

# **Ambito Distrettuale n°3 Brescia Est**

**Azzano Mella, Borgosatollo, Botticino, Capriano del Colle,  
Castenedolo, Flero, Mazzano, Montirone, Nuvolento,  
Nuvolera, Poncarale, Rezzato, San Zeno Naviglio**



# **Piano di Zona**

**per il sistema integrato  
di interventi e servizi sociali  
per il triennio 2018/2020**

*Approvato dall'Assemblea dei Sindaci nella seduta del 14 giugno 2018*

## **INDICE**

<b>1. PREMESSA</b>	<b>3</b>
<b>1.1. Linee d'indirizzo regionali per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Percorso per la costruzione del nuovo Piano di Zona</b>	<b>3</b>
<b>2. LA PROGRAMMAZIONE SOVRADISTRETTUALE 2018/2020</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Il contesto territoriale e demografico</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Obiettivi e azioni per la realizzazione dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale</b>	<b>16</b>
2.2.1. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE INTEGRATA	16
2.2.2. AREA FRAGILITA'	17
2.2.3. AREA DIPENDENZE – SALUTE MENTALE – PROMOZIONE DELLA SALUTE	29
2.2.4. MINORI E FAMIGLIA	45
2.2.5. CONCILIAZIONE VITA-LAVORO	50
2.2.6. CARTELLA SOCIALE INFORMATIZZATA	54
<b>2.3. La programmazione sociale sovradistrettuale condivisa dagli ambiti afferenti all'ATS di Brescia</b>	<b>55</b>
2.3.1. IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO	55
2.3.2. POLITICHE ABITATIVE	58
2.3.3. POLITICHE SOCIALI DEL LAVORO	62
2.3.4. NUOVE POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE	65
<b>3. PIANO DI ZONA AMBITO BRESCIA EST – VALUTAZIONE ESITI 2015/2017</b>	<b>72</b>
<b>4. PIANO DI ZONA AMBITO BRESCIA EST – PROGRAMMAZIONE TRIENNIO 2018/2020</b>	<b>74</b>
<b>4.1. Premessa</b>	<b>74</b>
<b>4.2. Il contesto territoriale</b>	<b>75</b>
<b>4.3. Le risorse impiegate nel settore sociale</b>	<b>76</b>
<b>4.4. Le risposte del territorio</b>	<b>79</b>
<b>4.5. Governance dei servizi e degli interventi socio assistenziali di ambito</b>	<b>79</b>
4.5.1. ASSEMBLEA DEI SINDACI	79
4.5.2. UFFICIO DI PIANO	80
4.5.3. L'ENTE CAPOFILA	81
4.5.4. RAPPORTO CON IL TERZO SETTORE	81
<b>4.6. Elementi di programmazione locale per aree tematiche</b>	<b>83</b>
4.6.1. AREA ANZIANI	83
4.6.2. AREA MINORI E FAMIGLIA	87
4.6.3. AREA DISABILITA'	91
4.6.4. AREA INCLUSIONE, POVERTA', LAVORO	94
<b>4.7. Obiettivi strategici e azioni trasversali della pianificazione zonale</b>	<b>99</b>
4.7.1. OBIETTIVO STRATEGICO 1	99
4.7.2. OBIETTIVO STRATEGICO 2	99
4.7.3. OBIETTIVO STRATEGICO 3	99

# 1. PREMESSA

## 1.1. Linee d'indirizzo regionali per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020

Dopo una triennalità 2015/2017 focalizzata sui tre principali obiettivi di ricomposizione dei bisogni, dei servizi e delle risorse, anche nelle nuove "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018/2020" tali obiettivi strategici risultano confermati poiché inerenti l'implementazione della capacità programmatica, del miglioramento degli interventi, della facilitazione dell'accesso degli utenti al sistema e della razionalizzazione delle risorse disponibili.

A ciò si aggiunge, per il prossimo triennio, il focus sul ruolo dell'innovazione sociale quale capacità di pubblico e privato di programmazione condivisa, definizione di obiettivi di lungo periodo, flessibilità negli interventi, coordinamento di rete, integrazione delle politiche, valutazione della qualità dei servizi ed appropriatezza degli interventi.

La programmazione sociale inoltre dovrà sapersi connettere con gli ulteriori strumenti programmatici messi in campo da Regione Lombardia che coinvolgono gli enti locali del territorio e con altre iniziative di promozione che attuano ad esempio le reti territoriali interistituzionali anti-violenza, le reti di conciliazione e le reti per la promozione delle pari opportunità come previsto dal Piano regionale quadriennale anti-violenza approvato con DCR n. X/894 del 10 novembre 2015. La nuova programmazione zonale si inserisce in un quadro normativo e amministrativo ancora in forte evoluzione, in particolare per l'organizzazione socio sanitaria disegnata dalla l.r. 23/2015 e dai nuovi POAS, con essa dovrà confrontarsi per integrare i bisogni dello specifico contesto territoriale e garantire le autonomie programmatiche.

## 1.2. Percorso per la costruzione del nuovo Piano di Zona

Il percorso intrapreso dall'Ambito 3 Brescia Est per la costruzione del presente Piano di Zona si è realizzato attraverso una serie di incontri di confronto e differenti approfondimenti, utili a predisporre un documento che costituisca l'orientamento generale della programmazione sociale e socio-sanitaria del prossimo triennio.

Dopo la pubblicazione della DGR X/7631 del 28/12/2017 contenente le "Linee di indirizzo per la programmazione sociale a livello locale 2018-2020" si sono realizzati incontri sia a livello sovradistrettuale che a livello d'ambito con i diversi soggetti per:

- condividere le linee di indirizzo regionali;
- verificare quanto realizzato nel triennio precedente
- individuare le problematiche emergenti nelle diverse realtà locali;
- analizzare ed evidenziare le criticità per definire obiettivi e individuare azioni nelle aree di intervento sociale (anziani, minori e famiglia, disabilità, nuove povertà e inclusione sociale).

Più specificatamente si sono realizzati:

- incontri sovradistrettuali per la verifica e la definizione delle aree sociali
- incontri per la verifica e progettazione relative all'integrazione socio-sanitaria

- incontri tematici di ambito per la verifica e la progettazione delle quattro aree (anziani, minori e famiglia, disabilità, nuove povertà e inclusione sociale)
- incontri aperti alla componente politica (compreso il passaggio nelle diverse Commissioni comunali), tecnica e ai soggetti del terzo settore per la presentazione delle verifiche e della nuova progettazione.

In data 22 maggio l'Assemblea dei Sindaci ha valutato l'esito del lavoro preparatorio accogliendo anche quanto emerso dagli incontri con il terzo settore, dando infine l'incarico all'Azienda Speciale (ente capofila) per la stesura completa del Piano di Zona.

In data 29 maggio il Consiglio di rappresentanza dei Sindaci ha approvato il documento contenente la pianificazione relativa all'integrazione sociosanitaria e alla programmazione sociale a livello sovra distrettuale.

L'Assemblea dei Sindaci in data 14 giugno ha approvato il testo finale e l'Accordo di Programma, firmato successivamente da tutti i Sindaci dei Comuni dell'Ambito.

Il documento approvato verrà infine inviato al Presidente dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto di Programmazione, che prenderà atto dei Piani di Zona del proprio Distretto di Programmazione, e della uniformità territoriale dei singoli piani con la programmazione del Distretto, nel rispetto delle Linee di Indirizzo 2018-2020, condivise nel Consiglio di Rappresentanza del 14.02.2018 e declinate nei singoli Piani di Zona.

## 2. LA PROGRAMMAZIONE SOVRADISTRETTUALE 2018/2020

### INTEGRAZIONE SANITARIA SOCIOSANITARIA E SOCIALE

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

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

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

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

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

### 2.1. Il contesto territoriale e demografico

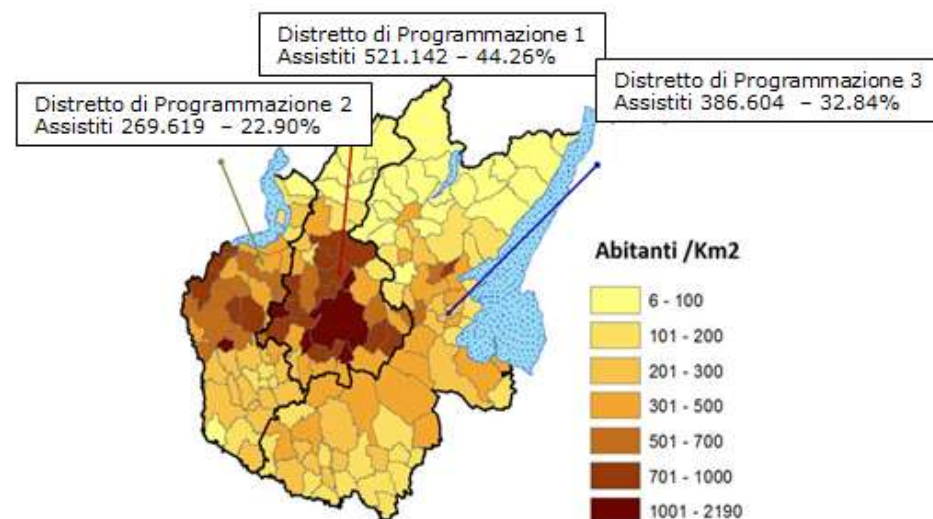
Il territorio di ATS Brescia comprende 164 Comuni e 3 ASST e si estende su una superficie di 3.465 km<sup>2</sup>, con una densità abitativa che varia considerevolmente tra le diverse zone: l'area della città è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km<sup>2</sup>), seguita dai Comuni adiacenti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

