aspetto e che quindi il tema potrà rappresentare questione spinosa per i territori.

## **La Governance dell'Ambito**

### **ATS**

La l.r. 11 agosto 2015, n. 23 ha introdotto novità fondamentali, volte ad adeguare il sistema anche relativamente all'integrazione tra le prestazioni sociosanitarie e sanitarie con quelle sociali di competenza dei comuni, rafforzando la funzione di governance dell'ATS in tal senso, attraverso gli strumenti del Dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali e la cabina di regia con "funzioni consultive rispetto alle attività del Dipartimento".

Le ATS svolgono, infatti, un preciso ruolo di regia su molte attività di carattere sociale, sia per rispondere a bisogni che sono contemporaneamente sociosanitari e sociali, sia per prevenire l'evoluzione della fragilità sociale in fragilità sociosanitaria e/o sanitaria o ancora per la indispensabilità di promuovere sinergie ed integrazione delle professionalità e delle competenze al fine di realizzare un piano assistenziale adeguato e corrispondente ai bisogni della persona. In linea generale si tratta di tutte le funzioni che necessitano di una presa in carico integrata rispondendo a situazioni di vulnerabilità e fragilità. 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.

### **La cabina di regia**

Ha il compito di raccordare le necessità dell'integrazione e del funzionamento della rete socio-sanitaria con quella sociale, con i bisogni espressi dal territorio e nella fattispecie sanitari e sociosanitari dalle ASST e sociali che sono raccolti dai Piani di zona e dalle assemblee di ambito distrettuale, e trasmessi da queste ai distretti. Già la D.G.R. 326/13 aveva previsto la costituzione di una specifica Cabina di regia integrata tra ex ASL e Comuni quale strumento operativo per l'implementazione dell'integrazione tra i diversi livelli istituzionali nei processi di analisi e di risposta al bisogno, evitando la frammentazione nell'utilizzo delle risorse e nell'erogazione degli



interventi e al fine di garantire prontezza e appropriatezza nella risposta. Oggi, alla Cabina di regia, prefigurata dalla l.r.23/2017 è necessario partecipino, oltre ai rappresentanti dei Comuni e dell'ATS, anche i rappresentanti delle ASST, quale luogo di raccolta della domanda sanitaria e sociosanitaria del territorio e di costruzione di una presa in carico integrata della persona. Nelle attività di competenza dell'ASST, infatti, trovano collocazione le funzioni che rispondono a bisogni di persone vulnerabili, a rischio di fragilità sociosanitaria o sanitaria e che quindi necessitano di una presa in carico integrata comportante la valutazione degli aspetti sociali, sanitari e sociosanitari e lo sviluppo di un progetto personalizzato risultante dagli esiti della valutazione, progetto personalizzato che, ove vi sia il bisogno di una presa in carico con forti risvolti di fragilità e vulnerabilità della famiglia, necessita anche di interventi di tipo sociale.

La programmazione sociale si deve inserire nel percorso di integrazione con il sistema sociosanitario in un processo virtuoso volto ad evitare duplicazioni di interventi e promuovere la razionalizzazione delle risorse professionali e finanziarie in ottica di presa in carico globale ed unitaria della persona e della sua famiglia.

Le ATS, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla l.r.23/2015 devono esercitare la propria funzione di governance garantendo:

- le attività di valutazione multidimensionale rispetto agli interventi complessi, a tutela dei minori, non autosufficienza (es. FNA), area famiglia, in raccordo con le ASST e in integrazione con équipe sociali territoriali;
- l'individuazione di percorsi condivisi tra ATS, ASST e Comuni per una presa in carico integrata, con particolare attenzione alla cronicità, della persona assicurando la continuità assistenziale, senza interruzione delle prestazioni, garantendo l'accesso a tutti i servizi /interventi della rete, utili a rispondere ai bisogni della persona;
- razionalizzazione dei processi operativi per la presa in carico del bisogno (es. PUA, CEAD, Sportelli unici welfare ecc.);
- confronto e scambio informativo tra ATS e Ambiti in relazione al monitoraggio, alla verifica, al controllo degli interventi e dei servizi integrati sociali e sociosanitari e le attività di monitoraggio-controllo relativo all'erogazione e utilizzo delle risorse dei fondi sociali (Fondo Sociale Regionale, FNPS, FNA).

### **L'ufficio di piano**

Il punto da cui deve partire la nuova programmazione 2018/2020 è quello di costruire risposte innovative ai bisogni sociali che stanno emergendo nei territori, sperimentando nuove partnership e nuove azioni, e tenendo fede ad una impostazione rivolta al potenziamento e al miglioramento della rete dei servizi di welfare locale. In quest'ottica l'Ufficio di Piano diventa sempre più uno strumento essenziale perché può impostare una programmazione radicata nelle problematiche dei diversi territori, dato che dispone dei dati complessivi di un territorio, ne conosce le criticità e le urgenze, e sa quali sono i punti di forza e debolezza della rete di welfare locale.

Considerando che l'obiettivo strategico sullo sfondo è la riduzione della frammentazione e il raggiungimento di una più efficace lettura del bisogno - anche in chiave preventiva -, gli Uffici di Piano possono contribuire a ricomporre la frammentazione del welfare locale intervenendo sull'offerta, in particolare orientando l'intervento di risposta sul reale bisogno del soggetto, riducendo la complessità nell'accesso ai servizi e promuovendo competenze in grado di innovare tali servizi. In questo senso bisogna muoversi verso l'idea che gli Uffici di Piano siano oltre che gestori, anche programmatori e promotori di nuovi strumenti e azioni di welfare. Inoltre è necessario che gli interventi siano condotti con lo scopo di integrare diverse aree di policy: casa, formazione e lavoro, sanità e scuola. La programmazione zonale acquisisce in questa triennalità un nuovo significato: può contribuire positivamente alla ricomposizione tra le diverse istituzioni e tra le azioni svolte dagli attori che operano nel welfare locale, impostando un modello di politiche sociali fondate sull'innovazione, sull'integrazione delle diverse componenti del sistema di welfare nella logica dell'investimento, piuttosto che sul modello dell'assistenza e del "contenimento" di gravi criticità.

## **Terzo settore**

Il rafforzamento del welfare di comunità come modello di produzione di servizi e come modalità di intervento, mette ancor più al centro del sistema il Terzo Settore e il suo ruolo di attivatore, produttore di servizi e quindi attore centrale della rete. Nelle "Indicazioni in ordine alla procedura di co-progettazione fra comune e soggetti del terzo settore per attività e interventi innovativi sperimentali nel settore dei servizi sociali" (D.G.R. IX/12884) nelle quali vengono delineate le modalità dei rapporti di collaborazione tra Pubblica Amministrazione e terzo settore, richiamando il ruolo del Terzo Settore così come previsto dalla legge 328/2000.

Il ruolo del Terzo Settore è quindi strategico con la funzione di potenziare:

- la raccolta di dati ed esperienze territoriali utili all'analisi del bisogno;
- la programmazione frutto della messa a sistema di tali conoscenze e dati;
- la co-progettazione e la gestione (di progetti e servizi),
- il monitoraggio delle azioni intraprese;
- la valutazione ex post dei progetti, delle misure e dei servizi attivati;
- la creazione di strumenti e indicatori per misurare l'attuazione delle politiche messe in campo nel settore sociale e valutare l'impatto delle azioni attivate.

### **L'assemblea dei sindaci dell'Ambito distrettuale**

L'assemblea dei sindaci dell'Ambito distrettuale sottoscrive, approva e aggiorna i documenti di Piano afferenti all'Ambito distrettuale di riferimento, di cui alla l. 328/2000 e l.r. 3/2008 e vista la l.r. 23/2015, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario. L'assemblea opera al fine di garantire una programmazione, di norma triennale, coordinata a livello di ambito territoriale di riferimento, gestita nell'ambito della nuova programmazione zonale definita nei Piani di zona, in integrazione con il sistema sanitario e sociosanitario, come previsto dalla l.r. 23/2015, nonché con le politiche del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione, dell'educazione, della casa, della sicurezza e della pianificazione territoriale. Svolge dunque delle funzioni essenziali per la corretta governance dei processi di policy sul territorio.

Ai sensi dell'art. 18 della l.r. 3/2008 i Comuni attuano il Piano di Zona mediante la sottoscrizione di un Accordo di Programma con la ATS territorialmente competente. Gli organismi rappresentativi del terzo settore, che hanno partecipato alla elaborazione del Piano di Zona aderiscono, su loro richiesta, all'Accordo di Programma. I sottoscrittori dell'Accordo di Programma da un lato sono responsabili dell'attuazione delle azioni e degli obiettivi indicati nel documento di piano, al fine dell'efficacia delle policy sociali programmate, dall'altro sono legittimati nella regolazione di diversi rapporti di collaborazione, per implementare un welfare di comunità sostenibile.

L'Accordo di Programma è costituito dai seguenti elementi essenziali:

- finalità e obiettivi;

- indicazione dell'Ente Locale, o sua espressione, è capofila dell'accordo;
  - riconoscimento dell'ufficio di piano, quale struttura tecnico-amministrativa di supporto e di coordinamento alla realizzazione delle attività previste nel documento di piano (auspicabile che sia un solo ufficio di piano a livello di Ambito distrettuale);
  - indicazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti e l'esplicitazione dei rispettivi impegni;
  - strumenti e modalità di collaborazione con il terzo settore;
  - modalità di verifica e monitoraggio dell'attuazione dell'accordo di programma;
- durata triennale per la programmazione sociale definita dal Piano di Zona (legge 328/2000/2000 e legge 3/2008).

## 4.2 Il piano economico e finanziario del triennio

### Piano economico e finanziario

La programmazione del Piano di Zona e l'attuazione degli obiettivi e delle azioni previste è sostenuta da diversi canali di finanziamento che concorrono alla copertura dei costi:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali
- Fondo Non autosufficienza
- Fondo Sociale Regionale
- Risorse autonome dei Comuni e della Comunità della Pianura Bresciana - Fondazione di Partecipazione
- Altre risorse (finanziamenti da altri enti, Fondo Europeo, contribuzione utenti, ecc.).

La programmazione finanziaria rappresenta la traduzione in termini economici delle azioni previste nel Piano di Zona.

- Il Fondo Nazionale Politiche Sociali è finalizzato prevalentemente a sostenere e sviluppare le azioni di programmazione e coordinamento svolte attraverso gli Uffici di Piano, nonché i costi derivanti da forme di gestione associata che rappresentano tutti i Comuni dell'ambito.
- Il Fondo Non Autosufficienza è teso a sostenere la realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in grado di garantire i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali a favore delle persone non autosufficienti. Le risorse sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle Regioni, nonché da parte delle autonomie locali.

- Il Fondo Sociale Regionale è finalizzato al cofinanziamento delle unità di offerta afferenti alle aree minori, disabili, anziani ed integrazione lavorativa. Il FRS rientra nel sistema del budget unico, in quanto il suo utilizzo deve essere deciso e gestito localmente all'interno di una unitarietà di scopi rispetto agli obiettivi e agli interventi definiti dalla programmazione associata.
- Risorse autonome dei Comuni rappresentano l'effettivo impegno alla programmazione associata e all'attuazione della rete locale delle unità di offerta sociali.

Il FNPS e il FSR costituiscono in tal senso risorse aggiuntive e non sostitutive di quelle comunali.

Il finanziamento dei servizi, quale quota dei Comuni, è stato modulato in maniera differenziata:

- quota abitante definita annualmente per quanto riguarda i servizi base (costi amministrativi della gestione associata, servizio sociale professionale di base, servizio tutela minori, consultorio familiare)
- per costo ora/prestazione per i servizi di assistenza alunni disabili (di seguito SAP), servizio di assistenza domiciliare (di seguito SAD), servizio di sorveglianza pre-post scolastica e sugli scuolabus, Centro diurno disabili (di seguito CDD) Centro socio Educativo (di seguito CSE) , Servizio Formazioni Autonomia (di seguito SFA) e Servizio di integrazione lavorativa (di seguito SIL).

### **Integrazione delle risorse**

I Comuni dell'ambito distrettuale n. 8 costituendo la Fondazione di partecipazione denominata "Comunità della Pianura Bresciana – Fondazione di Partecipazione" per promuovere e realizzare la gestione associata dei servizi e degli interventi sociali, hanno garantito ottimi livelli di integrazione delle risorse (FNPS, FNA, FSR....) Si prevede per il triennio 2018/2020 di potere implementare ulteriormente la percentuale di livello di integrazione ritenendo prioritario una maggiore integrazione delle risorse Comuni – ATS nell'area di bisogno Anziani, Disabili e Minori.

## 5. IL WELFARE: PERSONE E TERRITORIO – AREE DI INTERVENTO – PRIORITA', OBIETTIVI E STRUMENTI



Come per il precedente piano di zona è necessario proiettarsi al futuro partendo dalle priorità individuate dai bisogni stessi della comunità.

### 5.1 Lavorare

E' stata riscontrata una fragile rete territoriale in termini di mancanza di conoscenza tra le realtà lavorative, scolastiche e sociali del territorio e scarsa valorizzazione di molte delle risorse economiche del territorio. Viene rappresentata una difficoltà specifica per le fasce deboli (fragilità sociale, disabilità, disagio psichico...) con scarse opportunità di inserimento lavorativo, anche a fronte di sufficienti capacità e competenze. Inoltre si osserva una forbice sempre più ampia tra le competenze trasversali degli utenti in carico ai servizi e le richieste del mercato del lavoro anche per bassi profili, che richiedono sia competenze tecniche che competenze dello "stare" in un contesto lavorativo. Si rileva inoltre che vi è uno stigma in merito all'affidabilità sul lavoro di alcune categorie di persone e una diffidenza rispetto a determinate categorie di bisogno. Dall'altro lato spesso servizi, terzo settore, scuole, associazioni si interrogano su quali garanzie si possano dare ai datori di lavoro per incentivare la loro disponibilità e favorire la responsabilità sociale. Si evidenzia come si assista ad un profondo cambiamento del mondo lavorativo; non si tratta solo di eseguire semplici mansioni, ma vengono richieste competenze trasversali e capacità di essere proattivi e propositivi. Rimane critico il collegamento tra scuola e mondo del lavoro (anche se, in alcuni casi, l'alternanza scuola lavoro /stage ha portato a buoni esiti e a seguire, anche ad assunzioni) Inoltre vengono segnalate discrepanze tra offerta e domanda di lavoro, tra mondo del lavoro e formazione, nonché una mancanza sul territorio di persone specializzate in determinate mansioni; ad esempio, sono ricercati alcuni profili di difficile reperimento (saldatori, falegnami ecc. ecc.) e le imprese (spesso di natura familiare) non hanno tempo e personale da dedicare alla formazione e all'accompagnamento delle persone e per questo cercano personale già con esperienza. Difficoltà di inserimento lavorativo dei giovani: mancanza di garanzie e rischi di sfruttamento per i giovani che entrano nel mondo del lavoro. Dall'altra parte si assiste però ad una dimensione di rigidità e di scarsa consapevolezza rispetto all'attuale modello di lavoro, che si scontra con le attese dei giovani, talvolta poco realistiche.