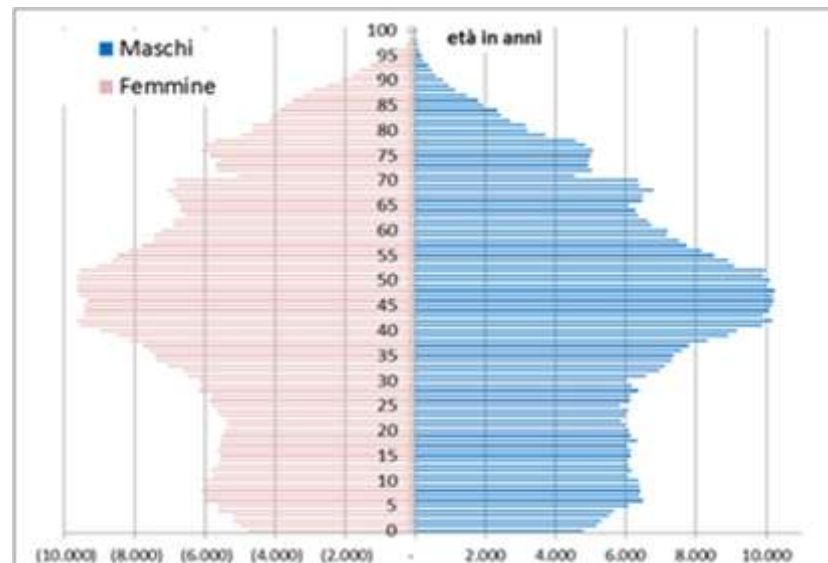
Al 31/12/2017 il numero di assistiti era 1.177.365, di cui l'1,57% non residente. A questi vanno aggiunte 22.530 persone in carico solo per un periodo limitato nel corso del 2017 poiché decedute (N=10.551) o emigrate nel corso dell'anno. La piramide

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	<b>1.000.248</b>	<b>1.045.478</b>	<b>1.093.708</b>	<b>1.149.520</b>	<b>1.168.168</b>	<b>1.174.365</b>	<b>1.176.312</b>	<b>1.177.365</b>	<b>17,7%</b>
% 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 (integrazionecon registro)*	8.648	9.272	8.761	9.617	9.999	10.537	10.118	10.671	22,0%
Tasso grezzo mortalità &	8,65	8,87	8,01	8,37	8,56	8,15	8,60	9,06	3,7%
Tasso di crescita naturale	1,6	1,7	3,0	2,7	1,3	0,93	-0,2	-0,9	-156,7%

\* N° morti ultimi 12 mesi solo in base ai dati anagrafici  
§ **Indice di vecchiaia** = [popolazione con età superiore a 65 anni/popolazione con età inferiore a 15 anni]\*100  
§ **Tasso natalità** = [numero di nati vivi /popolazione nello stesso periodo] \*1.000  
£ **Tasso fecondità grezzo** = [numero di nati vivi da donne in età feconda (15-49 anni)/ popolazione femminile in età feconda] \*1.000  
& **Tasso grezzo di mortalità** = [numero di morti in una popolazione/popolazione nello stesso periodo] \*1.000

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

- l'Ambito cittadino, che è quello con popolazione nettamente più elevata, è anche quello con l'età media più avanzata, la maggior presenza di anziani, mentre i tassi di natalità sono i più bassi della ATS. La presenza di stranieri è nella città nettamente più elevata rispetto al resto della ATS (18,8% versus 13,4%).
- l'Ambito 11 Garda e l'Ambito 4 Valle Trompia sono simili a quello cittadino per quanto riguarda l'alta presenza di anziani e la bassa natalità ma hanno una presenza di stranieri di gran lunga inferiore.
- più "giovani" appaiono invece gli Ambiti dell'hinterland e quelli della bassa bresciana

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

		AMBITI DISTRETTUALI*											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totale assistiti	N.	211.352	99.420	99.279	114.204	54.551	59.217	97.883	56.699	118.174	66.445	124.112	76.009
Donne	N.	109.770	50.073	50.156	57.449	27.589	29.705	48.667	28.128	59.405	33.105	63.917	37.944
	%	51,94	50,37	50,52	50,30	50,5	50,1	49,72	49,61	50,27	49,82	51,50	49,92
Bambini (<15 anni)	N.	26.913	15.688	14.844	15.227	8.050	9.002	16.221	8.512	16.985	10.981	17.083	11.033
	%	12,73	15,78	14,95	13,33	14,76	15,20	16,57	15,01	14,37	16,53	13,76	14,52
>=65 anni - Anziani	N.	50.987	18.654	20.586	25.519	11.585	11.624	17.463	11.197	24.557	12.002	27.294	16.462
	%	24,12	18,76	20,74	22,35	21,24	19,63	17,84	19,75	20,78	18,06	21,99	21,66
>=75 anni	N.	27.761	8.876	10.203	12.735	5.636	5.758	8.381	5.455	12.366	5.843	14.181	8.414
	%	13,13	8,93	10,28	11,15	10,33	9,72	8,56	9,62	10,46	8,79	11,43	11,07
>=85 anni - Grandi Anziani	N.	8.635	2.397	2.893	3.587	1.587	1.577	2.243	1.560	3.708	1.703	4.499	2.649
	%	4,09	2,41	2,91	3,14	2,91	2,66	2,29	2,75	3,14	2,56	3,62	3,49
Età Media		46,09	42,66	43,85	45,07	44,36	43,22	41,73	43,28	43,95	41,90	45,04	44,36
Tasso natalità X 1.000		7,23	8,63	8,44	7,50	7,46	9,29	9,33	8,01	8,66	9,08	7,47	7,87
Indice vecchiaia (>=65/minore 15)		189	119	139	168	144	129	108	132	145	109	160	149
Nuovi nati (ultimi 12 mesi)	N.	1.529	858	838	857	407	550	913	454	1.023	603	927	598
Morti (ultimi 12 mesi)	N.	2.147	798	811	1.033	504	515	714	501	1.090	543	1.227	788
Tasso mortalità		10,16	8,03	8,17	9,05	9,24	8,70	7,29	8,84	9,22	8,17	9,89	10,37
Tasso di crescita naturale		-2,9	0,6	0,3	-1,5	-1,8	0,6	2,0	-0,8	-0,6	0,9	-2,4	-2,5
Stranieri	N.	39.721	11.229	11.628	12.823	4.593	7.511	17.236	8.764	18.627	10.581	16.548	9.725
	%	18,8	11,3	11,7	11,2	8,4	12,7	17,6	15,5	15,8	15,9	13,3	12,8
Donne 15-49 anni	N.	42.939	21.751	21.163	23.694	11.444	12.512	21.379	12.083	25.156	14.761	26.644	15.735

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

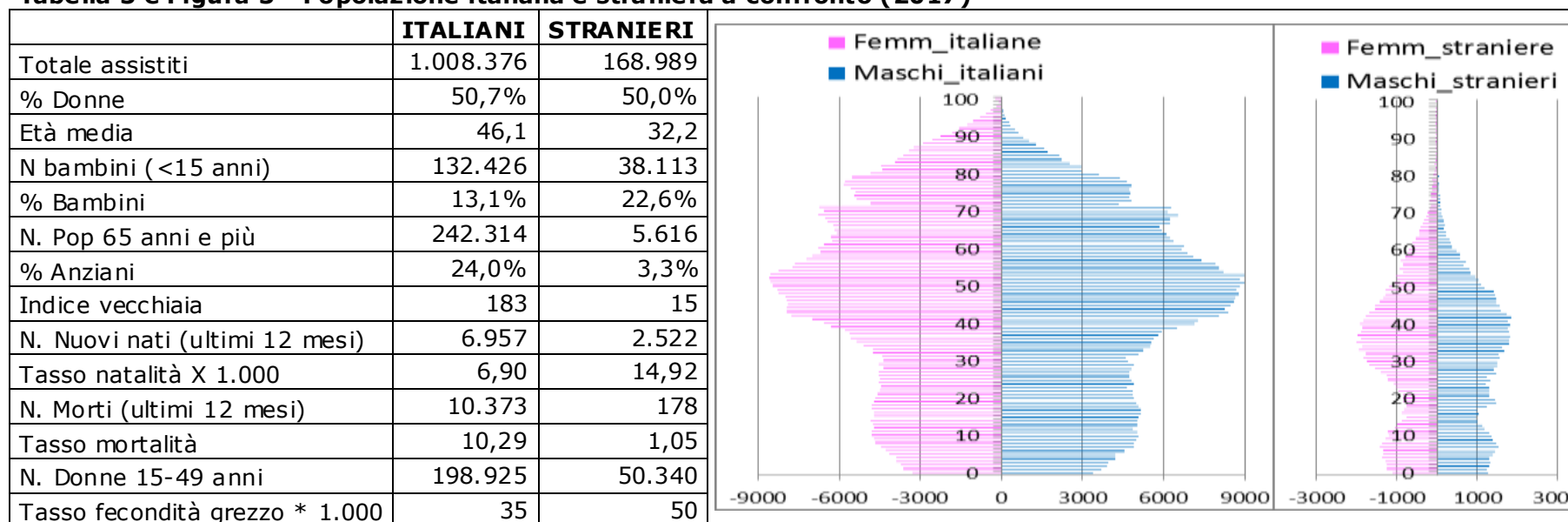


Alcune delle variazioni demografiche registrate negli ultimi anni sono da ascrivere ai mutamenti della popolazione straniera. Nel 2017 gli stranieri assistiti sul territorio di ATS Brescia (esclusi coloro senza permesso di soggiorno) rappresentavano il 14,4% del totale, una percentuale quasi doppia rispetto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