#### Le possibili linee d'azione

Costruzione della rete territoriale che abbia come obiettivo generale quello di migliorare la diffusione della cultura dello sviluppo sostenibile nel territorio e di

concorrere alla crescita occupazionale in una logica condivisa di responsabilità sociale

Promuovere opportunità pre - lavorative e lavorative per le fasce più deboli, favorendo una maggior conoscenza tra aziende e cooperative, creando quindi terreno fertile per aumentare le occasioni per fare esperienze di lavoro, anche non retribuite, per persone disabili e non.

Promuovere forme di esperienze pre - lavorative e di formazione al lavoro per giovani, operando in particolare sul raccordo tra mondo della scuola e dell'impresa e promuovendo incentivi per implementare stages e alternanza scuola lavoro.

Per ovviare alla discrepanza tra offerta e domanda di lavoro, si propone di rendere trasparenti le figure professionali che sono di difficile reperimento, nonché di promuovere l'organizzazione di corsi di formazione immediatamente spendibili nel mondo del lavoro in collaborazione tra le varie parti.

### **Strategie d'azione**

Costituzione della rete territoriale allo scopo di favorire la crescita occupazionale in una logica di cor-responsabilità sociale condivisa tra i soggetti del territorio che si occupano direttamente o indirettamente di quest'ambito. Coinvolgimento del servizio sociale, della cooperazione sociale, dell'agenzia del lavoro, delle scuole, dei Comuni, e Associazioni di categoria.

Aumento delle opportunità di poter fare esperienze di formazione e lavoro, anche non retribuite, per fasce deboli di popolazione (disoccupati, persone con disabilità, fragilità psichica.) anche attraverso la cura dei beni comuni

### **5.2 Educare**

Nello specifico per "educare" si intende un ambito "volto a promuovere un miglioramento delle condizioni di vita della persona, anche in rapporto al proprio nucleo familiare, sollecitando responsabilità, capacità, risorse favorendo, ove possibile, la permanenza all'interno del proprio contesto abitativo, familiare e territoriale.

E' inoltre un ambito in cui si promuove e si sostengono le funzioni genitoriali e di cura nelle diverse criticità che una famiglia può incontrare lungo il suo ciclo di vita (separazioni/divorzi, fragilità temporanee, ecc) e ove si sostengono funzioni genitoriali anche sostitutive e nelle situazioni in cui la famiglia di origine non è in grado di garantire al minore/i adeguate cure e condizioni di crescita, assicurando le funzioni inerenti la tutela dei minori.

L'obiettivo di tale ambito è di valorizzare potenzialità personali e sociali, attraverso specifici progetti educativi.

Quest'ambito è rivolto a persone che vivono temporaneamente o in modo permanente situazione di disagio comportamentale, sociale, scolastico e che necessitano di percorsi che possano aiutare a sviluppare le competenze funzionali, fisiche, cognitive, psichiche o relazionali al fine di evitare o attenuare situazioni di disagio e di marginalità.

### **I problemi evidenziati**

riguardano le resistenze verso l' "altro", la difficoltà ad andare oltre l'apparenza e di lottare contro lo stigma sociale attraverso il dialogo, scarso senso di comunità e di appartenenza (anche legalità). In tal si sono osservato atteggiamenti/comportamenti di individualismo estremo, che influiscono sullo stare nella propria comunità

di appartenenza anche in termini di coesione sociale.

Si osserva una fragilità del ruolo genitoriale, con famiglie per certi versi “iperperformanti” e “iper attente” e famiglie che tendenzialmente sono invece meno esigenti. Tale fragilità si riscontra per le diverse fasi evolutive della crescita di ragazzi e ragazze. La fragilità familiare è anche collegata ad un cambiamento del rapporto tra famiglie all’interno delle stesse comunità locali, in diversi casi prevale un certo isolamento tra famiglie, una difficoltà ad incontrarsi in occasione di eventi, anche formativi, per potersi confrontare, per potersi aiutare, nell’educazione dei figli ma anche in termini di carico di assistenza e cura che oggi in molte famiglie risulta essere alto (in famiglia ci sono figli, ma anche persone anziane o adulti in difficoltà, che possono rendere difficile la conciliazione di tutte queste istanze). In alcuni casi permane un atteggiamento di delega ad altre agenzie educative, in particolare nella fascia di età adolescenziale. Vi è poi un difficoltà nel seguire i figli nei passaggi tra un grado di scuola ad un altro.

Difficoltà di integrazione tra varie agenzie educative, in particolare i partecipanti osservano che esistono già momenti di confronto tra alcune agenzie educative, ma ad oggi, a parte per alcuni progetti specifici, non esistono momenti stabili di confronto e conoscenza tra tutte le agenzie educative (conoscenza reciproca, conoscenza delle risorse e delle opportunità presenti), difficoltà di integrazione /conoscenza/ collaborazione tra servizi (tale collaborazione è più facile nell’area dell’agio, meno per le “zone grigie”), frammentazione e assenza di una continuità educativa che contempla tutti i momenti di crescita e i passaggi tra le età (difficoltà di collaborazione tra istituzioni, terzo settore, tra le comunità locali);

Difficoltà nella fascia di età 14-18 anni, in particolare difficoltà di relazione tra pari, tra adulti (faccio gruppo con il mio gruppo - chiusura), mancanza/pochi spazi e servizi di aggregazione che accompagnino sia ragazzi, sia genitori, anche per diverse fasce di età. Per le situazioni relative alla disabilità lieve si evidenziano difficoltà, in particolare riferite alla fascia 14-18 anni e per ragazzi non certificati in cui sussistono problematiche nell’ambito dello studio, con una conseguente difficoltà di inserimento lavorativo.

Disagi/Dipendenze: si osserva come alcuni giovani soffrano di disagi esistenziali che non riescono a superare e che in alcuni casi portano anche a gesti estremi (suicidio) e depressione. Si nota come per alcuni tipi di dipendenza quali alcool, gioco, droghe, vi sia una mancanza di strutture intermedie che lavorino in particolare sulla prevenzione, precocità nell’insorgere di dipendenze tra ragazzi (alcool, uso smartphone, cattive abitudini alimentari). Per questo tipo di problematica esistono dei percorsi/progetti di prevenzione, ma non sempre diffusi e condivisi tra le varie agenzie educative e svolti già in età adolescenziale. Vi è un aumento delle fonti di rischio (anche online) e si osserva un aumento della fascia dei giovani a rischio di devianza e di dipendenza e insuccesso formativo (elementi spesso correlati);

Giovani e giovani adulti: si osserva per questo target di persone una mancanza di stima in se stessi e di stima da parte degli altri (adulti, amministratori...);

### **Le possibili linee d’azione**

creare /consolidare spazi e attività multitarget e intergenerazionali per ragazzi e giovani e per il supporto alla genitorialità, diffusi sulle varie zone della valle: in particolare si propone di creare e consolidare luoghi fisici e non solo, al fine di consentire l’aggregazione tra ragazzi, luoghi di confronto tra fasce di età e target di popolazione differenti e tra persone che nella comunità locale svolgono differenti ruoli, anche tramite percorsi di sensibilizzazione/ formazione/ eventi intergenerazionali, lo “studio” di modalità di attivazione e auto - attivazione delle stesse famiglie, di supportare le famiglie meno abbienti andando quindi a ragionare sul gap di opportunità interfamiliare, prevedere occasioni di formazione alla genitorialità che possano riguardare l’ambito scolastico, la cura e le competenze genitoriali, la responsabilità genitoriale.

fare comunità, in tal senso si intende lo sviluppo o il consolidamento (o riscoperta) di legami sociali all’interno delle comunità locali, ad esempio attraverso l’organizzazione di tavoli condivisi per favorire la conoscenza tra culture (feste rionali, condivisione storie personali) e una scrittura/riscrittura collettiva delle

“regole” della città o del paese da parte dei cittadini, valorizzando i comportamenti virtuosi e positivi;  
un maggior raccordo tra le diverse agenzie educative, ad esempio lavorando su strumenti di raccordo pedagogico, metodologico, su eventi comuni.  
fare comunità, in tal senso si intende lo sviluppo o il consolidamento (o riscoperta) di legami sociali all’interno delle comunità locali,  
un maggior raccordo tra le diverse agenzie educative, ad esempio lavorando su strumenti di raccordo pedagogico, metodologico, su eventi comuni.

Creare una rete stabile tra le diverse agenzie educative (scuola, servizi sociali, terzo settore, servizi privati) che sia snodo da cui dovranno partire le proposte di azione/miglioramento e come strumento per una maggior informazione e comunicazione

Mettere in campo azioni sull’area educare che coinvolgano più generazioni e più target di persone, sia in luoghi già esistenti, sia in modo diffuso sul territorio, attraverso la creazione di servizi e progetti dedicati a diverse fasce d’età, dentro e fuori l’ambito scolastico (scuola aperta), pensando a spazi che possano essere di riferimento per ragazzi e per i genitori, con funzioni di sostegno alla genitorialità, che coinvolgano diverse ‘categorie’ di persone (anche volontari di associazioni, amministratori locali)

### 5.3 Prendersi cura

Per prendersi cura si intende “tutto ciò che riguarda lo svolgimento delle attività quotidiane della vita, quali alimentazione, igiene personale, movimentazione, cura di sé”. In tale ambito rientrano tutte le attività afferenti all’area dell’integrazione socio sanitaria, della continuità assistenziale, la formazione dei caregiver. Quest’area si riferisce a persone in condizioni di disabilità, non autosufficienza, parziale o totale, ragazzi e ragazze, adulti ed anziani, che necessitano di aiuto nello svolgimento di alcune delle attività di vita quotidiana.

#### I problemi evidenziati

Mancanza/scarsità di informazione e di conoscenza dei e tra i servizi, la presenza di frammentarietà e discontinuità dei servizi a causa di uno scarso coordinamento tra servizi e reti, specialmente nel passaggio da una fascia di età all’altra, come pure mancanza o scarsa offerta di servizi in determinati giorni e per determinate fasce di età,

Difficoltà ad effettuare spostamenti sul territorio. Questa problematica riguarda vari target di popolazione che non possono disporre di un mezzo proprio. (non ci sono trasporti che coprono tutte le zone della valle in tutti i giorni della settimana e in alcuni orari);

Spesso si rivela arduo assicurare adeguata tutela a persone sole o con reti familiari in difficoltà;

Si rileva una fragilità delle famiglie su diverse versanti e per differenti motivazioni:

Si osserva individualismo e chiusura dei nuclei nelle proprie fatiche familiari (complessità familiare, servizi sono percepiti come poco avvicinabili anche a causa dei percorsi burocratici percepiti come troppo complessi e articolati.)

Si evidenzia solitudine di chi si prende cura (familiari, caregiver, assistenti familiari, amministratori di sostegno) e una fragilità nell’assistenza all’anziano, al disabile malato in situazioni molto gravi (ad es. i servizi domiciliari non possono rispondere a tutti i bisogni)

Emerge una condizione di fragilità nella gestione del ruolo genitoriale, come già riscontrato anche in area educare



Si riscontra la necessità di valutazioni e risposte più articolate per le situazioni che si collocano nella cosiddetta “fascia grigia” (persone fragili e/o con iniziale compromissione delle autonomie);

Si evidenzia un’articolazione burocratica sempre più complessa che rende difficile l’esplicarsi dei percorsi assistenziali già esistenti e che, in taluni casi ,rappresenta un ostacolo inaccessibile per alcune persone e famiglie

### **Le possibili linee d’azione**

Sostenere le famiglie in condizione di fragilità, in primo luogo procedendo ad una sostanziale semplificazione dei numerosi passaggi burocratici ai quali una persona deve adempiere per accedere ai vari servizi e valorizzando e promuovendo le buone pratiche già esistenti sul territorio provinciale o nazionale, valutando la possibile importabilità di tali esperienze;

implementare percorsi di sostegno a supporto di chi si occupa della cura anche valorizzando e consolidando le reti sociali già presenti nei piccoli paesi (volontariato );

attivare percorsi di sensibilizzazione delle comunità locali per promuovere e far emergere le risorse disponibili sul territorio

Facilitare gli spostamenti migliorando la rete dei trasporti all’interno del contesto locale, attivando o sostenendo progetti innovativi, promuovendo la creazione di reti tra diversi partner per valorizzare e razionalizzare risorse esistenti o potenziali (ad es. coinvolgendo soggetti che potrebbero mettere a disposizione i propri mezzi in alcune fasce orarie), promuovere l’abbattimento dei costi dei trasporti per persone in difficoltà.

Dall’analisi sono inoltre emerse linee di azione che, con le dovute specifiche, risultano trasversali ad altre aree

Una prima linea trasversale riguarda l’informazione:

Mappare i servizi esistenti (sia istituzionali che offerti da volontariato organizzato o da privati), coinvolgendo le diverse componenti sociali (amministrazioni pubbliche, associazioni di volontariato e privato sociale, privato profit)

Migliorare l’informazione sui servizi attraverso l’utilizzo di nuovi canali e di diverse metodologie di comunicazione

Una seconda riguarda il fare rete ed in particolare:

Consolidare e migliorare la collaborazione tra servizi coinvolgendo attori della comunità, soprattutto tra chi si occupa di bisogni “simili”, mantenendo e organizzando momenti di incontro in cui le diverse realtà possano conoscersi reciprocamente, condividere e scambiare esperienze e porre le basi per eventuali progettualità condivise.

### **5.4 Abitare**

In questa sezione sono esposti i contenuti emersi dall’analisi dell’area tematica: problemi evidenziati, possibili soluzioni e strategie di azione prioritarie.

## **I problemi evidenziati**

Spesso non trovano una risposta adeguata le persone che hanno ancora delle autonomie ma necessitano di essere supportate, quali ad esempio persone parzialmente autosufficienti, persone straniere in difficoltà, con problematiche economiche.

Gli alloggi pubblici spesso sono ad assegnazione “definitiva”, con conseguente poco ricambio dei nuclei inseriti a svantaggio soprattutto dei giovani. Un altro elemento rilevato, è che le fasce deboli con elevato bisogno a volte sono resistenti ad accettare alloggi in piccoli paesi per le difficoltà di spostamento e di trasporti. Persone o nuclei che non sono in grado di muoversi in autonomia, sia nella ricerca di un alloggio ma soprattutto nella gestione dello stesso, con conseguenti problemi di morosità e di perdita della casa.

C'è una scarsa conoscenza delle opportunità che il territorio offre sia per quanto riguarda i servizi che la conoscenza di alloggi liberi, pubblici e privati, oltre a questo si è evidenziato che c'è una ridotta conoscenza delle situazioni di difficoltà, perché spesso non accedono ai servizi.

Problematiche economiche: vi sono anziani che vivono in alloggi non idonei e che non hanno le risorse economiche per adeguarli, essendo venute meno anche le possibilità di ristrutturazione; tali situazioni sono ancora più complesse per i nuclei stranieri. Vi è inoltre una mancanza di alloggi a basso costo per avviare progetti sperimentali.

## **Le possibili linee d'azione**

Creazione/consolidamento di soluzioni abitative con protezione: in particolare si propone di mettere a disposizione alloggi per diverse categorie di persone in difficoltà, siano essi anziani, giovani o coppie.

Servizi e soluzioni abitative innovativi e flessibili, rivolti a più categorie di persone dove le risorse di ogni persona o nucleo possano essere di aiuto agli altri, con un'eventuale modulazione delle prestazioni in base al bisogno. Sarebbe auspicabile il coinvolgimento dell'imprenditoria privata in una sorta di partnership pubblico-privato.

Creazione di un tavolo integrato sull'abitare che si occupi delle fragilità in quest'area, incrociando bisogni e opportunità abitative esistenti. In tal senso potrebbero essere di supporto al tavolo figure di mediazione di comunità o di condominio, che possano “mediare” tra locatari e conduttori, che aiutino nella gestione del bilancio familiare, che mantengano aggiornata la mappatura degli alloggi disponibili: riassumendo operatori di comunità che possano intercettare le situazioni di fragilità e metterle in connessione con le risorse.

Vi sono altri due elementi emersi dall'analisi che sono trasversali anche alle altre aree:

Migliorare la raccolta dei dati e la diffusione delle informazioni e nello specifico sono emerse le seguenti proposte: aumentare lo scambio di informazioni e le collaborazioni tra servizi, predisporre una mappatura delle risorse e dei bisogni del territorio.

Fare rete: consolidamento di collaborazioni e sinergie tra servizi, in particolare tra pubblico e privato, sviluppare e consolidare il lavoro di rete tra le diverse realtà del territorio.

## 6. AREE DI AZIONE

### 6.1 Area anziani

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
Presa in carico della persona in condizione di fragilità/cronicità	<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</p>	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/Comuni, Terzo Settore	Incontri periodi di coordinamento	<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</p>	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

	minori/adulti con 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)				Progetti innovativi		
--	---	--	--	--	------------------------	--	--

## 6. 2. Area disabilità

Uno dei problemi condivisi dalla rete territoriale di servizi dedicati alla disabilità è individuabile nella difficoltà e nella parziale incisività del sistema di welfare classico nel garantire nell'impotenza e nella incisività parziale del sistema di welfare classico nel garantire ai soggetti disabili il raggiungimento di buoni livelli di autonomia e vita indipendente, soprattutto nelle situazioni in cui vengono a mancare i supporti e le relazioni primarie. Gli ostacoli principali riguardano l'accesso al lavoro, l'abitare, e la socialità. Anche dopo l'introduzione della legge 112 "Dopo di noi" l'accesso a forme di autonomia per i disabili è caratterizzato da esaurimento/scarsità di risorse per le politiche attive e dallo scollegamento dei servizi dalle comunità in cui i beneficiari sono inseriti. I problemi delle persone vengono affrontati con risposte-servizi-prestazioni che intervengono sul disagio, ma faticano a produrre effetti a lungo termine. Le principali criticità nell'attuale modo di affrontare il problema sono:

- servizi orientati a gestire i casi in carico rispetto a specifici bisogni (modello bisogno-risposta)
- presenza di risposte socioassistenziali che risolvono nell'immediato ma rischiano di creare assistenzialismo
- difficoltà a includere nel sistema di presa in carico e di risposta socio-assistenziali situazioni non identificabili rispetto a categorie di bisogno standard.

La finalità degli interventi è *sviluppare un importante lavoro di connessione e coordinamento nell'area della disabilità, per costruire una rete d'offerta più omogenea e in grado di intercettare i bisogni delle persone e delle famiglie*. Sempre più famiglie chiedono di non affidare ai servizi il futuro dei proprio congiunti, ma di pensare insieme un progetto che accompagni le stagioni della vita, integrando offerte territoriali, opportunità familiari e di contesto, con proposte mirate dei servizi

Questa finalità si traduce in questi due macro-obiettivi:

- 1) ricomposizione della conoscenza dei bisogni espressi dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie e, al contempo, ricognizione delle risorse oggi presenti sul territorio, istituzionali e non.
- 2) Ampliamento e/o riqualificazione dell'offerta presente sul territorio per rispondere meglio alle esigenze espresse.

A tal fine si ritiene di realizzare:

- 1) mappatura dei bisogni espressi e delle risorse presenti;
- 2) analisi della situazione delle liste d'attesa sulle diverse tipologie di servizi e degli accessi a servizi fuori ambito;
- 3) potenziamento di confronto con l'associazionismo e il Terzo Settore del territorio per la condivisione dei dati e delle informazioni su bisogni e risorse presenti;
- 4) attivazione di un percorso di co-progettazione per la rimodulazione del sistema d'offerta dell'ambito, in modo che sia maggiormente rispondente ai bisogni espressi, con particolare attenzione al tema della vita indipendente e al "dopo di noi" che – soprattutto per i disabili giovani e con buone risorse - può costituire una buona alternativa alla comunità residenziale, che peraltro vanno verso una progressiva saturazione;
- 5) sviluppo di nuove opportunità e servizi socio-assistenziali, socio-occupazionali e di integrazione; - sperimentazione di un modello di intervento sui temi della "vita indipendente"
- 6) favorire lo sviluppo di progetti sperimentali "leggeri" che hanno come obiettivo di consentire ai disabili brevi periodi di separazione dalla famiglia, sia per acquisire competenze utili ad un inserimento lavorativo, sia per periodi di vacanza in "autonomia".
- 7) connessione di questo lavoro alla ricomposizione delle risorse economiche.

Un'area di ulteriore sviluppo riguarda le persone disabili che pur avendo competenze spendibili sul piano operativo, per un insieme di fragilità personali, non riescono ad accedere ad opportunità lavorative. Con la programmazione del prossimo triennio si intende promuovere l'avvio di servizi sperimentali che propongono un contesto lavorativo, di cui i disabili stessi, in compresenza con i "normodotati" siano i protagonisti o all'interno di vere e proprie realtà aziendali fortemente orientate alle tematiche sociali. In questo modo si potranno perseguire reali opportunità di integrazione socio-lavorativa anche per giovani e adulti disabili che rischiano di rimanere in carico ai servizi SFA senza prospettiva. La collaborazione con il Servizio Disabili dell'ASST di Franciacorta rappresenta, su questa tema, un obiettivo fondamentale. Una particolare attenzione va riservata al tema delle persone disabili in età evolutiva strutturando azioni di supporto alle famiglie e di accompagnamento alle scelte, garantendo occasioni e spazi di confronto. Un ruolo importante è rappresentato dalle Associazioni familiari - interlocutori privilegiati per l'analisi dei bisogni- per la funzione di riferimento che possono svolgere in favore delle famiglie che affrontano per la prima volta il tema della disabilità. Le Associazioni possono diventare, nella collaborazione con i servizi, non solo erogatori di interventi e prestazioni, o enti di tutela, ma un vero e proprio punto di riferimento nella costruzione di un welfare delle prossimità.

Obiettivi: ridefinizione, sviluppo e articolazione della rete d'offerta in relazione ai bisogni rilevati Azioni previste nel triennio: - aggiornamento e ridefinizione dei criteri di accesso alla rete dei servizi; - criteriizzazione della compartecipazione alla spesa da parte della famiglia in relazione alla nuova normativa ISEE; - coordinamento e riferimento territoriale delle diverse unità d'offerta per sostenere lo sviluppo di risposte adeguate ai bisogni rilevati, sperimentazioni progettuali, innovazioni organizzative; - sviluppo di nuove opportunità e servizi socio-assistenziali, socio-occupazionali e di integrazione; - sperimentazione di un modello di

intervento sui temi della “vita indipendente”; - collaborazione stabile con le Associazioni familiari; - la presa in carico della persona con disabilità come elemento sostanziale di lavoro di equipe multidisciplinari così da accompagnare, supportare, progettare l’inserimento sociale, lavorativo e il benessere complessivo della persona con disabilità e sostenere il suo nucleo familiare.

La situazione attuale dei servizi diurni (CSE e CDD) vede una sostanziale saturazione dei posti disponibili con limitate possibilità di espansione. Anche le comunità residenziali vanno verso una progressiva saturazione e trovano maggiori difficoltà nell’accogliere progetti di sollievo temporaneo, che appare invece lo strumento principale per sostenere le famiglie nei compiti di cura. Occorre, a questo riguardo, che la programmazione territoriale sostenga uno sviluppo mirato dell’offerta di sollievo, a sostegno della domiciliarità e per alleggerire il carico di cura delle famiglie.

Servirebbe una nuova modalità di lavoro con le famiglie la cui domanda più frequente riguarda l’aiuto alla costruzione di un disegno proprio e personalizzato, a integrazione o come alleggerimento del compito di cura. Sempre più famiglie chiedono di non affidare ai servizi il futuro dei proprio congiunti, ma di pensare insieme un progetto che accompagni le stagioni della vita, integrando offerte territoriali, opportunità familiari e di contesto, con proposte mirate dei servizi.

TERRENUOVE costruisce intervento con approccio generativo e centralità delle comunità locali: si mette in relazione il bisogno con opportunità di socializzazione e autonomia. Senza far venire meno le competenze specialistiche di servizio sociale, si costruiscono sistemi di relazioni (Cantieri) in cui attivare legami, curare spazi, coltivare interessi, produrre beni/servizi di utilità sociale.

### 6.3. Area minori e famiglia

Questa area si connota per una elevata integrazione socio-sanitaria che include:

- il Consultorio familiare, quale servizio territoriale rivolto al singolo, alla coppia ed alla famiglia;
- il Servizio Tutela Minori, finalizzato alla presa in carico psicosociale di minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica c/o il Tribunale per i Minorenni, Tribunale per i Minorenni, Procura della Repubblica c/o il Tribunale Ordinario);
- il servizio di Neuropsichiatria Infantile, rivolto ai minori con difficoltà evolutive, disturbi dell’apprendimento, disturbi relazionali in ambito familiare, disturbi neurologici e psicopatologici.

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.

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.

L'impostazione dei servizi sociali che il territorio intende perseguire e realizzare non vuole essere orientata al "problema" secondo uno schema classico di domanda-offerta di prestazioni, quanto più una accoglienza e "presa in carico" della famiglia nel suo insieme di unità sociale e di complessità di problematiche. In questo senso, il lavoro multidisciplinare integrato tra diverse professioni e differenti servizi diviene non un obiettivo ma una necessità atta a fronteggiare adeguatamente la crescente complessità delle situazioni e delle relative problematiche.

Una scelta strategica della programmazione regionale e territoriale è, dunque, rappresentata dal sostegno alla famiglia:

- nel compito educativo verso i figli, attraverso interventi di sostegno alla genitorialità ed alla neogenitorialità;
- nella realizzazione sociale ed economica dei coniugi che lavorano, attraverso la disponibilità di servizi per la prima e la seconda infanzia;
- nelle fasi di crisi coniugali e familiari, attraverso la formazione al dialogo di coppia ed un'azione puntuale da parte dei servizi territoriali;
- nel lavoro di cura verso i suoi componenti più deboli attraverso il potenziamento dei servizi già presenti e la maggiore finalizzazione dei nuovi interventi;
- nell'integrazione delle famiglie immigrate, attraverso interventi di mediazione culturale ed altri supporti per quei nuclei particolarmente a rischio.

In particolare le tipologie assistenziali da implementare devono rispondere a due principi fondamentali:

- la centralità della persona e della famiglia intesa sia come destinataria delle azioni di promozione della salute, prevenzione delle malattie, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti, sia come protagonista attivo, in un'ottica di sussidiarietà, nelle azioni che influiscono sulla salute;
- l'integrazione tra settori sanitari e sociali, con il coinvolgimento di istituzioni operanti in piani diversi, quali quello educativo, della protezione e tutela.

### **Tutela minori**

Il **Servizio Tutela Minori**, finalizzato alla presa in carico psicosociale di minori sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario). Il servizio viene svolto da un'equipe integrata, costituita da: Assistenti Sociali della Fondazione (3 tempo pieno), psicologi, consulente legale e coordinata da una figura professionalmente qualificata. L'equipe Minori, in collaborazione con il Servizio Sociale Professionale di Base e previ accordi con il Comune di residenza del minore, predispone uno specifico progetto di intervento a favore del minore, che definisca azioni, tempi e budget (di ore/di spesa), nonché, il responsabile del progetto medesimo. I costi per gli affidi e le comunità sono sostenuti direttamente dai Comuni.

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.

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

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

	<b>AMBITO DISTRETTUALE</b>												<b>TOTALE</b>
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	
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

I minori che sono seguiti per problematiche di “trascuratezza” sono stati 1117 e per una “grave conflittualità coniugale” sono stati complessivamente 1120.

Comune	Casi in carico al 01/07/17	Casi aperti dal 01/07/17 al 31/12/17	N. di casi chiusi dal 01/07/17 al 31/12/17	Tot. casi in carico al 31/12/2017	Penale minorile	Procura c/o T.M.	T.M.	T.O.	Minori in affido	Minori in comunità
BARBARIGA	1	0	0	1			1			
BORGIO S.G.	3	2	0	5			5			2
BRANDICO	5	1	1	5		1	4			2
CORZANO	2	0	0	2		1	1			
DELLO	6	4	3	7		1	6			1
LOGRATO	4	0	0	4		1	3			4
LONGHENA	0	0	0	0						
MACLODIO	4	0	0	4		1	2	1		1
MAIRANO	5	2	1	6	1	1	4		1	1
ORZINUOVI	15	2	1	16			14	2		
ORZIVECCHI	1	1	1	1			1			
POMPIANO	4	1	0	5		1	4			
QUINZANO	6	2	0	8		3	4	1	1	1
SAN PAOLO	3	1	1	3			1	2		
VILLACHIARA	2	0	0	2			2		2	
<b>TOTALE</b>	<b>61</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>69</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>52</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>12</b>

Le principali criticità rilevate nell'area sono:

- la complessità delle situazioni in carico al Servizio Tutela Minori è in continua crescita e necessita di interventi sempre più integrati, che coinvolgono più servizi e più territori. Sono in aumento le situazioni in carico, sia su mandato del T.O. che del T.M. che interessano più ambiti, in relazione alla residenza dei genitori dei minori in carico;
- il costo elevato dei collocamenti dei minori presso i servizi residenziali che diventa sempre più difficilmente sostenibile a fronte del presente contrarsi delle risorse economiche dei Comuni;

- l'ampia fascia delle situazioni di disagio di minori e delle loro famiglie poco o insufficientemente presidiate: si tratta di quelle situazioni ove si possono rilevare quegli elementi di comportamento e di distorsione delle relazioni familiari che, spesso in concomitanza con un elemento scatenante, possono deteriorarsi e portare a situazioni di grave pregiudizio per i minori con la conseguente segnalazione all'Autorità giudiziaria.