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

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

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



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

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

Il tasso di natalità tra la popolazione italiana è sceso invece dal 9,4 del 2000 al 6,9X1.000 del 2017, mentre il tasso di fecondità nelle donne italiane è diminuito solo in parte negli ultimi anni (da 39 a 35X1.000).

La popolazione straniera negli Ambiti Distrettuali presenta alcune differenze:

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

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

	AMBITI DISTRETTUALI											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Totale assistiti	<b>39.721</b>	<b>11.229</b>	<b>11.628</b>	<b>12.823</b>	<b>4.593</b>	<b>7.511</b>	<b>17.236</b>	<b>8.764</b>	<b>18.627</b>	<b>10.581</b>	<b>16.548</b>	<b>9.725</b>
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
<b>%</b>	39,63	36,88	<b>37,68</b>	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	
<b>Asili Nido</b>	N.	41	16	17	11	9	9	8	11	11	10	25	7	<b>175</b>
	Posti	1299	525	477	307	219	190	248	245	362	281	656	240	<b>5.049</b>
<b>Micronidi</b>	N.	-	-	-	1	-	1	1	1	4	3	3	6	<b>20</b>
	Posti	-	-	-	10	-	10	10	10	40	30	29	56	<b>195</b>
<b>Centri prima infanzia</b>	N.	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>3</b>
	Posti	15	-	-	38	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>53</b>
<b>Nidi famiglia</b>	N.	3	8	-	8	-	1	2	-	1	1	3	-	<b>27</b>
	Posti	15	40	-	40	-	5	10	-	5	5	15	-	<b>135</b>
<b>Centri Aggregazione Giovanile</b>	N.	8	3	8	10	2	4	2	3	3	5	5	1	<b>55</b>
	Posti	430	110	360	614	135	225	85	485	230	390	325	50	<b>3.564</b>
<b>Centri Ricreativi Diurni</b>	N.	56	19	22	32	13	13	23	11	33	22	26	10	<b>280</b>
<b>Comunità Educative</b>	N.	7	2	-	-	1	3	1	1	-	-	5	-	<b>21</b>
	Posti	72	25	-	-	7	30	7	10	-	-	43	-	<b>204</b>
<b>Comunità Familiari</b>	N.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	<b>4</b>
	Posti	-	-	-	-	-	-	-	6	6	-	4	6	<b>22</b>
<b>Alloggi per l'Autonomia</b>	N.	7	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>10</b>
	Posti	15	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>24</b>
<b>Alloggi protetti anziani</b>	N.	1	1	1	-	-	-	2	-	2	-	3	-	<b>10</b>
	Posti	48	4	10	-	-	-	16	-	28	-	39	-	<b>145</b>
<b>Centri Diurni Anziani</b>	N.	2	-	1	-	-	3	1	1	2	2	1	-	<b>13</b>
	Posti	90	-	99	-	-	305	100	50	15	130	50	-	<b>839</b>
<b>Centri Socio Educativi</b>	N.	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	-	1	<b>18</b>
	Posti	77	17	23	78	20	39	25	20	12	30	-	29	<b>370</b>
<b>Servizi di Formazione all'Autonomia</b>	N.	4	-	1	1	1	1	1	-	-	2	-	1	<b>12</b>
	Posti	140	-	35	35	35	35	35	-	-	49	-	7	<b>371</b>
<b>Comunità Alloggio</b>	N.	4	2	1	3	1	-	1	1	2	2	2	2	<b>21</b>
	Posti	39	20	10	27	10	-	10	10	17	10	20	20	<b>193</b>

## RETE UNITA' DI OFFERTA SOCIOSANITARIA

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

AREA SALUTE MENTALE															
SERVIZI	N. Posti	AMBITI DISTRETTUALI												TOTALE	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
	Autorizzati	224	55	-	66	61	29	9	21	13	31	50	39	598	
Hospice	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	4	
	Posti a Contratto	-	10	-	-	-	-	-	-	18	-	8	8	44	

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

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
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI</b>	N. strutture/Posti	<b>AMBITI DISTRETTUALI</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>	
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
<b>STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</b>	N. strutture/Posti	<b>AMBITI DISTRETTUALI</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>	
Centro Diurno (CD)	N. strutture	3	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	8
	Posti	60	-	-	20	10	20	-	-	20	-	-	20	150

<b>NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA</b>														
	N.	<b>AMBITI DISTRETTUALI</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>	
<b>Polo Ospedaliero</b>	N.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
<b>Polo Territoriale</b>	N.	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	-	15
<b>STRUTTURE RESIDENZIALI</b>	N. strutture/Posti	<b>AMBITI DISTRETTUALI</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>	
Comunità Terapeutica	N. strutture	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
	Posti	-	14	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	26
<b>STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI</b>	N. strutture/Posti	<b>AMBITI DISTRETTUALI</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>	
Centro Diurno (CD)	N. strutture	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	5
	Posti	30	-	-	-	-	-	-	10	-	10	20	-	70

## 2.2. Obiettivi e azioni per la realizzazione dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale

### 2.2.1. 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 équipe 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, agli anziani/disabili, alla tutela dei minori, all'area famiglia.

A tal fine si procederà alla definizione / revisione di linee operative / protocolli/ strumenti per la valutazione e presa in carico quali:

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

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

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
Valutazione Multidimensionale per una presa in carico integrata della persona in condizione di fragilità	Definizione e potenziamento di percorsi condivisi tra ATS-ASST e Ambiti  Definizione di strumenti condivisi di valutazione finalizzata alla definizione del Progetto	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica  Costituzione di équipe pluriprofessionali integrate (ASST/Comuni) per la valutazione multidimensionale rispetto a	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Comuni	Incontri periodici di coordinamento	Definizione /revisione protocolli/strumenti per la valutazione e la presa in carico  Utilizzo Cartella Sociale informatizzata	N. Documenti condivisi  N. casi inseriti	Entro il triennio di validità del piano



	Individuale e del Piano di Assistenza Individuale	<p>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>					
--	---	--	--	--	--	--	--

## 2.2.2. 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'équipe operative 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>7743</b>	<b>4651</b>	<b>3092</b>	<b>457</b>	<b>93</b>	<b>922</b>	<b>1594</b>	<b>2561</b>	<b>1582</b>	<b>336</b>	<b>198</b>

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

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

	Totale	CDD	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
<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**

			Classificazione SIDI persone inserite				
AMBITI DISTRETTUALI	Persone inserite in UdO Area Disabilità (teste)	CSS	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>	96	89	36	31	4	15	3
	<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>
<b>TOTALE</b>	<b>N.</b>	<b>3.945</b>	<b>1.423</b>	<b>1.637</b>	<b>1.756</b>	<b>811</b>	<b>855</b>	<b>1.089</b>	<b>723</b>	<b>1.794</b>	<b>784</b>	<b>1.627</b>	<b>1.211</b>	<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>
<b>TOTALE</b>	<b>(Prevalenza X 1.000)</b>	<b>18,2</b>	<b>14,1</b>	<b>16,2</b>	<b>15,1</b>	<b>14,6</b>	<b>14,1</b>	<b>10,9</b>	<b>12,5</b>	<b>14,9</b>	<b>11,5</b>	<b>12,8</b>	<b>15,6</b>	<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
1	6	-	32	-	12	2	20	8	65
2	-	-	11	-	7	-	11	5	33
3	-	1	6	-	4	-	5	1	16
4	1		10	-	12	-	7		29
5	1	1	17	1	5	-	8	3	20
6	-	-	6	1	5	1	4	6	19
7	1	-	8	1	9	-	7	5	25
8	-	-	3	-	1	-	3	1	27
9	2	-	11	1	12	1	5	2	37

<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 Dimissione 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 delle 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 di 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>Presenza in carico della persona in condizione di fragilità / cronicità</p>	<p>Definizione e potenziamento di percorsi integrati di presa in carico della persona in condizione di fragilità/con disabilità/anziانا attraverso la definizione di Progetti Individuali e l'attivazione integrata di servizi/interventi (es. Misura B1-B2-Dopo di noi)</p> <p>Attivazione interventi a sostegno di Progetti di Vita Indipendente e a sostegno dell'Autonomia</p> <p>Attivazione di progetti e percorsi innovativi in risposta a bisogni emergenti:</p> <p>1- Interventi a sostegno di minori/adulti con gravi disabilità e in particolare con disturbi dello spettro autistico</p> <p>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)</p>	<p>Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica</p>	<p>Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/ Comuni, Terzo Settore</p>	<p>Incontri periodici 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>

## 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 comune 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**

<b>AMBITI DISTRETTUALI</b>	<b>M</b>	<b>F</b>	<b>NON HANDICAP / NON VALUTATO</b>	<b>HANDICAP</b>	<b>GRAVE HANDICAP</b>
<b>1</b>	129	48	-	122	55
<b>2</b>	-	-	-	-	-

<b>3</b>	129	41	-	131	39
<b>4</b>	68	29	2	79	16
<b>5</b>	26	13	-	34	5
<b>6</b>	39	15	-	48	6
<b>7</b>	73	45	-	79	39
<b>8</b>	27	12	-	33	6
<b>9</b>	74	32	-	47	59
<b>10</b>	53	17	-	29	41
<b>11</b>	-	-	-	-	-
<b>12</b>	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  Definizione criteri condivisi per l'accesso agli interventi  Definizione modalità di attivazione degli interventi	Incontri di Progettazione, Monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/ Uffici di Piano/ Comuni, Scuola	Incontri periodici di coordinamento	Revisione Accordo di Programma per l'integrazione scolastica di alunni con disabilità  Definizione di criteri per l'assegnazione della assistenza all'autonomia nell'ambito della scuola	Documenti condivisi	Entro il triennio di validità del piano

## PROTEZIONE GIURIDICA

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

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

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

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

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

Sempre più rilevante è stata la partecipazione dell'associazionismo al sistema, del volontariato in particolare, con l'apertura di nuovi sportelli.

Nell'ambito del Gruppo di Coordinamento cui partecipano i rappresentanti di tutti gli attori (ATS, ASST, Uffici di Piano, Terzo Settore), la cui responsabilità è affidata all'UPG dell'ATS di Brescia, nel 2017 si è ritenuto necessario, alla luce dei cambiamenti istituzionali ed organizzativi intervenuti, 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 e Giuridica in applicazione delle Linee di Indirizzo Regionali e Linee Guida Locali	<p>Sostegno alla rete dei servizi di protezione giuridica pubblici e del Terzo Settore che garantiscono le attività previste nelle Linee Guida Locali (informazione, consulenza, orientamento nelle procedure a tutti i cittadini);</p> <p>Realizzazione di iniziative nell'ambito della protezione giuridica in collaborazione con la rete territoriale.</p>	Incontri di progettazione, monitoraggio e verifica	Operatori ATS/ASST/Uffici di Piano/Terzo Settore	Incontri periodici di coordinamento	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

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

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

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

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

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

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

- Tossicodipendenti
- Alcolodipendenti
- Tabagisti



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

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

**Tabella 3– Distribuzione utenza servizi ambulatoriali - Dati ATS Brescia**

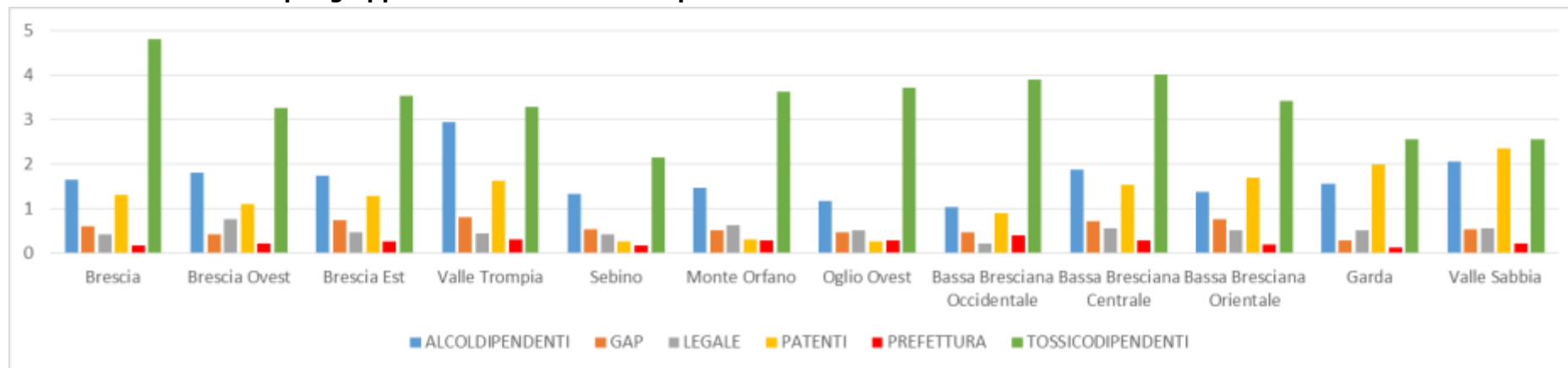
<b>Gruppo d'utenza</b>	<b>TOT.</b>	<b>Età media maschi</b>	<b>Maschi %</b>	<b>Età media femmine</b>	<b>Femmine %</b>
Alcoldipendenti	1.317	48,6	74,0%	51,4	26,0%
GAP	429	45,7	82,7%	52,4	17,3%
Lavoratori	111	40,2	100%	-	-
Legale	403	34,3	76,9%	36,6	23,1%
Patenti	1.110	43,8	90,8%	40,3	9,2%
Prefettura	169	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:

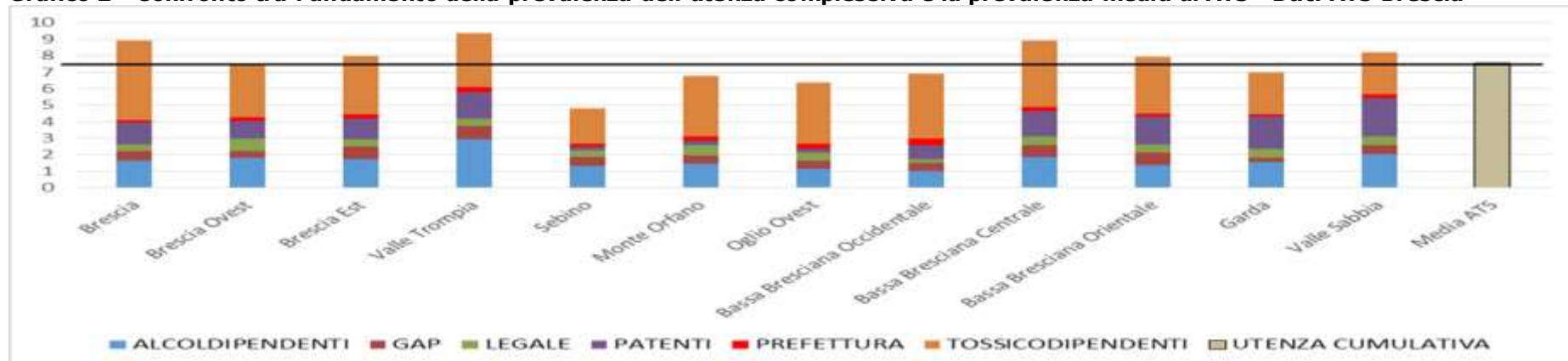
- un'elevata prevalenza di utenza con disturbi da uso di sostanze nell'Ambito 1 Brescia, mentre la prevalenza più bassa si registra nell'Ambito 5 Sebino;
- nell'Ambito 4 Valle Trompia si registra un'elevata prevalenza di utenza seguita per disturbi da uso di alcol;
- i territori dell'Ambito 12 Valle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

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



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

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



## SALUTE MENTALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)

**Tabella2 - Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19) in valore assoluto (N) e Percentuale relativa (% rel)- Dati ATS Brescia**