Gli obiettivi previsti:

- predisposizione di un accordo tra tutti gli Ambiti territoriali e i gestori dell'attività psicologica (Consultori Familiari pubblici e privati accreditati) per rivedere le modalità di presa in carico, di collaborazione, con la definizione di criteri di efficacia di interventi;
- sperimentazione ed attivazione di strumenti di interventi orientati al sostegno della genitorialità ( ad es. gruppi);
- definizione di prassi e cura nella ricaduta operativa di metodologie operative per la valutazione e il sostegno della genitorialità nelle famiglie migranti;
- accordi con i servizi di Neuropsichiatria Infantile, Consultori Familiari e Servizi Territoriali della Tutela Minori per la valutazione e presa in carico degli adolescenti con gravi problematiche;
- attivazione ed implementazione di interventi e progetti alternativi al collocamento in Comunità educativa, per gli adolescenti appartenenti a nuclei familiari carenti e fragili, incapaci di cure genitoriali adeguate
- mantenere il sostegno ai minori vittime di abuso e grave maltrattamento, che per tale motivo sono collocati in strutture protette, definendo un percorso di integrazione tra i vari soggetti coinvolti.

Il Servizio Tutela Minori si occupa di minori che si trovano in situazioni personali e familiari inadeguate o pregiudizievoli per la loro crescita quali maltrattamento fisico e/o psichico, violenze, grave trascuratezza, abbandono. Il servizio si fonda sull'assunto che anche le situazioni di grave criticità familiare debbano essere oggetto e soggetto di un lavoro specifico volto a valorizzare le possibilità di cambiamento e a individuare gli strumenti per recuperare la capacità genitoriale necessaria a far crescere il minore in condizioni di garanzie affettive, relazionali e materiali. Gli interventi di tutela, così come il ricorso all'Affido familiare o l'inserimento in Comunità educativa rappresentano prima di tutto una risorsa complementare alla famiglia in difficoltà (e non già sostitutiva), che consente di attivare, sperimentare, verificare le possibilità di un intervento (ri)abilitante, di ripristinare le condizioni affinché si possano ripristinare le migliori condizioni di rapporto fra il minore e la famiglia d'origine.

Nel corso dell'ultimo triennio si è riscontrato un significativo aumento del numero di famiglie che si rivolgono ai servizi, specialmente a causa del fatto che la crisi economica ha prodotto danni su una molteplicità di livelli: materiale, sociale, relazionale e di conduzione del ruolo genitoriale. È mutato anche il target delle famiglie che fanno riferimento ai servizi sia spontaneamente e sia in modo incidentale: dalle famiglie storicamente più povere sotto il profilo socio-culturale alle famiglie appartenenti al ceto medio produttivo o commerciale. Nello specifico oggi le famiglie vivono una "difficile normalità" per ragioni economiche, di organizzazione dei tempi, di disorientamento rispetto alle funzioni educative, sperimentando spesso una solitudine diffusa, un'assenza di riferimenti educativi condivisi con il conseguente indebolimento della capacità di comunicazione e di confronto. Nella famiglia in crisi si verifica un fenomeno di "negligenza educativa" intesa come difficoltà dei genitori di rispondere ai bisogni dei propri figli, oltreché una vulnerabilità nei comportamenti degli adulti seguente alle debolezze delle reti familiari e della povertà delle reti sociali. Il Servizio Sociale incontra sempre più spesso famiglie con problemi relazionali al loro interno, è alta la conflittualità di coppia e sono in vertiginoso aumento le separazioni, le famiglie allargate e i nuclei familiari di stranieri con figli di seconda generazione. Le conseguenze dei fenomeni sopra descritti sono rappresentate dall'incremento dei provvedimenti delle Autorità Giudiziarie e dei casi in carico al servizio di Tutela Minori. Fornire

interventi di qualità a sostegno dei nuclei familiari fragili determina spese significative che mettono in difficoltà i Comuni, oltre a costituire un problema rilevante per i minori e le famiglie. Particolarmente drammatica, soprattutto per i comuni più piccoli la situazione in caso di inserimento di uno o più minori in comunità.

Proprio a causa di queste trasformazioni repentine sempre nell'ultimo triennio è emersa forte la necessità di raccordo con i servizi sociali di base e con il Consultorio Familiare, oltre che di valutare l'attivazione di un'équipe "prevenzione" specialistica che operi tra servizio sociale di base e servizio tutela minori.

Nel prossimo triennio si lavorerà per aderire al progetto P.I.P.P.I: "Programma di Interventi Per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione". Il Programma è coerente con i principi e le finalità delle "Linee guida regionali per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia", approvate con d.g.r. 15 febbraio 2016 n. 4821, in quanto propone un modello di intervento che:

- rappresenta il tentativo di creare un raccordo tra istituzioni diverse, tra professioni e discipline (sociale, psicologica ed educativa);
- propone una collaborazione fra tutti gli attori, istituzionali e non, coinvolti nei processi di protezione dell'infanzia (famiglie, servizi sociali, socio-sanitari, educativi, scolastici, della giustizia, ecc);
- permette, con il coinvolgimento della famiglia, di dare risposta ai bisogni di sviluppo del bambino, anche quando la famiglia si trova ad affrontare situazioni problematiche e di vulnerabilità psico-socio-economica.

Il Progetto pone l'attenzione sulla necessità di una maggiore integrazione tra Servizi Sociali e Sanitari, dove entrambi, in modo integrato pongono al centro del loro operato le famiglie e il loro progetto di vita, superando gli interventi che si connotano come mera applicazione degli strumenti giuridici.

#### RISORSE E INTERVENTI

- Mantenimento ed implementazione della qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sociale territoriale ed in particolare dal Servizio Tutela Minori e dal Consultorio Familiare
- Promozione della reciproca conoscenza organizzativa e di funzione tra gli operatori dei diversi Enti/Servizi del territorio
- Promozione dei processi di integrazione per la valutazione multidimensionale nei casi complessi e successiva gestione degli stessi attraverso la collaborazione tra vari Enti/Servizi
- Sviluppo, promozione e collaborazione con attività e strutture che si occupano di minori con grave, gravissima patologia fisica, psichica e comportamentale
- Promozione della gestione associata dei servizi
- Evoluzione delle azioni rivolte ai minori anche in collaborazione con istituti scolastici e altri soggetti territoriali
- Previsione di politiche economiche a favore delle famiglie al fine di contrastare le nuove forme di povertà determinate allo stato attuale da una crisi generalizzata
- Analisi delle fonti finalizzata all'ottenimento di contributi connessi alle aree presidiate dal Piano di Zona
- Selezione e partecipazione a bandi per l'ottenimento di fondi e la realizzazione di specifici progetti

## **Innovazione**

### **Comunità di Famiglia**

La Comunità di Famiglia, composta al momento da due nuclei famigliari, è una nuova realtà nata recentemente sul territorio di Orzinuovi (BS) in Via Milano 85/A e 85/B, che accoglie in ciascuno dei nuclei abitativi 6 bambini/bambine dai 2 anni ai 14 anni con al massimo un adolescente di età compresa tra gli 11 e i 14 anni di sesso maschile per 365 giorni all'anno e 24 ore su 24.

La casa famiglia non è di tipo terapeutico o riabilitativo per minori con problemi di tossicodipendenze, disabili o con gravi disturbi psichici.

La comunità di famiglie offre una risposta mirata e concreta ai bisogni dei minori e offre una soluzione di accoglienza attraverso il prendersi cura e l'attenzione ai loro bisogni fisiologici, affettivi, relazionali e sociali.

### **Infanzia - adolescenza**

Questa area si connota per una elevata integrazione socio-sanitaria che include:

- il Consultorio familiare, quale servizio territoriale rivolto al singolo, alla coppia ed alla famiglia;
- il servizio di Neuropsichiatria Infantile, rivolto ai minori con difficoltà evolutive, disturbi dell'apprendimento, disturbi relazionali in ambito familiare, disturbi neurologici e psicopatologici;

Le politiche per l'infanzia, la famiglia, i minori ed i giovani devono, infatti, prevedere azioni volte al sostegno della genitorialità in tutte le sue fasi, in una visione complessiva dei servizi che ponga al centro il ruolo della famiglia, coinvolgendo una pluralità di soggetti (enti, istituzioni, organizzazioni del no profit), la cui necessità di coordinamento, se non proprio di stretta integrazione, è indispensabile al fine di non disperdere le già esigue risposte sia in termini professionali che finanziari.

Come evidenziato dal documento predisposto dai tre tavoli territoriali dei servizi per la prima infanzia, presentato in Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e in Regione Lombardia, in occasione del precedente triennio, questo sistema di servizi sta vivendo una condizione di pesante difficoltà. L'obiettivo 20 assunto a livello nazionale e regionale di raggiungere la soglia di copertura del 33% della popolazione target- come indicato dalla conferenza di Lisbona- appare improprio a fronte degli effetti della crisi economica (crescita della disoccupazione femminile e della cassa integrazione. Nel nostro ambito si registra un surplus d'offerta rispetto all'utilizzo effettivo che si concentra nei comuni più grandi. Nonostante le rette siano rimaste pressoché invariate negli ultimi dieci anni, la progressiva diminuzione dei contributi pubblici ed una normativa molto esigente rispetto gli standard strutturali e di gestione, determina frequenti turn-over dei servizi e degli enti gestori rendendo insostenibile il sistema e lasciando totalmente sguarniti alcuni territori. Le famiglie attingono con sempre più fatica al nido che in sé è proprio da considerare il servizio per eccellenza a sostegno della conciliazione. Oggi i servizi si trovano nella condizione di dover fare i conti con normative pensate in riferimento ad un contesto economico e sociale molto diverso quello attuale. Sono normative fortemente orientate alla tutela di famiglie che necessitavano di una

copertura oraria molto ampia mentre le famiglie esprimono una richiesta di estrema flessibilità, non solo per poter rispondere all'organizzazione del lavoro, ma, soprattutto, per poter trovare soluzioni orarie che siano il più possibile economiche.

Obiettivi:

- 1) sviluppare un'analisi approfondita dei bisogni territoriali e dell'offerta di servizi per la prima infanzia, orientando il sistema verso omogenee possibilità di accesso per i cittadini, flessibilità organizzative e compatibilità di contesto.
- 2) Rivisitazione complessiva del sistema d'offerta adeguandolo ad una aggiornata verifica della domanda, sia in termini quantitativi che qualitativi.
- 3) Individuazione di nuove forme di sostegno anche attraverso il coinvolgimento diretto delle imprese (welfare aziendale)

Azioni previste nel triennio:

- 1) aggiornamento e analisi quali-quantitativa dei dati per una mappatura complessiva della risposta ai bisogni delle famiglie;
- 2) accreditamento dei servizi e degli enti al fine di rendere omogenea l'offerta (definizione di criteri comuni, costi ammissibili, costi standard, rette omogenee, applicazione ISEE);
- 3) definizione di nuovi criteri di sostegno pubblico al sistema dell'offerta;
- 4) partecipazione alla Misura "Nidi Gratis" una delle misure del Programma "Reddito di Autonomia" che favorisce la possibilità per i genitori ed in particolare per le madri di inserirsi, reinserirsi o permanere nel mondo del lavoro anche dopo la gravidanza, assicurando la frequenza del bimbo o della bimba all'asilo nido, in ottica di conciliazione tra tempo dedicato alla cura e tempo di lavoro;
- 5) integrazione con le politiche di Conciliazione e con il sistema delle alleanze territoriali previste dal livello regionale
- 6) rivisitazione e razionalizzazione del sistema d'offerta; - verifica delle regole di funzionamento del sistema a livello locale e confronto a livello regionale ai fini di un adeguamento normativo;

Soggetti coinvolti: enti accreditati, gestioni associate dei comuni, famiglie che accedono ai servizi.

#### RISORSE E INTERVENTI

- Mantenimento ed implementazione della qualità delle prestazioni erogate dal Servizio Sociale territoriale ed in particolare dal Servizio Tutela Minori e dal Consultorio Familiare
- Promozione della reciproca conoscenza organizzativa e di funzione tra gli operatori dei diversi Enti/Servizi del territorio
- Promozione dei processi di integrazione per la valutazione multidimensionale nei casi complessi e successiva gestione degli stessi attraverso la collaborazione tra vari Enti/Servizi
- Sviluppo, promozione e collaborazione con attività e strutture che si occupano di minori con grave, gravissima patologia fisica, psichica e comportamentale
- Promozione della gestione associata dei servizi
- Evoluzione delle azioni rivolte ai minori anche in collaborazione con istituti scolastici e altri soggetti territoriali
- Previsione di politiche economiche a favore delle famiglie al fine di contrastare le nuove forme di povertà determinate allo stato attuale da una crisi generalizzata
- Analisi delle fonti finalizzata all'ottenimento di contributi connessi alle aree presidiate dal Piano di Zona
- Selezione e partecipazione a bandi per l'ottenimento di fondi e la realizzazione di specifici progetti

La rete di servizi prevede:

- A. STRUTTURA RESIDENZIALE per 16 minori
- B. CENTRO DIURNO per 10 minori
- C. AMBULATORI e INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA per 22 minori

destinati ad adolescenti di età compresa tra gli 8 e i 18 anni (dai 3 anni per quanto riguarda l'accesso agli ambulatori), con eventuale provvedimento di prosecuzione sino ai 21 anni e anticipo agli 11, che presentino le diverse patologie dell'età evolutiva in comorbidità con ritardo mentale, residenti in regione Lombardia.

Il primo elemento concreto di questa rete è costituito dagli Ambulatori per l'Autismo che, grazie al finanziamento derivante dalla D.G.R. 3239 di Aprile 2012, sono partiti presso la sede della cooperativa dal mese di ottobre 2012.

### **Il Consultorio Familiare**

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.

A tal proposito, si riportano di seguito i dati relativi al Bonus Famiglia ed al Percorso Nascita riferiti all'Ambito Distrettuale n. 8 di Orzinuovi (BS) nell'anno 2017.

<b>BONUS FAMIGLIA – ANNO 2017</b>		
N. Domande Bonus Famiglia presentate dal 01/01/2017 al 30/04/2017 e dal 27/06/2017 al 31/12/2017	Ambito n. 8 Orzinuovi	89 (su tot. di 2024 erogate nei 12 ambiti distrettuali della Provincia di Brescia)

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

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

<b>TRIAGE PERCORSO NASCITA/PUNTI NASCITA – ANNO 2017</b>		
Punti Nascita	Ambito n. 8 Orzinuovi	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rosso – n. 2 (su n. 51 tot.)</li> <li>➤ Giallo – n. 24 (su n. 462 tot.)</li> </ul>
Consultori Familiari	Ambito n. 8 Orzinuovi	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Rosso – n. 3 (su n. 25 tot.)</li> <li>➤ Giallo – n. 13 (su n. 277 tot.)</li> </ul>

**Tabella 2. Triage Percorso nascita – Punti nascita / Consulenti familiari Rilevazione 2017 per Ambito distrettuale**

		<b>AMBITO DISTRETTUALE</b>												<b>TOTALE</b>
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	
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



## Le reti Antiviolenza Territoriali

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 Consulori 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 Consulori Familiari territoriali.