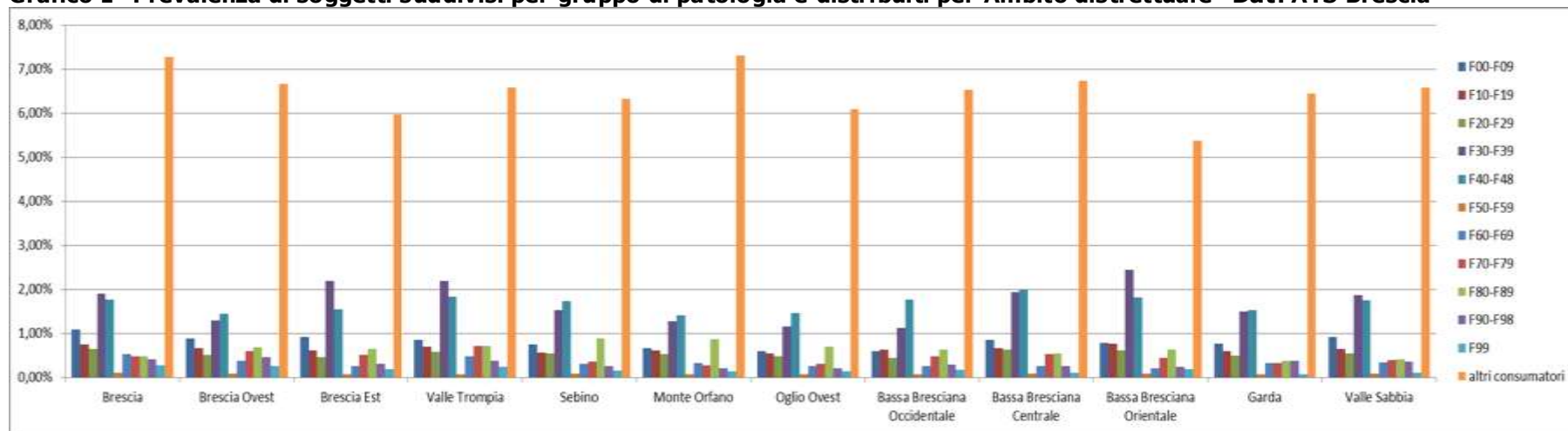
Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive (F10-F19)	N	% rel
F10. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	4.590	58,2%
F11. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi	1.442	18,3%
F12. - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso 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%
	<b>7.889</b>	<b>100,0%</b>

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 équipe 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

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 NPI e dei CPS	Definizione buone prassi/modalità operative per la presa in carico di persone con doppia diagnosi, con problematiche di dipendenza e/o con grave disabilità	Definizione protocolli	Protocollo Tecnico Operativo per la gestione di situazioni multiproblematiche: doppia diagnosi - dipendenze patologiche e patologia psichica (adulti) (Decreto ATS n.456 del 18/08/2017). Sottoscritto da: ATS Brescia; Presidente della Conferenza dei Sindaci; ASST Spedali Civili Brescia; ASST Garda; ASST Franciacorta; SMI Il Mago di OZ; SMI Gli Acrobati; Comunità Pinocchio; Comunità Fraternalità

## ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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: 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/Salute Mentale)	Incontri di progettazione/équipe multidisciplinari  Attività di Formazione congiunta per condivisione buone prassi	ATS  Uffici di Piano  ASST (NPI - Psichiatria Dipendenze )  Servizi privato accreditato  MMG - PdF  Terzo Settore	Incontri periodici tavoli di Ambito  Costituzione tavolo di lavoro multidisciplinare e incontri periodici di progettazione e Formazione	Ricostituzione Gruppi di lavoro a livello di Ambito  Revisione e approvazione dei Protocolli operativi  Report applicazione e Protocollo Doppia Diagnosi (DD)	Verbali incontri  Protocolli operativi  Report annuale	Incontri nel corso del triennio 2018/2020  Revisione Protocollo Alcol entro 2018  Revisione Protocollo Tabagismo entro 2018  Revisione Protocollo Neuropsichiatria/Dipendenze/Psichiatria entro secondo anno  Produzione Report Protocollo DD a cadenza annuale nel triennio

## 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 maschi20,8%). 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, dà 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	Incontri di analisi, approfondimento, valutazione delle azioni sviluppate e condivisione dei risultati  Incontri di progettazione, programmazione e sviluppo, esito delle nuove azioni progettuali	Linee di lavoro condivise utili allo sviluppo delle singole progettualità	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. 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.

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

<sup>2</sup><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 Distretti 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

### 2.2.4. 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 Consulenti 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 segnalazioni da parte dei Pronto soccorso ai Consulenti Familiari

<b>Donne vittime di violenza - Segnalazione dei Pronto Soccorso ai Consulenti 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 Consulenti 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>
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 la 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>	
<b>Minori con provvedimento Autorità Giudiziaria</b>	704	275	247	430	149	159	310	155	266	179	349	294	<b>3517</b>
<b>Famiglie coinvolte</b>	472	131	143	278	116	104	214	84	170	120	200	194	<b>2226</b>
<b>Minori in Comunità con madre</b>	29	10	8	4	1	5	14	5	12	5	6	4	<b>103</b>
<b>Minori in Comunità</b>	40	12	14	18	1	10	12	16	12	16	22	23	<b>196</b>
<b>Affido</b>	69	25	37	52	12	23	58	9	40	22	23	28	<b>398</b>



## 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 o alla donna/coppia/famiglia, nella promozione della salute in gravidanza, nel dopo parto, nella relazione madre-padre-bambino, nella promozione dell'allattamento al seno, nel sostegno della genitorialità	Sviluppo di una presa in carico trasversale tra punti nascita, consultori 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 consultori 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 consultori/servizi sociali	Entro il triennio
Contrasto alla violenza di genere	Definire e governare un percorso che garantisca continuità assistenziale e che	Mantenimento protocolli ospedalieri/PS attivazione rete dei servizi territoriali;	Operatori sanitari e socio sanitari pubblici e privati	Reti anti violenza/consultori/ servizi sociali	Aumento numero di donne che intraprendono percorsi di uscita dal	Report regionali	Entro il triennio

	preveda tempestività di attivazione di un progetto di presa in carico territoriale e di sostegno alla donna vittima di violenza	Avvio di uno sportello di accoglienza/ascolto in ogni ambito territoriale  Costituzione di una équipe dedicate			circuito della violenza		
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 e periodica/	Entro il triennio

### 2.2.5. CONCILIAZIONE VITA-LAVORO

Regione Lombardia ha avviato dal 2010 (DGR n.381/2010) un processo per promuovere e sostenere interventi a favore delle politiche territoriali di conciliazione dei tempi lavorativi con le esigenze familiari, attraverso la definizione ed il potenziamento di un modello di governance partecipata e lo sviluppo di partnership pubblico-privato denominate Reti per la conciliazione e Alleanze locali di conciliazione.

Il Piano Territoriale di Conciliazione 2011-2012, ai sensi della DGR 1576/2011 ha costituito sul territorio della ex ASL di Brescia la Rete per la conciliazione che ha visto, come primo momento, la sottoscrizione dell'Accordo territoriale per la conciliazione tra: Regione Lombardia; ex-ASL di Brescia; Provincia di Brescia; Comune di Brescia; 12 Ambiti territoriali; Associazione Comuni bresciani (ACB); Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura di Brescia (CCIAA); Consigliera di Parità. L'accordo territoriale per la conciliazione prevedeva la creazione di una rete di partners pubblico-privato in grado di recepire e promuovere politiche concrete per la conciliazione dei tempi famiglia-lavoro del territorio di riferimento e l'implementazione dei processi di conciliazione con particolare attenzione alle micro-piccole e medie imprese localizzate sul territorio. All'accordo territoriale per la conciliazione hanno aderito, nel tempo, imprese, cooperative sociali, associazioni di categoria, fondazioni e strutture sociosanitarie.

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

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

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

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

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

## **RISULTATI TRIENNALITÀ PRECEDENTE 2014-2016**

Alleanza	Azioni previste	Esiti
Alleanza locale di Montichiari	<ul style="list-style-type: none"> <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 della azioni previste, nell'ottica della diffusione della cultura di conciliazione famiglia-lavoro e della sensibilizzazione sulle tematiche ad essa correlate, sulla base dell'analisi dei bisogni e delle priorità del territorio.

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Modalità di integrazione	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Strumenti di valutazione	Tempistica
<p>Potenziamento delle tre Alleanze locali in materia di Conciliazione Vita -Lavoro, al termine delle progettualità avviate con il Piano Territoriale di Conciliazione 2017-2018</p> <p>Ampliamento della Rete di Conciliazione di ATS Brescia</p>	<p>Azione di Sistema:</p> <p>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</p> <p>Uffici di Piano</p> <p>Operatore/i di rete</p> <p>Imprese profit e no profit</p>	<p>Accordo di Rete</p> <p>Accordi per la realizzazione delle Alleanze</p>	<p>N.Enti aderenti alla Rete</p> <p>N. Accordi per la realizzazione e delle Alleanza</p> <p>N.incontri sul territorio con Enti/lavoratori da parte dell'Operatore di rete</p>	<p>Adesione all'Accordo di Rete</p> <p>Accordo per la realizzazione delle Alleanze</p>	<p>Entro il triennio</p>

## 2.2.6. 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/5499-2agosto 2016) di elementi informativi comuni, tali da consentire lo sviluppo di soluzioni omogenee su tutto il territorio di ATS.

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

### ELEMENTI DI PROGRAMMAZIONE 2018-2020

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

## **2.3. La programmazione sociale sovradistrettuale condivisa dagli ambiti afferenti all'ATS di Brescia**

### **2.3.1. IL COORDINAMENTO DEGLI UFFICI DI PIANO**

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 programmatori. 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 sovradistrettuali, politiche che hanno tratto il loro fondamento e presupposto nell'operatività del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano (di seguito definito sinteticamente “Coordinamento”), costituito dai Responsabili/Coordinatori dei dodici Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ATS di Brescia.

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

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

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

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

Proprio per tale consuetudine di lavoro integrato, per la riconoscibilità, per la capacità di ricercare soluzioni condivise ma anche per il "RI -CONOSCIMENTO che comunque vari attori del territorio (il mondo dell'associazionismo, della cooperazione, del sindacato, ecc.) esprimono nei confronti del Coordinamento, è stato possibile mantenere attivo il lavoro integrato con ATS (che ha di fatto sostituito l'ex ASL nei rapporti con il Coordinamento), fin dai primi passaggi che hanno accompagnato l'applicazione della riforma socio sanitaria lombarda, trovandosi di fatto ad essere quasi inevitabilmente, all'interno del processo di cambiamento istituzionale ed organizzativo in atto, uno degli elementi di maggiore stabilità del sistema.

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

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

Nello stesso tempo tuttavia va segnalato che benchè l'integrazione socio sanitaria sia una partita fondamentale della programmazione, restano da affrontare sia in termini programmatici che operativi questioni e problemi che attengono più alla sfera specificamente sociale (povertà, lavoro, casa, rapporti economici con i cittadini fruitori delle prestazioni, assistenza scolastica agli alunni disabili, applicazione del D. Lgs 117/2017 per quanto riguarda la partita della co-programmazione, co-progettazione e accreditamento con il terzo settore, ecc.), per fonteggiare 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;
- garanzia di confronto e di approfondimento delle varie tematiche connesse alla gestione degli interventi e Servizi Sociali;
- supporto ed istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire;
- condivisione sul piano tecnico delle 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;
- coordinamento e sostegno, come avvenuto in fase di preparazione del Piano di Zona 2015/2017, ai 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; 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 e 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 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 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.

### 2.3.2. 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:

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

## **1. QUESTIONI APERTE**

- 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;
- 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;
- 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;
- si ritiene importante valorizzare il patrimonio abitativo degli enti locali oggi non utilizzato per carenze manutentive;
- 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;
- 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 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 Sicut  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

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

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

### 3. QUESTIONI APERTE

- 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;
- 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;

- 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 di produzione 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 verifiche periodiche	e	Accordo formale di collaborazione	Si/no	2018/2019
---	---	--	---	---	-----------------------------------	-------	-----------

## 2.3.4. NUOVE POVERTA' E INCLUSIONE SOCIALE

### 1. ESITI DELLA PROGRAMMAZIONE 2015/2017

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

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

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

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

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

## 2. LA SITUAZIONE ATTUALE

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

Per assurdo oggi, incontrando nei diversi contesti le imprese (conciliazione, alternanza, contrattazione locale, ecc.), le stesse sostengono che ci sono oggi alcuni posti di lavoro che non vengano coperti perché mancano alcune competenze specifiche che servono e non si trovano, competenze che sono sì legate ad apprendimenti tecnici specifici (i saldatori, per esempio), ma anche e soprattutto per i giovani, a competenze trasversali quali ad esempio la capacità di flessibilità, l'intraprendenza, la "curiosità intellettuale", il senso del dovere, la disponibilità a muoversi, a sperimentare, ad appassionarsi, a relazionarsi.

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

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

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

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

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

Anche la gestione dell'informazione ha presentato come sempre delle criticità: le reali condizioni di accesso al beneficio so no state sottostimate, in realtà per poter accedere servono un insieme di condizioni, senza il concorso delle quali la domanda viene respinta.

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

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

Quale che sarà il futuro del ReI, pare indubbio che in ogni caso si disporrà nel prossimo futuro di una misura nazionale di contrasto alla povertà con la quale gli enti locali dovranno destreggiarsi e confrontarsi e che probabilmente integrerà e potrà anche sostituire

alcune misure di sostegno finora messe in atto dalle Amministrazioni Comunali e addirittura da Regione Lombardia che dovrà predisporre a brevissimo il piano per la povertà, previsto dal D.Lgs. 147/2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **3. QUESTIONI APERTE**

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

8. deve essere agita una funzione importante di ricomposizione, anche in relazione ai vari Bonus attivati a carattere regionale e nazionale che spesso, oltre all'elargizione di un beneficio economico estemporaneo, non riescono ad incentivare modifiche od evoluzioni nell'assetto familiare.

#### 4. PISTE DI LAVORO PER IL TRIENNIO 2018/2020

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

Titolo obiettivo	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	tempistica
Sviluppare connessioni e integrazione con i servizi per il lavoro per addivenire alla definizione di azioni specifiche all'interno dei progetti individualizzati, anche in coerenza con il Piano Povertà di Regione Lombardia	Équipe 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.)	Personale degli ambiti	Incontri di équipe  Incontri periodici di informazione e aggiornamento	Azioni/procedure di scambio delle informazioni anche mediante strumenti informatici  Incremento del numero di richieste di benefici	Si/no  Si/no	Da avviare entro il 31 dicembre 2018

	Comunicazione e informazione precisa in ordine alle varie opportunità e misure attive sul territorio in modo che anche le realtà locali possono proporle e diffonderle	Referenti Caritas, Acli, Sindacati, Cooperative, associazioni, ecc.	Scambio di dati e informazioni	Raccolta dati per monitorare le fonti invianti	Si/no	
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 e accordi	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>
---	---	--	---	---	---------------------------	------------------------

### 3. PIANO DI ZONA AMBITO BRESCIA EST – Valutazione esiti 2015/2017

Il processo valutativo degli interventi programmati per il triennio appena concluso, oltre ai periodici step di verifica in itinere, ha previsto una fase di condivisione allargata con tutte le realtà territoriali portatrici d'interesse mediante l'attivazione di gruppi tematici di confronto.

La sintesi di tale processo, condivisa anche in momenti assembleari con il coinvolgimento di referenti politici, operatori e volontari, è riportata per aree tematiche nelle schede che seguono.

AREA ANZIANI	
<p><b>OBIETTIVI TRIENNIO 2015/17</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Favorire l'integrazione socio sanitaria attraverso la definizione di protocolli di ambito Comuni ASL</li> <li>2. Aiutare le famiglie che hanno in carico anziani non autosufficienti</li> <li>3. Favorire l'accoglienza degli anziani attraverso la residenzialità leggera</li> <li>4. Promuovere l'adesione delle Unità d'offerta Socio Sanitarie del territorio alle misure previste dalla DGR n. 2942 del 19/12/2014</li> <li>5. Realizzare servizi a sostegno della permanenza a casa del malato di Alzheimer e alleggerire il carico di cura e la gestione del malato</li> <li>6. Favorire una gestione associata ed omogenea del Servizio di Assistenza Domiciliare</li> <li>7. Favorire l'apertura di Centri Diurni Integrati nei territori scoperti da tali servizi</li> </ol>	<p><b>ESITI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ancora da consolidare l'integrazione socio sanitaria; già in avvio il raccordo sovradistrettuale con ASST e ATS, a seguito della l.r. 23/2015</li> <li>2. Mantenimento dell'operatività associata per l'erogazione dei buoni /voucher sociali attraverso le risorse del Fondo Non Autosufficienza</li> <li>3. Realizzato l'avvio e la gestione di appartamenti protetti (Botticino) e stilato accordo per l'avvio di una Comunità Alloggio nel Comune di Flero</li> <li>4. Ampliata l'offerta di RSA che adottano la Misura 4 - RSA aperta</li> <li>5. Presentato un progetto di accompagnamento per le famiglie con soggetti colpiti da demenza, mediante uno sportello d'accoglienza a Flero con avvio 2018. A seguire in altro Comune</li> <li>6. Realizzata l'erogazione in forma associata e avviato il lavoro di confronto su prassi e procedure. Da completare</li> <li>7. Non realizzato, ancora tema "aperto"</li> </ol>

AREA MINORI e FAMIGLIE	
<p><b>OBIETTIVI TRIENNIO 2015/17</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Approfondire la conoscenza e le valutazioni in merito ai bisogni assistenziali, relazionali, psicologici delle famiglie, anche di cultura altra, in condivisione tra i soggetti coinvolti nelle presa in carico</li> <li>2. Progettare innovativi percorsi di integrazione tra interventi domiciliari ed interventi educativi, aggregativi del territorio e della scuola con particolare attenzione alla fascia adolescenziale</li> <li>3. Promuovere la cultura dell'accoglienza e sensibilizzare all'Affido Familiare</li> <li>4. Sostenere i nuclei con minori in situazione di fragilità attraverso l'affido</li> <li>5. Supportare le famiglie affidatarie attive</li> </ol>	<p><b>ESITI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avviato il confronto, in particolare attraverso la costituzione di équipe multidisciplinari e di interventi preventivi e/o integrativi nella gestione dei nuclei familiari fragili</li> <li>2. Realizzate alcune sperimentazioni laboratoriali affiancate ai percorsi di educativa domiciliare; interventi che necessitano di essere potenziati</li> <li>3. Obiettivo raggiunto attraverso diversi percorsi di sensibilizzazione nel territorio</li> <li>4. 5. Consolidate le attività dell'équipe affido, con il passaggio da intervento sperimentale a servizio continuativo nel tempo</li> </ol>