<b>Donne vittime di violenza Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consulori Familiari Anno 2017</b>			
<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Senza richiesta di presa in carico</b>	<b>Con richiesta di presa in carico</b>	<b>Totale</b>
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
<b>Totale ASST</b>	<b>129</b>	<b>72</b>	<b>201</b>
<b>Donne vittime di violenza Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consulori Familiari Anno 2017</b>			

Pronto Soccorso	Senza richiesta di presa in carico	Con richiesta di presa in carico	Totale
Iseo	19	14	33
Chiari	21	25	46
<b>Totale ASST</b>	40	39	79
Montichiari	15	10	25
Manerbio	16	31	47
Desenzano	23	19	42
Gavardo	30	28	58
<b>Totale ASST</b>	84	88	172
<b>Totale Complessivo</b>	253	199	452

Gli obiettivi previsti sono:

- sostegno alle famiglie fragili, mediante migliore definizione dei rapporti con i diversi soggetti coinvolti nelle azioni connesse all'erogazione del sostegno economico previsto dalla DGR 7230/17 "Bonus famiglia";
- sostegno alla maternità e attenzione alle situazioni di fragilità mediante lo sviluppo di una presa in carico trasversale tra punti nascita, consultori e servizi sociali per una presa in carico integrata e di sostegno che accompagni la 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;
- contrasto alla violenza di genere, mediante un percorso che garantisca continuità assistenziale e che preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza.

Strumenti e servizi:

- Assistenti Sociali del Servizio Sociale di base di 15 Comuni dell'Ambito
- Operatori del Consultorio Familiare di Orzinuovi/Lograto e delle sedi distaccate
- Operatori del Terzo Settore (CAV)
- Operatori sanitari dei punti nascita
- Operatori sanitari e socio sanitari pubblici e privati
- DGR n, 7230/17 e Decreti attuativi
- Progetti di intervento e patti di corresponsabilità
- Progetto "Percorso Nascita" e "A casa dopo il parto"
- Reti antiviolenza

Altresì, l'impostazione dei servizi sociali che il territorio intende perseguire e realizzare non vuole essere orientata al "problema" secondo uno schema classico di domanda-offerta di prestazioni, quanto più una accoglienza e "presa in carico" della famiglia nel suo insieme di unità sociale e di complessità di problematiche. In questo senso, il lavoro multidisciplinare integrato tra diverse professioni e differenti servizi diviene non un obiettivo ma una necessità atta a fronteggiare adeguatamente la crescente complessità delle situazioni e delle relative problematiche.

Una scelta strategica della programmazione regionale e territoriale è, dunque, rappresentata dal sostegno alla famiglia:

- nel compito educativo verso i figli, attraverso interventi di sostegno alla genitorialità ed alla neogenitorialità;
- nella realizzazione sociale ed economica dei coniugi che lavorano, attraverso la disponibilità di servizi per la prima e la seconda infanzia;
- nelle fasi di crisi coniugali e familiari, attraverso la formazione al dialogo di coppia ed un'azione puntuale da parte dei servizi territoriali;
- nel lavoro di cura verso i suoi componenti più deboli attraverso il potenziamento dei servizi già presenti e la maggiore finalizzazione dei nuovi interventi;
- nell'integrazione delle famiglie immigrate, attraverso interventi di mediazione culturale ed altri supporti per quei nuclei particolarmente a rischio.

In particolare le tipologie assistenziali da implementare devono rispondere a due principi fondamentali:

- la centralità della persona e della famiglia intesa sia come destinataria delle azioni di promozione della salute, prevenzione delle malattie, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti, sia come protagonista attivo, in un'ottica di sussidiarietà, nelle azioni che influiscono sulla salute;
- l'integrazione tra settori sanitari e sociali, con il coinvolgimento di istituzioni operanti in piani diversi, quali quello educativo, della protezione e tutela.

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

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

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

I minori che sono seguiti per problematiche di “trascuratezza” sono stati 1117 e per una “grave conflittualità coniugale” sono stati complessivamente 1120.

Le principali criticità rilevate nell’area sono:

- la complessità delle situazioni in carico al Servizio Tutela Minori è in continua crescita e necessita di interventi sempre più integrati, che coinvolgono più servizi e più territori. Sono in aumento le situazioni in carico, sia su mandato del T.O. che del T.M. che interessano più ambiti, in relazione alla residenza dei genitori dei minori in carico;
- il costo elevato dei collocamenti dei minori presso i servizi residenziali che diventa sempre più difficilmente sostenibile a fronte del presente contrarsi delle risorse economiche dei Comuni;
- l’ampia fascia delle situazioni di disagio di minori e delle loro famiglie poco o insufficientemente presidiata: si tratta di quelle situazioni ove si possono rilevare quegli elementi di comportamento e di distorsione delle relazioni familiari che, spesso in concomitanza con un elemento scatenante, possono deteriorarsi e portare a situazioni di grave pregiudizio per i minori con la conseguente segnalazione all’Autorità giudiziaria.

Gli obiettivi previsti:

- predisposizione di un accordo tra tutti gli Ambiti territoriali e i gestori dell’attività psicologica (Consultori Familiari pubblici e privati accreditati) per rivedere le modalità di presa in carico, di collaborazione, con la definizione di criteri di efficacia di interventi;
- sperimentazione ed attivazione di strumenti di interventi orientati al sostegno della genitorialità ( ad es. gruppi);
- definizione di prassi e cura nella ricaduta operativa di metodologie operative per la valutazione e il sostegno della genitorialità nelle famiglie migranti;
- accordi con i servizi di Neuropsichiatria Infantile, Consultori Familiari e Servizi Territoriali della Tutela Minori per la valutazione e presa in carico degli adolescenti con gravi problematiche;
- attivazione ed implementazione di interventi e progetti alternativi al collocamento in Comunità educativa, per gli adolescenti appartenenti a nuclei familiari carenti e fragili, incapaci di cure genitoriali adeguate
- mantenere il sostegno ai minori vittime di abuso e grave maltrattamento, che per tale motivo sono collocati in strutture protette, definendo un percorso di integrazione tra i vari soggetti coinvolti.

## 6.4. Area politiche giovanili

Attraverso l'azione di confronto e condivisione è oggi possibile individuare i seguenti punti di attenzione che concorreranno allo sviluppo delle future azioni delle politiche giovanili di ambito:

1. *Accesso alle opportunità ed informazioni*
2. *Promozione dell'autonomia e della transizione alla vita adulta (accesso al lavoro, al credito, alla casa...)*
3. *Sviluppo di competenze alla vita, prevenzione alle dipendenze e contrasto alla dispersione scolastica*
4. *Protagonismo e partecipazione*

### **Accesso alle opportunità ed informazioni**

Le principali risoluzioni e documenti pubblicati in questi anni dai vari organismi dell'Unione Europea (Libro Bianco, Carta Europea di Partecipazione e la nuova Carta Europea dell'Informazione) vanno tutte nella direzione di affermare l'importanza e l'identità dell'informazione per e con i giovani, in particolare riguardo:

- 1) la promozione e la qualità dei servizi informativi;
- 2) la relazione tra informazione, diritti e partecipazione dei giovani.

Nei servizi d'informazione per i giovani si individua uno strumento importante che gli Enti del territorio possono utilizzare, con l'obiettivo primario di soddisfare il cittadino/giovane portatore di bisogni e diritti ed ampliare le possibilità di accesso alle opportunità.

La finalità principale del servizio è quindi l'inserimento dei giovani nella vita sociale, civile, culturale e professionale attraverso l'informazione, la documentazione, l'orientamento e la consulenza.

Garantire un più facile accesso alle informazioni attraverso l'organizzazione di una rete di servizi finalizzata a questo rappresenta un'opportunità strategica: una rete di servizi che incoraggia lo sviluppo delle attitudini sociali e vocazionali dei giovani affiancandoli nelle loro scelte e nel loro divenire parte attiva dell'ambiente sociale, attraverso anche le molteplici forme della comunicazione. In questo senso il lavoro potrebbe partire dalle esperienze già messe in campo ad Orzinuovi con l'associazione STARTLAB.

Servizi che offrono un più facile accesso alle informazioni devono, inoltre, essere pensati come luoghi di incontro; ponte tra giovani, istituzioni, comunità e territorio; cassa di risonanza delle opportunità offerte ai giovani, in un'ottica di trasversalità; osservatori privilegiati dei bisogni e delle attese dei giovani; luoghi che siano loro dedicati, da loro scelti, studiati con loro, che parlino il loro linguaggio e che siano un incubatore di stimoli culturali ed educativi.

Sarà opportuno, nel futuro triennio, operare per:

- realizzare un sistema di diffusione e scambio delle informazioni tra diversi servizi in grado di favorire un più facile accesso a tutti i territori dell'ambito;
- organizzare uno strumento efficace di divulgazione pensato e, possibilmente, realizzato con e per i giovani.

### **Promozione dell'autonomia e della transizione alla vita adulta (accesso al lavoro, al credito, alla casa...)**

I giovani sono una risorsa per i territori. Questa è la consapevolezza degli operatori, degli enti e degli stessi giovani. Purtroppo, però, proprio dalle giovani generazioni emerge una forte disillusione nei confronti del futuro. La difficoltà a rendersi autonomi ed indipendenti oggi frena molti giovani. Difficile l'accesso al mercato del lavoro, difficile l'accesso alla casa, ancor di più al credito. I dati mostrano una forte incertezza e questa impedisce l'investimento e l'ampliamento di opportunità in cui i giovani possono spendersi ed essere protagonisti.

Per questo nel prossimo triennio si dovrà operare attraverso un rafforzamento ed allargamento del lavoro di rete e confronto per recuperare opportunità e favorire un rafforzamento nelle possibilità di accesso alla vita adulta.

#### *Accesso al lavoro*

In questa fase di forte incertezza economica e di crisi occupazionale diviene determinante coordinare le azioni da intraprendere a livello sovra territoriale per favorire un più facile contatto ed accesso dei giovani nel mercato del lavoro.

I dati allarmanti in merito ai giovani che non sono coinvolti né in percorsi di formazione né in processi di ricerca di occupazione pongono in essere l'evidenza che l'azione da intraprendere deve tenere insieme sia il sistema formativo che quello occupazionale. Importante sarà valutare l'offerta formativa presente sul territorio e confrontarla con quanto richiesto direttamente dal mondo produttivo.

Tutte le realtà del territorio d'ambito che già operano sul tema dell'occupazione e della formazione dovranno essere coinvolte e chiamate a cooperare al fine di avviare processi virtuosi di contatto ed ampliamento di opportunità.

Passaggio determinante sarà anche quello di coinvolgere imprese, associazioni di categoria, parti sociali, enti sovra territoriali per un fattivo lavoro di confronto.

In tema di mercato del lavoro dovrà essere dato spazio anche allo sviluppo di occasioni di imprenditoria giovanile in modo da sollecitare ed ampliare le potenzialità delle giovani generazioni. Favorire il coraggio di fare impresa e di intraprendere dovrà essere un'attenzione su cui il territorio deve investire.

#### *Accesso alla casa*

Elemento tangibile di autonomia è avviare un proprio percorso di vita indipendente potendo vantare un alloggio dove stare. Si dovranno costruire importanti contatti con enti ed associazioni del territorio finalizzati a definire azioni concrete di accesso alla casa per le nuove generazioni. Si dovrà avviare una fase di promozione del "Canone Concordato" finalizzata a garantire la proposta di canoni di locazione più accessibili e legali. Si dovranno attuare azioni di housing sociale o co-housing presso territori maggiormente sensibili a tale tematica favorendo l'integrazione all'interno dei Piani di Governo del Territorio.

#### *Accesso al credito*

Questa tematica complessa ed articolata deve essere studiata ed approfondita nel prossimo triennio al fine di individuare i migliori e più efficaci percorsi per agevolare l'accesso alle opportunità lavorative, di imprenditoria, di studio, agli alloggi per le nuove generazioni.

La realizzazione di un fondo di garanzia che permetta un più fluido accesso alle opportunità per le nuove generazioni potrebbe essere una prima azione di sistema ma necessita di un adeguato approfondimento oltre che della costruzione di canali di confronto e contatto con istituti di credito territoriali.

### **Sviluppo di competenze alla vita, prevenzione alle dipendenze e contrasto alla dispersione scolastica**

La dimensione dell'incertezza e della precarietà non deve prevalere durante le azioni di sviluppo delle competenze alla vita. Si deve operare attuando azioni di sviluppo del pensiero positivo e di rafforzamento dell'autostima informando correttamente e preventivamente del quadro di contesto con cui i giovani andranno a confrontarsi.

Forti azioni di contrasto alla dispersione scolastica dovranno essere intraprese alleandosi e rafforzando i contatti con le istituzioni scolastiche.

Si dovranno realizzare azioni in grado di far emergere le competenze acquisite presso ambiti informali valorizzandone la spendibilità sia nel percorso formativo che di lavoro. Sarà importante favorire ed offrire spazi di incontro e confronto tra pari e non in modo che si possano rafforzare ed attivare gli stessi giovani.

Particolare attenzione sarà posta alla prevenzione alle dipendenze allargando l'azione di intervento anche alle nuove forme di dipendenza (da gioco, internet...).

### **Protagonismo e partecipazione**

Gli obiettivi per il prossimo triennio si configurano essenzialmente come obiettivi di sistema e saranno orientati a:

- Favorire la continuità ed il potenziamento delle esperienze di partecipazione già avviate;
- Sperimentare nuove metodologie di coinvolgimento dei giovani anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie;
- Facilitare l'ingresso di nuovi soggetti/attori nella rete;
- Favorire occasioni di apertura e scambio tra le realtà nazionali ed europee
- Promuovere il confronto ed il dialogo con le istituzioni.

## **6.5 Area Salute mentale**

Nel corso degli ultimi anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica.

Dall'attenta analisi della casistica in carico ai servizi specialistici deputati alla cura del paziente si rileva l'aumento di comportamenti-problema non affrontabili in un solo servizio specifico.

Si denotano infatti forme di disagio nelle quali vi è la compresenza di multifattori quali:

- disturbi inerenti personalità del carattere
- uso di sostanze
- disgregazioni sociali (bisogni economici sociali)

- emersione di sintomi emotivi familiari
- conflittualità sistemico familiare
- intolleranza alle frustrazioni

Questa combinazione di sintomi colpisce prioritariamente la fascia d'età compresa tra i 14 ed i 18 anni con i primi esordi di patologia psichiatrica tra i 13 ed i 14 anni.

Tale elemento risulta essere per gli operatori coinvolti uno dei fattori di maggiore criticità, in quanto la formazione degli operatori degli stessi risulta essere più specifica nell'area neuropsicologica che psichiatrica.

Da questo scaturisce una necessità di presa in carico multidisciplinare in collaborazione tra i servizi NPI e CPS attraverso il quale strutturare interventi a "ponte" al fine di predisporre una prassi operativa ed un setting adeguato dove poter effettuare la presa in carico dell'utente.

### RISORSE E INTERVENTI

Il coinvolgimento attivo dell'utente e della famiglia nella partecipazione al progetto terapeutico è fondamentale; altrettanto importante è il sostegno ed il raccordo della rete informale con la rete formale per garantire al paziente una risposta flessibile e continuativa, sia ricreativa che sociale e lavorativa.

Risulta pertanto significativo :

- Qualificare le prestazioni sull'evoluzione delle domande e prevedendo nuovi modelli di erogazione dell'offerta
- Definire programmi di sostegno alle famiglie con pazienti psichiatrici, attraverso un'assistenza domiciliare finalizzata anche ad aumentare le capacità di cura della famiglia;
- Promuovere interventi di contrasto allo stigma nelle sue varie forme con l'obiettivo di favorire una visione "normalizzata" delle persone con disturbi mentali, di valorizzare la diversità e di sperimentare strumenti nuovi di interazione, dialogo e conoscenza;
- Promuovere interventi terapeutico-riabilitativi che facilitino il percorso di recupero delle abilità individuali-relazionali-lavorative dei soggetti più deboli al fine di riacquisire l'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- Rendere prioritario l'obiettivo dell'inserimento lavorativo nei percorsi terapeutico-riabilitativi e di facilitare la collaborazione tra i diversi soggetti che a vari livelli si occupano di inserimento lavorativo di persone con disturbi psichiatrici;
- Promuovere una forte integrazione tra Salute mentale e dipendenze patologiche, che salvaguardi l'autonomia organizzativa delle due aree ma preveda una programmazione congiunta, in particolare nel Piano di Zona, con possibilità di sperimentare a livello locale nuovi modelli organizzativi integrati;
- Incentivare la collaborazione con le associazioni di volontariato e il privato sociale, favorendo e consolidando nel territorio la presenza di reti informali (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di automutuo- aiuto).



## 6.6. Area dipendenze

Gli interventi rivolti alla prevenzione/rimozione del disagio adulto sono forse quelli in cui è più evidente ed esplicito il nesso tra lavoro con e per le persone che presentano il problema e lavoro di rete nella comunità, perché il disagio adulto non di rado si accompagna a comportamenti devianti, perché spesso è percepito come potenzialmente pericoloso o in ogni caso è avvertito come fattore di rischio per la comunità e la sua coesione.

Hanno funzione preventiva tutte le azioni di supporto alle famiglie, all'infanzia, ai giovani, che tendono a migliorare la qualità della vita individuale ed a aumentare il livello di coesione sociale favorendo stili di vita sani, in armonia con la collettività e l'ambiente.

### **Problematiche emergenti**

- aumento costante del numero degli utenti in età giovanile con situazioni multiproblematiche con valenza trasversale nell'area salute mentale;
- situazioni complesse con minori seguiti dai servizi Tutela minori con procedimenti penali in corso (messa alla prova,) adulti con affidamento ai servizi sociali
- costante aumento dei costi e riduzione delle risorse a carico dei Comuni per la necessaria assistenza nei diversi momenti della vita. Infatti, come evidenziato in precedenza, se all'inizio dell'ultimo triennio questa voce di spesa era la terza come entità, preceduta dalla spesa per i minori e per gli Anziani, attualmente è divenuta la seconda fonte di spesa per i Comuni dopo quella relativa ai Minori.

-

### RISORSE E INTERVENTI

- Condivisione territoriale della conoscenza del fenomeno dipendenze e del suo impatto, al fine di migliorare i vari interventi, identificando i fattori di rischio
- Implementazione attività del Servizio sociale di base
- Previsione di Linee d'indirizzo di Ambito per quanto concerne le politiche abitative
- Previsione di Linee d'indirizzo di Ambito per quanto concerne le politiche lavorative
- Progettazione policy lavoro: promozione dell'integrazione lavorativa per persone con problemi di dipendenza attraverso l'acquisizione di un ruolo sociale attivo e propositivo promuovendo l'inclusione sociale
- collaborazione costante e intensa con servizi UEPE e USSM anche attraverso il concordo attraverso interventi di collaborazione in convenzione;
- accompagnamento di persone in condizione di fragilità e svantaggio certificato e non;
- attivazione su specifici progetti di Borse lavoro.

L'Agenzia del Lavoro del Consorzio InRete.it è un ente accreditato dalla Regione Lombardia ai sensi del L. R. 22/06 e gestisce attività di sostegno alla ricerca del lavoro attraverso la definizione di percorsi personalizzati, in relazione ai differenti bisogni delle persone, attuando interventi appropriati di accompagnamento per l'inserimento nel mondo del lavoro.

I destinatari sono:

- soggetti in situazione di difficoltà nel reperire un adeguato inserimento nel mondo del lavoro, residenti nel Comune di Orzinuovi, segnalate dal servizio sociale comunale.
- persone in condizioni di svantaggio e/o a rischio di emarginazione in età lavorativa (che non hanno quindi i requisiti di cui alla legge 68/99 e 383/91, art. 4);
- giovani inoccupati e disoccupati, di età compresa tra 16 e 29 anni compiuti, residenti nei comuni dell'ambito 8

Il Servizio di accompagnamento al lavoro si articola attraverso le seguenti fasi di intervento, da espletare in raccordo con l'Ufficio servizi sociali del Comune di residenza:

1. accoglienza: ricevimento delle domande e istruttoria relativa alle richieste di valutazione degli utenti proposti dal servizio sociale comunale, attraverso apposita scheda di segnalazione;
2. valutazione e progettazione individualizzata: analisi e valutazione dei soggetti per la predisposizione di un progetto con obiettivi specifici per l'avvicinamento al lavoro. La valutazione si svolge attraverso colloqui di orientamento, bilancio di competenze, stesura di curriculum vitae, finalizzata a definire il possibile percorso dell'utente;
3. ricerca dell'azienda o dell'ente ospitante: attraverso la banca dati interna dell'agenzia del lavoro, vengono contattate le aziende o gli enti più idonei per il profilo delle persone candidate. Se l'azienda accetta viene organizzato un primo incontro di presentazione del candidato (che viene preventivamente preparato dall'operatore dell'Agenzia insieme al candidato). Questa azione è sempre utile per trovare nuove aziende disponibili ad ospitare le persone prese in carico. All'azienda vengono da subito illustrati tutti gli strumenti e gli incentivi oggi disponibili per eventuali assunzioni.
4. osservazione e monitoraggio educativo ( tirocinio): percorso di osservazione in azienda, ente o cooperativa, al fine di rilevare nel contesto lavorativo le effettive capacità dell'utente e/o intervenire per correggere eventuali comportamenti inadeguati e/o formare alcune competenze; il monitoraggio rappresenta la parte più importante per due motivi: supporto all'utente ; capire le eventuali possibilità di assunzione e conseguentemente accompagnamento all'azienda.
5. inserimento lavorativo: accompagnamento e tutoraggio in azienda con finalità di assunzione. Qualora il progetto evolvesse nell'assunzione il percorso prosegue con il monitoraggio post assunzione. L'Agenzia del Lavoro garantisce la copertura INAIL e la formazione generale per la sicurezza per ognuno dei cittadini che verranno segnalati dai servizi sociali per i quali venga definito un qualsiasi progetto.

## 7. LINEE DI INDIRIZZO

### Gli obiettivi strategici del Piano di Zona

Tra i principi fondamentali previsti dalla legge 328/00 assume una rilevanza strategica la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti soggetti attivi del territorio, in relazione al contributo specifico che ognuno, in base alla propria funzione ed esperienza, può apportare.

In questo senso, quindi, la costruzione del piano di zona deve essere considerata innanzi tutto come un "processo culturale" che come tale, implica uno sviluppo e un progressivo perseguimento da parte di tutti i soggetti coinvolti a tutti i livelli.

In stretta correlazione con quanto premesso, quindi, la collaborazione tra tutti i Comuni dell'Ambito n. 8 rappresenta da sempre il primo e più rilevante obiettivo da cui scaturiscono le scelte propedeutiche alla realizzazione delle finalità previste nel Piano.

Il triennio appena trascorso ha mostrato i primi segnali di esigenza di un ripensamento dei sistemi di welfare, essendo emersi fattori di crisi del welfare tradizionale, fondato su interventi di natura "prestazionale" di risposta puntuale a specifiche esigenze e che ha trovato nelle gare d'appalto di servizi lo strumento principale se non unico. La prospettiva è di evolvere verso un welfare "generativo", fondato sulla co-progettazione tra i diversi attori, su risposte pluridimensionali ai problemi sociali dei cittadini del territorio dell'Ambito n. 8.

Il triennio 2018/2020 dovrà pertanto prevedere una progressiva progettazione, sperimentazione ed elaborazione di nuovi modelli di welfare, che possano rispondere a un contesto di bisogni crescenti a fronte di una tendenziale riduzione delle risorse economiche tradizionali di natura pubblica.

Il Piano di Zona è per questo sempre da considerarsi "aperto": aperto alle nuove esigenze che emergeranno in futuro, aperto a nuove esperienze che potranno nascere, aperto a nuovi progetti che nel corso del triennio potrebbero essere realizzati in quanto ritenuti prioritari dalla popolazione della Bassa Bresciana Occidentale; aperto anche ad un ridimensionamento di quei servizi che non fossero più giudicati efficaci. Soprattutto, aperto alla sperimentazione di forme "comunitarie" e compartecipate di gestione di servizi e soprattutto di "esperienze".

In questo contesto, il Piano di Zona costituisce lo strumento per la programmazione sociale del territorio dell'Ambito condivisa dagli enti pubblici locali (i 15 Comuni) e dall'ATS di Brescia, riferimento della programmazione dei servizi socio-sanitari.

Il piano consente lo studio di strategie per migliorare l'organizzazione delle risorse disponibili nella comunità locale ed organizzare i bisogni dei cittadini, partendo dalle relazioni, dallo spazio e dai tempi di vita delle persone e delle famiglie.

Il Piano di Zona costituisce progetto di sviluppo comunitario, sia per quanto riguarda i contenuti, sia per quanto riguarda il processo di costruzione, poiché esso si costruisce in un processo dialogico volto a definire quali siano i beni pubblici da salvaguardare ed incentivare.

Oggetto della programmazione zonale sono i servizi e gli interventi sociali, intendendo per sociali tutti quei servizi, unità d'offerta ed interventi, che non ricevono finanziamenti sul fondo sanitario regionale.

### PRINCIPI ISPIRATORI

Il Piano di Zona deve improntarsi ad alcuni principi di fondo, che devono sottostare alle linee strategiche e alla loro quotidiana attuazione:

- libertà di scelta
- deciso orientamento verso i titoli per l'acquisto
- ruolo essenziale del terzo settore come produttore di servizi

- centralità della famiglia
- nota peculiarità della relazione tra sociale e sociosanitario

La finalità principale dei nuovi piani di zona deve essere la tutela del diritto all'uguaglianza tra le persone che vivono sul territorio, indipendentemente da quale sia il Comune nel quale risiedono.

Le profonde differenze, di quantità e qualità dei servizi di cui possono usufruire, unitamente alla disparità di costi, distorcono e sviscerano il principio di "pari opportunità" e non possono più essere portate avanti.

## PRIORITA' E OBIETTIVI DELLA PROGRAMMAZIONE

In questo contesto, il Piano intende orientare la programmazione dei servizi lungo le seguenti linee:

- **ricomposizione delle risorse**, assumendo l'impegno di operare una ricomposizione delle fonti e degli impieghi
- **gestione in forma associata** della quota maggiore possibile di risorse proprie
- acquisizione di **risorse aggiuntive** da parte degli uffici di piano grazie ad azioni di fund raising, evitando nel contempo la riduzione dei trasferimenti comunali
- orientamento dei servizi **verso le persone e le famiglie**, e non solo verso gli utenti già in carico
- spostamento del **focus dei servizi** dalla domanda ai **bisogni e i problemi della popolazione**
- considerazione di **tutte le risorse che concorrono al welfare**, quelle pubbliche, private e anche delle famiglie
- **integrazione di aree di policy differenti**: casa, lavoro, sanità e scuola. E' necessario un allargamento della visione sociale, che si estenda oltre ai confini delle strette competenze istituzionali, promuovendo l'attivazione di tutte le risorse disponibili nelle persone, nelle famiglie e nella Comunità.
- ricomposizione delle conoscenze, dei servizi e quindi dei percorsi dei cittadini-utenti all'interno del **sistema dei servizi**. Una indicazione che da politica e culturale diviene molto concreta con la previsione di un sistema di incentivi economici a favore dei territori più integrati.

Il cambiamento strategico delineato in premessa dovrà essere apportato e supportato in maniera graduale, ma con estrema determinazione. In quest'ottica sarà necessario un approfondimento anche politico in merito ai seguenti obiettivi:

- riequilibrio tra le risorse programmate e gestite a livello comunale e quelle programmate e gestite a livello distrettuale;
- il nuovo ISEE, primo, fondamentale banco di prova, nato come strumento di equità, di coesione e di cittadinanza a livello nazionale (Livello Essenziale delle prestazioni sociali);
- miglioramento delle conoscenze e ricomposizione. Occorre lavorare in un'ottica di moderno welfare territoriale significa programmare il miglioramento della conoscenza del contesto economico e sociale, leggere i bisogni – e non solo la domanda – dei singoli e delle famiglie, ri-componendo i settori di intervento, sociale e sanitario innanzitutto, ma anche riguardanti lavoro, casa, scuola...un welfare che agisca rafforzando le risorse individuali delle persone e le loro competenze sociali, integrando risorse e opportunità. L'obiettivo della ricomposizione delle conoscenze, dei servizi e delle risorse si raggiunge mediante la partecipazione attiva e continuativa di vari attori del sistema di welfare, pubblico e privato, in un'ottica di welfare comunitario a forte regia pubblica. Fondamentale la valorizzazione di un nuovo ruolo del terzo settore, non più solo considerato come un soggetto erogatore ma come un partner affidabile con cui programmare e gestire le politiche in un'ottica di co-progettazione e corresponsabilità dei rischi e dei benefici della collettività. Un welfare, in altre parole, non solo "riparativo" ma "generativo", centrato sulle capacità, finalizzato ad essere motore di investimento e trasformazione sociale;

- la governance: un quadro nuovo e ricompositivo significa un sistema di relazioni più evoluto e maturo tra Regione, ASL e Comuni. Spunti significativi, a volte interessanti, sono stati offerti dalla Regione, con l'indicazione di strumenti quali il rapporto paritario, il fondo indistinto, lo sviluppo e il consolidamento della Cabina di Regia. Ma anche il territorio deve fare un salto di qualità, cominciando dal praticare, con spirito e criteri nuovi, gli strumenti di governance;
- una presa in carico a diversi livelli (breve o complessa);
- consulenza sociale ed elaborazione progetti rivolti alla collettività;
- la partecipazione alla gestione di progettazioni sul territorio distrettuale, sia in qualità di referente scientifico del progetto, sia negli organismi deputati a governare gli stessi;
- la partecipazione alla implementazione di alcune azioni previste dal Piano di Zona in qualità di professionisti esperti su diverse tematiche; programmazione, organizzazione e gestione dei servizi alla persona a livello comunale; coordinamento delle fasi progettuale e organizzativa con l'ufficio di piano; consulenza ad altri uffici;
- il raccordo con le diverse realtà sociali del territorio; affiancamento e supporto tecnico alla funzione politica.