<b>AREA DISABILITA'</b>	
<p><b>OBIETTIVI TRIENNIO 2015/17</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Garantire la presa in carico dei lavoratori svantaggiati, in forma associata, tramite Azienda Speciale</i></li> <li>2. <i>Migliorare la comunicazione e la gestione integrata tra SIL e Servizi di Base</i></li> <li>3. <i>Ridurre i tempi di inattività delle persone in carico tra accoglienza e adeguata collocazione</i></li> <li>4. <i>Centralizzare la gestione del Servizio Ad Personam ed erogare il servizio in forma omogenea nel territorio dell'Ambito, condividere e regolamentare prassi e procedure comuni</i></li> <li>5. <i>Sperimentare innovativi percorsi di integrazione tra interventi domiciliari ed interventi educativi, aggregativi e scolastici</i></li> <li>6. <i>Favorire l'integrazione degli adolescenti con disabilità medio/lieve attraverso la valorizzazione del territorio: realtà istituzionali e non formali</i></li> </ol>	<p><b>ESITI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzata la gestione associata mediante personale in capo all'Az. Speciale</li> <li>2. Ob.vvo pienamente raggiunto, anche grazie alla realizzazione di un database con accesso esterno dei servizi sociali dei Comuni, ai fini di un monitoraggio costante dei progetti di inserimento</li> <li>3. Realizzati molteplici e differenziati progetti individuali per contrastare l'inattività prolungata delle persone in carico: formazione, reddito autonomia, osservazioni sperimentali in percorsi scolastici o sfa. Ancora da avviare i laboratori protetti</li> <li>4. Realizzata la gestione unica del servizio e avviata la condivisione sulle prassi operative per una loro uniformità</li> <li>5. Non avviate le proposte integrative previste nell'appalto del servizio di assistenza scolastica</li> <li>6. Ob.vvo non pienamente tematizzato a livello d'ambito, ancora scarsa la conoscenza di occasioni e realtà che offrono proposte ai giovani con disabilità</li> </ol>

<b>AREA DISAGIO ADULTO</b>	
<p><b>OBIETTIVI TRIENNIO 2015/17</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Favorire l'accesso e la presa in carico globale dei cittadini (svantaggiati senza certificazione, giovani, donne, gruppi target specifici...) per l'inserimento nel mercato del lavoro</i></li> <li>2. <i>Valorizzare e mettere a sistema le competenze, gli strumenti e il know how del territorio, in tema di inserimento lavorativo, mediante la sperimentazione di differenti interventi occupazionali</i></li> <li>3. <i>Mettere in rete gli interventi espressi dalla normativa regionale e nazionale di contenimento e prevenzione del fenomeno</i></li> <li>4. <i>Uniformare gli interventi del servizio sociale nelle tre fasi dello sfratto (preliminare / esecuzione / emergenza)</i></li> <li>5. <i>Approfondire le conoscenze del fenomeno ludopatia e dei potenziali gamblers, comprese le implicazioni economiche portate al servizio dipendenze</i></li> </ol>	<p><b>ESITI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizzati interventi a favore dell'occupazione per molte e differenti fasce di bisogno - realizzato un unico servizio a gestione associata</li> <li>2. Ancora poco strutturato il confronto continuativo con tutte le realtà significative per l'inserimento lavorativo; non a pieno realizzata la collaborazione con l'istituzione scuola - ben avviata la collaborazione invece con le realtà che si occupano di formazione professionale</li> <li>3. 4. Obiettivi non pienamente raggiunti: uniformità difficile da conseguire anche per i diversi strumenti a cui possono accedere i Comuni e per le differenti politiche dei singoli territori in tema di patrimoni immobiliari</li> <li>5. Sperimentato progetto di prevenzione a livello d'ambito come occasione di sensibilizzazione sul tema - avviato e consolidato rapporto con lo SMI di Rezzato per garantire continuità nell'accoglienza delle persone coinvolte dal problema</li> </ol>

## 4. Piano di Zona Ambito Brescia Est – Programmazione triennio 2018/2020

### 4.1. Premessa

Dopo una triennalità focalizzata sulla ricomposizione di reti e risorse per una programmazione integrata, sul progressivo ruolo centrale dell'Ambito distrettuale quale collettore delle informazioni utili a produrre una lettura ampia dei bisogni, una risposta di sistema per tali bisogni e una valutazione di impatto delle politiche attuate, **il nuovo triennio costituirà lo spazio temporale utile al consolidamento delle azioni sperimentate e il contesto entro cui garantire energie all'innovazione.**

Centrali risulteranno i processi di empowerment dell'utente finale, sostenuti dall'avviato allargamento della rete degli attori e dalla potenziata attivazione delle risorse sul territorio.

Nella fase finale del triennio precedente sono state promosse, dal livello centrale di Welfare, diverse nuove misure di sostegno caratterizzate da una forte individualizzazione dei percorsi e dalla condizionalità prevista per la loro erogazione. Le strategie d'intervento previste per l'utilizzo di tali risorse (*REI Reddito di Inclusione Sociale, Dgls Dopo di Noi, Reddito di Autonomia*) evidenziano la necessità di abbandonare l'offerta di risposte prettamente assistenziali a favore di un sempre maggiore coinvolgimento ed impegno delle persone coinvolte e delle comunità di riferimento ed indicano la strada da perseguire con la futura pianificazione locale.

Il Piano di Zona 2018-2020, come da consolidata esperienza, è l'esito di un percorso di concertazione e programmazione "partecipata" avviato ad inizio 2018 e via via perfezionatosi nel tempo, grazie ad un continuo e proficuo confronto a livello istituzionale tra gli Enti locali di questo Ambito distrettuale ed a livello interistituzionale, tra questi ultimi e gli altri attori coinvolti nella definizione delle priorità legate alla prossima triennalità, incluse le parti sociali e i diversi *stakeholder* territoriali (Terzo settore e Associazionismo).

L'elaborazione del Piano di Zona tiene conto dei significativi cambiamenti socio-economici e demografici intervenuti nella nostra società, con l'emersione di nuovi bisogni che non sempre trovano risposta: il progressivo ed incrementale invecchiamento della popolazione, i costanti flussi migratori, il gravoso aumento della povertà, l'aumento di situazioni di vulnerabilità con significative ricadute nella capacità delle persone.

Tali situazioni critiche e la complessità delle istanze portate ai servizi hanno posto le amministrazioni pubbliche e i contesti privati di fronte alla necessità di diversificare ancor più le risposte e gli strumenti di intervento.

In un tale scenario è prioritario consolidare la capacità di costruire strategie integrate, in grado di offrire risposte efficaci, in particolare per quelle persone che spesso non accedono ai servizi se non quando è ormai troppo tardi per trovare soluzioni sostenibili. Oggi la vulnerabilità indica un maggior numero di persone anziane sole, un incremento di nuclei familiari monoparentali costituiti da donne e figli, di persone adulte che, a fronte di fallimenti, improvvise malattie, assenza di relazioni di supporto, non riescono a far fronte in autonomia agli eventi della vita.

Ciò evidenzia quanto sia necessario sperimentare politiche e progetti che mettano insieme diversi settori di intervento e che interpretino le politiche sociali 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.**

Il presente Piano delinea una ipotesi di lavoro, in direzione del nuovo scenario di welfare con un occhio costantemente attento a quanto verrà generato negli altri Ambiti dell'ATS di Brescia. L'esperienza maturata nella precedente gestione dei Piani di Zona ha permesso di affinare sia gli strumenti di lettura del bisogno, sia l'integrazione e la rete dei servizi a disposizione del cittadino, garantendo risposte maggiormente uniformi e coordinate a livello di Ambito, rispetto

al passato, pur nella salvaguardia delle singole specificità e delle singolarità dettate dalla presa in carico individuale.

In un contesto caratterizzato dall'intensificazione dei bisogni l'Ambito, nel Piano di Zona 2018 - 2020, mantiene un elevato livello di attenzione su temi importanti quali la protezione dei minori, l'assistenza alle fasce più fragili della popolazione (Anziani e Disabili), il sostegno alle nuove emergenze sociali (lavoro e nuove povertà) e la centralità della Famiglia.

Gli interventi programmati, che sono stati elaborati assumendo come riferimento le apposite linee di indirizzo regionali di cui alla DGR 7631 del 28.12.2017, sono suddivisi tra azioni di politica sovradistrettuale (di cui nella prima parte di questo documento) e di politica d'ambito.