### **OBIETTIVI SPECIFICI: CONOSCENZE, RISORSE E SERVIZI**

Per raggiungere gli obiettivi strategici delineati, occorre perseguire alcune linee operative sintetizzabili come segue:

- 1) Implementazione livelli integrazione
- 2) Integrazione sistemi informativi
- 3) Revisione dei regolamenti comunali in materia di ISEE
- 4) Potenziamento servizi di integrazione lavorativa a favore di soggetti con svantaggio solo sociale
- 5) Attuazione dell'assistenza educativa di gruppo
- 6) Lo sviluppo delle funzioni di Segretariato Sociale, consolidando le sinergie tra Comuni, ATS distretto di Orzinuovi, Terzo settore, anche attraverso l'organizzazione di punti unici di accesso con il reale obiettivo di una continuità nella presa in carico unitaria dei bisogni e della persona
- 7) Il consolidamento dell'utilizzo di Fondi di Solidarietà, con possibilità di estensione ad altre tipologie di bisogno
- 8) Costante e puntuale monitoraggio dell'andamento dei servizi
- 9) Flessibilità nel ri-orientare prontamente le scelte in relazione alle reali necessità espresse dai territori
- 10) La capacità di scoprire per quanto possibile in anticipo i nuovi bisogni frutto di una mutevole situazione sociale/economica/ relazionale che contraddistingue i nostri territori.

## 7.1. Innovazioni

### Residenzialità leggera

#### Caratteristiche delle Comunità Residenziali per Anziani

La rapida evoluzione e trasformazione del quadro complessivo della persona anziana richiede una grande flessibilità nelle opzioni di risposta ai bisogni. La Comunità Residenziale si inserisce come possibile soluzione fra il domicilio e la RSA.

Tale struttura, di natura assistenziale, rientra nella sperimentazione prevista dalla Legge Regionale n. 3/2008.

Gli standard strutturali debbono rispettare le norme di sicurezza, di igiene locale e di abbattimento delle barriere architettoniche, mentre gli standard di personale sono orientati prevalentemente a garantire interventi di supporto e supervisione dell'igiene personale, mobilità, alimentazione, di sorveglianza degli adempimenti sanitari, di gestione delle dinamiche relazionali e organizzazione della giornata. La Comunità Residenziale è da considerarsi sostitutiva del domicilio; pertanto gli ospiti debbono poter fruire di tutti gli stessi servizi. Il MMG, rimane il responsabile della cura del proprio assistito, anche garantendo visite al bisogno o periodiche presso la Comunità.

La realizzazione della Comunità Residenziale, sia per gli aspetti strutturali che gestionali, può essere sostenuta dalla compartecipazione di vari attori della realtà locale, non solo dai Comuni, ma anche da fondazioni, cooperative, gruppi di volontariato, ecc., con investimento di risorse economiche, strumentali o di personale.

Il Progetto ATS prevede la sottoscrizione di un "Accordo di Programma" a livello di ambito territoriale fra Comune di ubicazione, Assemblea dei Sindaci, ATS ed ente gestore che identifica gli enti e sancisce ruoli nell'attuazione e gestione delle Comunità Residenziali.

La Comunità Residenziale per anziani ha i suoi punti di forza, garanti del buon funzionamento, in alcuni presupposti imprescindibili, fra i quali:

- la valutazione multidimensionale garantita dall'Ente Gestore attraverso gli strumenti previsti (CIRS, MMSE, Barthel, GDS) ed in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG, è il presupposto per l'accesso alla Comunità Residenziale e la costruzione del Piano di Assistenza Individuale (PAI) poiché esprime in modo sintetico la rispondenza del servizio ai bisogni della persona definendone l'idoneità;
- la definizione del livello di fragilità clinica della persona (grado di compromissione fra lieve e moderato);
- la predisposizione di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) a cura degli operatori delle Comunità Residenziali, orientato alla salvaguardia delle autonomie, oltre che alla soddisfazione dei bisogni globali dell'anziano;
- il monitoraggio della situazione e l'eventuale attivazione di altri servizi/prestazioni che permettano di continuare a vivere in comunità, quali gli accessi del MMG (ADP) o l'ADI per garantire interventi infermieristici e/o riabilitativi;
- la dimissione pianificata, qualora si evidenzino un aggravamento della situazione che la renda incompatibile con la vita in comunità, ciò solo a seguito di individuazione e reperimento di un altro servizio più adeguato;
- la collocazione della struttura nel centro abitato ed il coinvolgimento del tessuto sociale, con il mantenimento di un livello adeguato di iniziative di socializzazione e di raccordo con il contesto locale.

Favorire il mantenimento delle abilità funzionali e dello stile di vita del singolo ospite sono il “focus” della Comunità Residenziale, che si configura come ulteriore anello della rete, ampliando le strade possibili fra cui scegliere di fronte al bisogno, in un processo di effettiva continuità assistenziale.

Queste strategie operative sono il presupposto che rendono le Comunità Residenziali un’unità di offerta ben inserita nel contesto locale, mediando fra libertà di scelta, mantenimento del livello di autonomia presente, costi contenuti e sistema di tutela.

### **I destinatari:**

I destinatari della Comunità Residenziale sono prioritariamente persone anziane compromesse nell’autonomia, con quadro clinico stabilizzato e bisogni di varia natura, di ordine non solo abitativo, ma anche psicologico, relazionale, assistenziale, sanitario e sociale, come specificato nel PAI. Essi devono presentare un grado di compromissione nell’autonomia da lieve a moderata, in particolare per mobilità e comorbidità, con assenza di significativi segni di decadimento cognitivo e di disturbi comportamentali. Possono essere in condizione sociale e familiare precaria, oppure scegliere volontariamente di vivere in Comunità, ad esempio per far fronte ai problemi determinati dalla solitudine.

Non sono ammissibili in Comunità Residenziale le persone gravemente non autosufficienti o con disturbi psico-comportamentali di rilievo, poiché le caratteristiche strutturali ed assistenziali del servizio non garantiscono livelli di protezione sufficientemente adeguati.

### **Il Piano di Assistenza Individualizzato**

La valutazione multidimensionale garantita dall’ente gestore in collaborazione con gli operatori sociali dei Comuni e con il MMG, rappresenta lo strumento attraverso il quale valutare i bisogni complessivi della persona anziana.

Per monitorare la situazione complessiva dell’ospite, sono state individuate alcune scale di valutazione fra quelle più note e consolidate che sondano gli aspetti ritenuti maggiormente significativi: comorbidità, quadro funzionale e livello di autonomia, quadro cognitivo e tono dell’umore.

Gli strumenti di valutazioni possono essere somministrati anche singolarmente qualora sia necessario evidenziare un aggravamento delle condizioni di salute dell’ospite e riformulare il Piano Assistenziale Individualizzato.

La valutazione multidimensionale “completa” prevede l’utilizzo dei seguenti strumenti:

- Barthel Activities Daily Living (ADL) oppure Barthel Instrumental Activities Daily Living IADL), per la valutazione dell’autonomia e delle abilità funzionali;
- Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), per evidenziare il numero di patologie e la loro gravità, in particolare la fragilità d’organo;
- Mini Mental State Examination (MMSE) nella versione a 15 items, per valutare le capacità cognitive e la presenza di un eventuale deterioramento cognitivo;
- Geriatric Depression Scale (GDS), per misurare il quadro depressivo e monitorare eventuali variazioni nel tono dell’umore.

È necessario svolgere una valutazione multidimensionale “completa” attraverso la somministrazione delle scale sopracitate al momento dell’ingresso in struttura e dopo 6 mesi dall’inserimento (monitoraggio) per accertare l’idoneità dell’ospite in modo da poter valutare se i bisogni della persona trovino rispondenza nelle caratteristiche della struttura.

Ai fini della stesura del PAI vengono rilevati e registrati i vari bisogni, oltre a quelli assistenziali, anche:

- necessità di prescrizioni di terapie farmacologiche continuative e/o controlli clinici, anche specialistici (visite di monitoraggio e/o terapie) predisponendo una eventuale pianificazione degli ulteriori controlli del Medico di Medicina Generale in Struttura, con periodicità predefinita;

- attivazione delle procedure per le prestazioni protesiche (ad es. ausili per diabetici) e specialistiche (ad es. visite di monitoraggio e/o terapie).

## Adesione Progetto Terrenuove

Il progetto **TERRENUOVE** si fonda su un programma di investimento già avviato dalla **Coop. Nuvola Lavoro** che ha come oggetto la produzione agricola sui terreni di "Cascina Bina" nel Comune di Borgo San Giacomo (BS). L'area in oggetto (pari a circa 27.000 mq.) è affidata in concessione alla Coop. Nuvola Lavoro dal Comune di Borgo San Giacomo per 19 anni (scadenza nel 2036) che si prevede di destinare in via prioritaria alla coltivazione di kiwi giallo e in parte minore a piante da frutto, grano quarantino, piante officinali. Vi è anche la previsione di avviare un vitigno sperimentale (in collaborazione con una ricerca promossa da Università Cattolica di Piacenza). Il programma di investimento è già stato avviato attraverso l'accensione di un mutuo decennale. Il presente progetto, pur partendo da questa concreta opportunità, che attraverso il contributo della fondazione può essere rafforzata e integrata, mira a sperimentare sul territorio della bassa bresciana un'esperienza di **welfare generativo**, attraverso l'agricoltura sociale, scintilla che può dar vita ad una nuova strategia di inclusione per le fasce deboli, nonché di coesione nel territorio della Bassa Bresciana Occidentale, caratterizzato, tra le altre cose, da una forte presenza di immigrati. La sfida è quindi dar vita ad un'azione in cui, inserimento lavorativo, attivazione di processi generativi, ottica imprenditoriale si interconnettono e alimentano reciprocamente.

Il problema centrale che si vuole affrontare con il progetto TERRENUOVE è quello delle difficoltà di accesso al lavoro e autonomia da di soggetti deboli (fragilità psichiatriche, svantaggio sociale, in uscita da percorsi riabilitativi, con disabilità) di inserirsi in percorsi di vita indipendente.

Obiettivo principale è quindi quello di creare tutte le condizioni necessarie per cui questi cittadini possano ritagliarsi pezzi di potenziale autonomia attraverso le leve del lavoro, della socialità e dell'abitare. Il progetto si sviluppa nel Distretto 8 che comprende 15 Comuni che gestiscono servizi sociali in forma associata tramite la Fondazione di partecipazione Comunità Pianura Bresciana (Barbariga, Borgo S. Giacomo, Brandico, Corzano, Dello, Lograto, Longhena, Maclodio, Mairano, Orzinuovi, Orzivecchi, Pompiano, Quinzano d'Oglio, S. Paolo, Villachiara), superficie totale di 246.47 km<sup>2</sup>. La popolazione, stabile in ultimi anni, è di 57.302 abitanti.

E' un territorio a vocazione agricola e rurale. Circa il 63% della popolazione è in età lavorativa (18-65 anni). Il progetto TERRENUOVE focalizzerà la sua azione sulla fascia più fragile di questa popolazione, sia su persone già in carico ai servizi (beneficiari progetto PON SIA, liste d'attesa del servizio SIL) sia su soggetti momentaneamente esclusi (neo maggiorenni in uscita da percorsi terapeutici riabilitativi-Bios, persone fragili che non rientrano nei criteri SIL).

Avrà la sua sede propulsiva presso Cascina Bina, situata nel comune di Borgo San Giacomo. Il problema dell'accesso a forme di vita indipendente per soggetti fragili è caratterizzato dal problema dell'esaurimento/scarsità di risorse per le politiche attive (spesa vista come costo) e allo scollegamento dei servizi/progetti dalle comunità in cui i beneficiari sono inseriti. Il Servizio inserimento lavorativa attiva processi individuali che coinvolgono persona-azienda (con servizio che fa da mediazione). Il servizio è individualizzato (in ottica restrittiva), non personalizzato. L'inserimento dovrebbe essere prima di tutto un inserimento nella comunità, passaggio che sosterebbe maggiormente l'autonomia delle persone coinvolte. Il sostegno va trovato non solo nei servizi ma anche nell'informalità.

Il SIL è frutto di una gestione associata dei Comuni del Distretto (convenzione con Ass. Comuni Bresciani), tramite Consorzio In.Rete/Solco Brescia. Attuatori dei programmi sono prevalentemente cooperative sociali di tipo B (servizi pulizia e assemblaggio). Non esiste un'ampia gamma di settori produttivi coinvolti, manca raccordo con imprese agricole, anche piccole, che potrebbero essere interessate ad accogliere inserimenti.

Gli inserimenti danno luogo in gran parte a prese in carico cronicizzanti, senza scadenza. Anche nuova normativa del tirocinio socializzante (in sostituzione di Esercitazione all'autonomia) non riesce a cogliere le potenzialità e gli interessi delle persone coinvolte (semplici "tappabuchi" per occupare il tempo).



I servizi di inserimento operano unicamente nella logica del “lavoro”, trascurando una necessaria e più ampia prospettiva di “inserimento/inclusione” sociale e comunitaria. Esistono varie progettualità che riguardano l’integrazione sociale di soggetti disabili (Baskin, Laboratorio Arte Marmellata, teatro Quarto di Rosso, Ci Entriamo Tutti) che diversamente da oggi potrebbero rientrare in una visione più complessiva di servizi per la vita indipendente.

**TERRENUOVE** sperimenta azioni di **welfare generativo**: passare da welfare governato da gestore pubblico che raccoglie-distribuisce risorse a welfare centrato su una comunità che **rigenera** le risorse disponibili, **responsabilizza** le persone che ricevono aiuto, aumenta **rendimento** di interventi. Punto di partenza è l’agricoltura sociale (AS), strumento per una economia di progetto in cui la creazione di valore sociale (inclusione) è connessa alla creazione di valore economico (sostenibilità); agente di inclusione attiva, di empowerment di comunità. Il progetto sperimenterà anche nuovo approccio alle politiche e alle prassi di inserimento lavorativo in particolare per pazienti psichiatrici, attraverso introduzione del modello **IPS** (*Individual Placement and Support*), nato al Dartmouth Psychiatric Research Center. Agendo in modo prioritario sulla motivazione, il modello supera la mentalità assistenziale e crea le condizioni perché la persona interessata sia in grado di “includersi” nei diversi contesti lavorativi. Il modello IPS prevede supporto all’accesso al lavoro non solo in AS ma in base alle preferenze del beneficiario.

Gli esiti di cambiamento attesi sono:

- la mobilitazione delle risorse di sistema (terra, competenze, disponibilità di spesa dei consumatori pubblici e privati) ed accrescerne la capacità economica ed inclusiva
- il delinearsi di percorsi di autonomia (casa e lavoro) dei soggetti in carico ai servizi (compatibilmente con le caratteristiche soggettive delle persone e con i rispettivi piani personalizzati di intervento);
- la ricostruzione dei legami comunitari dei territori della Bassa Bresciana Occidentale, agita attraverso la cura condivisa della terra (che diventa fattore di costruzione di legami sociali, coesione sociale, sviluppo sostenibile);
- la sperimentazione del modello IPS per l’inserimento lavorativo, assunta come orientamento prioritario del Distretto circa il tema degli inserimenti lavorativi per soggetti con disabilità mentale

**Terrenuove** costruisce esperienze d’inclusione e autonomia per soggetti vulnerabili; imprese sociali, aziende e servizi collaborano tra loro, costituendo partenariati in ambito agri-sociale. Le attività previste trasformano/integrano le attuali pratiche di inclusione socio-lavorativa in ottica generativa:

- fa sperimentare i livelli di autonomia raggiunta e garantisce rinforzo positivo sugli apprendimenti; aumenta efficacia dei processi di inserimento lavorativo in termini di occupabilità e autonomia delle persone: welfare è generativo perché produce autonomia;
- consente di coinvolgere la cittadinanza e le comunità locali nei percorsi di inclusione sociale: tempi e spazi dell’Agricoltura Sociale sono inclusivi, costruiscono integrazione tra differenze, tutti possono imparare e recuperare abilità lavorative e pratiche; si costruiscono contesti in cui persone di varia estrazione e condizione sociale lavorano insieme e creano legami; il settore agricolo diventa attore di welfare locale: welfare è generativo perché attiva nuove risorse
- modello IPS consente percorsi personalizzabili fondati sulla motivazione del soggetto; criteri minimi d’inclusione nel progetto sono: essere disoccupato/inoccupato, effettuare richiesta esplicita di impiego, avere forte motivazione; metodo IPS a differenza di altri approcci riabilitativi, come inserimenti protetti o borse lavoro, non si basa su valutazioni preliminari e formative, ma punta direttamente alla ricerca attiva del lavoro. I principi della metodologia IPS sono: impiego competitivo, eleggibilità basata su scelta dell’utente, rapidità dei tempi, attenzione alle attitudini dell’utente, sostegno continuativo, consulenza su opportunità economica, lavoro sistematico attivazione del territorio; metodologia IPS prevede lavoro mirato a far emergere punti di forza, motivazione, risorse e abilità che una persona in difficoltà tende a dimenticare o rinnegare, in virtù anche della connotazione sociale negativa

**1. TERRE IN VISTA.** Inclusione sociolavorativa di soggetti fragili (ex lg.381, Reg.UE 2204/02): selezione, progetto personalizzato, formazione, inserimento, tutoring, valutazione, follow-up. Si attuano

- inserimenti lavorativi per soggetti fragili in AS (collaborazione servizi sociali/servizi lavoro) presso Cascina Bina e imprese agricole coinvolte nel progetto; integrazione programma SIA
- sostegno al lavoro soggetti con disabilità mentale con modello IPS (collaborazione servizi sociosanitari) orientato a ingresso nel mercato lavoro competitivo (vari settori tra cui AS): approccio “place&train”, rapida ricerca di lavoro, fase preparatorio minima, supporto continuativo

Azione prevede spese per inserimento lavorativo (borse lavoro, tutoring, formazione), spese supporto a processo produttivo (piccole attrezzature, mobilità verso luoghi di lavoro).

Contributo a cambiamento: l'azione innova e integra le pratiche di inserimento socio-lavorativo ora praticate, sia sul piano quantitativo (maggiori inserimenti) che qualitativo (maggior impatto sui beneficiari). Attua processo di welfare generativo perché mentre assiste/include produce risorse e autonomia.

**2. FATTORIA DI COMUNITA'** - integrazione tra pratica agricola e popolazione locale per creare un tessuto comunitario più ricco e coeso

- progetti di alternanza scuola-lavoro e imprese scolastiche nella filiera agricola
- allestimento sala didattica di Cascina Bina quale luogo di educazione /aggregazione
- promozione agricoltura supportata dalla comunità: coltivare la terra attraverso una gestione comunitaria, dalla semina al raccolto, destinato prevalentemente alla comunità dei soci stessi; cittadini che pre-finanziano i soggetti di AS e usufruiscono dei prodotti; innovazione dei gruppi di acquisto solidale; mercati di vicinato; organizzazione sistema di distribuzione locale
- giornate dell'AS: laboratori educazione agricola per cittadini/famiglie;
- animazione rurale: spazi gioco, eventi e feste estive nelle cascine del territorio
- housing sociale presso Cascina Bina e presso appartamenti presenti sul territorio: appartamenti di inclusione sociale e autonomia

Contributo a cambiamento: attraverso le azioni previste si crea un legame comunitario tra soggetti svantaggiati, operatori dei servizi, cittadini, imprenditori agricoli; tale legame è funzionale sia all'impatto degli inserimenti lavorativi sia alla sostenibilità complessiva del progetto e alla diffusione di ulteriori pratiche di agricoltura sociale nel territorio.

**3. FATTORIE SOCIALI IN RETE** - Costruzione Rete Fattorie sociali della Bassa Bresciana Occidentale: il coinvolgimento graduale/progressivo di aziende promuove dispositivi di inclusione sociale e di promozione della comunità locale

- Mappatura aziende agricole del territorio e valutazione tipologie di produzione appropriate all'AS: analisi desk e ricognizione sul campo
- creazione rete di “agricoltori sociali”: azione di sensibilizzazione e incentivo a favore di agricoltori e aziende agricole del territorio; in queste aziende si svolgono alcune delle azioni sopra indicate
- incontri di scambio e confronto con esperienze italiane di agricoltura sociale workshop e visite guidate.

Contributo a cambiamento: la messa in rete di un certo numero di imprese agricole che attivano pratiche di agricoltura sociale consente di aumentare le opportunità di inclusione sociale, di collegare vari gruppi di cittadini, di promuovere nuove forme di socialità e di sviluppo locale socialmente sostenibile.

4. **GOVERNANCE E GESTIONE** – Comprende tutte le attività trasversali di conduzione del progetto, finalizzate a sostenerne la fase di implementazione, valutazione e mainstreaming:

- Direzione e coordinamento generale del progetto e rapporti con i partner (gestione cabina di regia)
- Supervisione, monitoraggio e valutazione
- Piano di fundraising e comunicazione
- Gestione amministrativa e rendicontazione

## **8. LE POLITICHE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI. (IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO DELL'ATS DI BRESCIA)**

LE POLITICHE SOCIALI SOVRADISTRETTUALI.  
(IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO DELL'ATS DI BRESCIA)

Nel rileggere oggi quanto inserito 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 benché 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 delineata 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 ha anticipato la 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 risolvere.

Quindi l'esperienza concreta degli uffici di piano bresciani valorizza e potenzia i rapporti di collaborazione sovra zonale 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 "tormentato" 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 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 necessario che ATS – che governa di fatto le risorse socio sanitarie e sanitarie- affiancasse 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 (Tutela minori, 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 sovrazionale, 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 e del Regolamento regionale n. 4/2017 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 al 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.

## POLITICHE ABITATIVE

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 Sicut 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:

1. un incremento del target di cittadini, i vulnerabili, che faticano a sostenere un canone di locazione di mercato;
2. 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);
3. 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**

1. 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;
2. 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;
3. 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;
4. si ritiene importante valorizzare il patrimonio abitativo degli enti locali oggi non utilizzato per carenze manutentive;
5. 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;
6. 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 Sictet  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 nella gestione 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
<b>N. 1 Brescia e Collebeato</b>	SIL	Cento leve e dote Comune		Accreditamento per l'erogazione di voucher inserimento lavorativo
<b>N. 2 Brescia Ovest</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 31/12/2018
<b>N. 3 Brescia Est</b>	SIL	Go for Work – Servizi al Lavoro		Azienda Speciale Consortile
<b>N. 4 Valle Trompia</b>	SIL			Gestione Associata ACB
		Progetto "ZeroOttanta" Inserimento Lavorativo	WORK UP	Gestione CIVITAS e accreditamento con Agenzia Consorzio Valli
<b>N. 5 Iseo</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020
<b>N. 6 Montorfano</b>	SIL e percorsi svantaggio non certificato			Gestione Associata ACB fino al 2020

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

7. 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;
8. 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;
9. 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

### 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 (Rel)- 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.

#### 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 Rel, 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 Rel: 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 Rel 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 Rel (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 Rel:

- se il soggetto vulnerabile che accede spontaneamente ai servizi al quale, opportunamente informato, può essere assicurato tramite il Rel 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.

#### 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 Rel 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 Rel, 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 Rel è quello di lavorare all'attivazione di percorsi di sostegno educativo, soprattutto in contesti di deprivazione e di alta criticità. Al di là del Rel, 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.

#### 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 Rel;
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	Personale degli ambiti  Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative,	Incontri di équipe  Incontri periodici di informazione e aggiornamento  Scambio di dati e	Azioni/procedure di scambio delle informazioni anche mediante strumenti informatici; Incremento del numero di richieste di	si/no  si/no  si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018

	precisa in ordine alle varie opportunità e misure attive sul territorio in modo che anche le realtà locali possono proporle e diffonderle	associazioni, ecc.	informazioni	benefici. Raccolta dati per monitorare le fonti invianti		
Promuovere azioni formative per gli operatori e le comunità locali per meglio ri-conoscere i soggetti vulnerabili	Definizione di indicatori / caratteristiche / competenze utili a rilevare il bisogno, nel rapporto con l'utenza Monitoraggio dell'esito delle diverse misure anche in collaborazione con le realtà locali per costruire una sorta di "identità" del soggetto vulnerabile	Personale degli ambiti; Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc. Formatori/coaching.	Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale  Report di rilevazione e analisi dei casi.	Avvio azioni formative;  Produzione strumenti di lavoro	si/no  si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018
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

<p>Affrontare la problematica della povertà educativa, mediante confronto e approfondimento tra tutti gli attori sociali e socio sanitari coinvolti</p>	<p>Identificazione problematiche più frequenti</p> <p>Progettazione di risposte sperimentali e innovative al problema</p> <p>Consolidamento presa in carico integrata e multidisciplinare delle situazioni più complesse</p> <p>Affinamento capacità di lettura e identificazione dei problemi più diffusi all'interno delle famiglie e dei territori locali.</p>	<p>Personale degli ambiti e di ASST</p> <p>Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.</p>	<p>Interventi formativi con partecipazione pluriprofessionale</p> <p>Incontri di équipe</p> <p>Incontri periodici di informazione e aggiornamento</p> <p>Scambio di dati e informazioni</p>	<p>Avvio tavolo di lavoro a livello di coordinamento degli udp</p> <p>Costruzione strumenti di analisi dei casi e delle problematiche principali (caratteristica, condizioni, azioni di tutela, ecc.).</p>	<p>si/no</p> <p>si/no</p>	<p>Da gennaio 2019</p>
---	---	--	---	--	---------------------------	------------------------

## Conclusioni

Considerata la complessità del bisogno sociale presente sul territorio, la programmazione del prossimo triennio 2018-2020 ha come priorità la realizzazione di servizi e di interventi di welfare locale in forma partecipata e integrata, facendo leva su risposte prossime, adeguate, personalizzate e innovative rispetto alle domande del territorio. In particolare emerge la necessità di un rafforzamento della presa in carico integrata, valorizzando la rete sociale esistente e coordinando gli interventi e le azioni attraverso un dialogo costante con gli attori che animano il welfare locale, proseguendo nel percorso di ricomposizione delle conoscenze, delle risorse e dei servizi già avviato durante la precedente triennalità

In particolare:

- omogeneità di accesso ai servizi e agli interventi sociali a livello del nuovo Ambito distrettuale (uniformità dei regolamenti, dei criteri di accesso, delle soglie ISEE, il fattore famiglia, ecc.), anche attraverso la compartecipazione di spesa;
- omogeneità dei criteri di valutazione della qualità delle strutture e degli interventi, degli indicatori di appropriatezza e dei requisiti di accreditamento volontario delle unità di offerta sul territorio del nuovo Ambito distrettuale.

L'accREDITAMENTO qualitativo volontario è un modo per ampliare la rete, renderla più integrata e pervasiva e al contempo operare per innalzare ulteriormente il livello qualitativo dei servizi erogati e l'efficacia della risposta integrata al bisogno, oltre che per superare le asimmetrie informative esistenti. Sono necessari strumenti come un sistema di valutazione dell'efficacia e della qualità del processo di presa in carico e/o un sistema di valorizzazione degli esiti delle sperimentazioni e una diversa articolazione del sistema di accreditamento (definizione di requisiti di base articolata per tipologia di intervento, essenziali e flessibili), e il potenziamento di una filiera dei servizi che realmente prenda in carico i soggetti in un percorso omogeneo e strutturato.

- attivazione di progetti e percorsi di innovazione sociale, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti, facendo leva sulla rete sociale e sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità già introdotti nella precedente triennalità.

In tale prospettiva il cittadino non è quindi solo utente del welfare, ma egli stesso produttore di welfare e soggetto attivo nella rete dei servizi. Il welfare di comunità può essere lo strumento all'interno del quale "incubare" percorsi di innovazione sociale se ha alla base l'idea dello scambio continuo e costante tra il sistema dell'offerta sociale, le sue reti e le comunità sul territorio.

I Piani di Zona dovranno, quindi, tendere alla creazione di un welfare che crei valore per le persone, le famiglie e la comunità.

Le linee di indirizzo regionali per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020 propongono come prioritari:

- la definizione di un piano contrasto alla povertà, avvalendosi del coinvolgimento e confronto con l'Alleanza regionale, che riunisce istituzioni competenti, rappresentanti delle parti sociali e degli enti del Terzo settore esperti;
- lo stanziamento di risorse dedicate, aggiuntive al finanziamento nazionale, per sostenere l'utilizzo del Reddito di inclusione in Lombardia;
- sollecitare tutti i soggetti coinvolti a un maggior coordinamento tra le politiche nazionali, regionali e locali per una reale integrazione e rafforzamento degli interventi tra le diverse aree del welfare, sociale, sanitaria e sociosanitaria, delle politiche abitative, del lavoro e formazione;
- promuovere una rete di punti di accesso al Rei e di accompagnamento della persona e della famiglia attraverso nuove modalità di collaborazione tra servizi sociali, enti pubblici e del privato non profit.