Le azioni della programmazione sociale associata per il triennio 2018/2020 mirano:

- a connettere le politiche dei singoli enti a quelle d'ambito e a quelle sovradistrettuali al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili;
- a realizzare in forma compiuta un sistema di rete territoriale in grado di incontrare la famiglia, coglierne le esigenze e risponderci in tempi brevi, in modo trasversale ed integrato;
- a superare le logiche organizzative settoriali, la frammentazione e la duplicazione di interventi favorendo una presa in carico unitaria e semplificando l'informazione e le procedure di accesso ai servizi;
- a promuovere alleanze tra i diversi attori territoriali per attivare tutte le risorse presenti nelle reti locali;
- a coordinare e integrare tra loro, con la programmazione locale, le politiche regionali e nazionali (es. misure quali Bonus Famiglia e Nidi Gratis, gli interventi per l'assistenza educativa e scolastica, le politiche abitative e di housing sociale, il programma Dopo di Noi, il Reddito di Inclusione);
- a sviluppare competenze per la comprensione dello scenario, per lo sviluppo del capitale sociale del territorio, per l'integrazione delle reti locali;
- a definire priorità di intervento territoriale al fine di finalizzare le risorse pubbliche decrescenti.

## 4.2. Il contesto territoriale

L'ambito distrettuale 3 - Brescia Est riunisce 13 comuni che, per la gestione associata del Piano di Zona, si sono consorziati dando origine all'ente strumentale *Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona*.

Come riporta la tavola sottostante il distretto si sviluppa su una superficie pari a 170,4 Km/q, su complessivi 4.784,36 Km/q provinciali; i comuni più rilevanti in termini di estensione territoriale sono Castenedolo (26,23 Km/q), Botticino (18,59 Km/q) e Rezzato (18 Km/q).

All'aggiornamento dei dati, con data 1 gennaio 2018, la più alta densità abitativa calcolata come rapporto tra numero dei residenti e superficie del territorio, è ancora attribuibile al Comune di Borgosatollo (1.105,48 residenti per km/q), seguito da Flero (892,68 residenti per km/q) e da Mazzano (783,17 residenti per km/q); scarsa densità caratterizza invece il comune di Azzano Mella (317,63 residenti per km/q) il cui terreno è ancora prevalentemente destinato ad uso agricolo.

COMUNE	Kmq.	Pop. 2014	Pop. 2018	Scostamento n. abitanti	Densità Ab/kmq
Azzano Mella	10,4	3.110	3.189	+79	317,63
Borgosatollo	8,4	9.218	9.286	+68	1.105,48
Botticino	18,59	10.851	10.917	+66	587,25
Capriano del Colle	13,57	4.678	4.667	-11	343,92
Castenedolo	26,23	11.445	11.443	-2	436,26
Flero	9,87	8.697	8.810	+113	892,68
Mazzano	15,63	12.074	12.241	+167	783,17
Montirone	10,26	5.178	5.131	-47	588,90

Nuvolento	7,45	4.016	3.962	-54	531,81
Nuvolera	13,19	4.628	4.732	+104	358,76
Poncarale	12,63	5.308	5.251	-57	415,76
Rezzato	18	13.502	13.469	-33	748,28
San Zeno	6,15	4.676	4.679	+3	768,81
<b>Totali</b>	<b>170,4</b>	<b>97.381</b>	<b>97.777</b>	<b>+406</b>	

tab.1 Popolazione e superficie - confronto anni 2014-2018

Rispetto al 2014, la popolazione dell'Ambito 3 Brescia Est è complessivamente aumentata di 406 unità. I Comuni che registrano il maggior aumento della popolazione sono: Mazzano (+167), Flero (+113) e Nuvolera (+104).

Popolazione totale	pop.0 - 4	pop. 5 - 14	pop. 15 - 19	pop.20 - 64	pop.65 - 74	pop.75 - 84	pop.85+
<b>97.777</b>	<b>4.525</b>	<b>10.401</b>	<b>4.858</b>	<b>58.476</b>	<b>10.042</b>	<b>6.949</b>	<b>2.526</b>
	% su tot	% su tot	% su tot	% su tot	% su tot	% su tot	% su tot
	4,62%	10,60%	4,96%	59,80%	10,27%	7,10%	2,58%
	14.926		63.334		19.517		
	<b>15,27%</b>		<b>64,77%</b>		<b>19,96%</b>		

tab. 2 Caratteristiche socio anagrafiche della popolazione al 01/01/2018

Popolazione totale	pop. 0-14	pop. 15-64	pop. +65
<b>97.381</b>	<b>16.332</b>	<b>62.967</b>	<b>18.082</b>
	% su tot	% su tot	% su tot
	<b>16,77%</b>	<b>64,66%</b>	<b>18,57%</b>

tab. 3 Cfr. Caratteristiche socio anagrafiche della popolazione al 01/01/2014

La composizione della popolazione per fasce d'età conferma il dato secondo cui il numero delle persone anziane ultrasessantacinquenni è superiore alla popolazione in età 0/14 e, permane anche in questo quadriennio, in progressivo aumento.

### 4.3. Le risorse impiegate nel settore sociale

Attraverso i dati della rendicontazione complessiva, effettuata per assolvere al debito informativo presso Regione Lombardia, è possibile quantificare gli impegni assunti per far fronte alla spesa "sociale" nel triennio scorso.

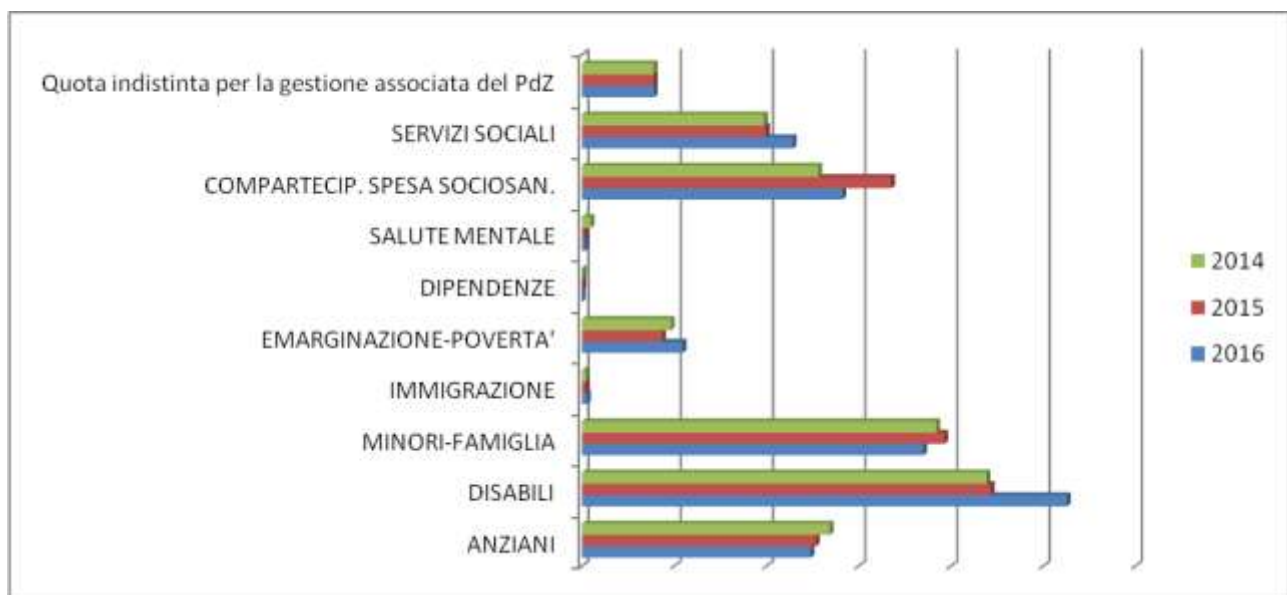
Comparando i report aggiornati all'ultima trasmissione si rileva il costante incremento di spesa: lo stesso si attesta mediamente intorno al 3%.

AREA INTERVENTI	Anno 2016	2015	2014
ANZIANI	1.240.741,53 €	1.269.274,18 €	1.343.292,10 €
DISABILI	2.629.629,66 €	2.217.899,84 €	2.195.132,86 €
MINORI-FAMIGLIA	1.851.800,39 €	1.966.293,06 €	1.922.878,74 €
IMMIGRAZIONE	28.538,12 €	20.862,57 €	23.037,24 €

EMARGINAZIONE-POVERTA'	546.952,68 €	436.115,12 €	482.702,50 €
DIPENDENZE	0,00 €	2.450,20 €	4.175,70 €
SALUTE MENTALE	18.192,13 €	16.641,72 €	48.119,50 €
COMPARTICIP. SPESA SOCIO SAN.	1.413.132,03 €	1.678.249,69 €	1.282.590,47 €
SERVIZI SOCIALI	1.143.969,18 €	997.743,66 €	987.858,91 €
Quota indistinta per la gestione associata del PdZ	390.790,00 €	389.598,50 €	389.600,00 €
<b>TOT. COMUNI</b>	<b>9.263.745,72 €</b>	<b>8.995.128,54 €</b>	<b>8.679.388,02 €</b>

tab. 4 Spesa sociale triennio 2014/16, suddivisa per tipologia di settori d'intervento

Le aree che vedono il maggior impegno economico sono quella dei servizi per la disabilità, seguiti da quelli dell'area Minori e Famiglie, e dell'Area Anziani. Paiono quasi inesistenti gli interventi rivolti al tema delle dipendenze e della salute mentale, ma gli stessi sono ricompresi nel sostegno economico che i Comuni prevedono per la compartecipazione alla spesa socio sanitaria.



tab. 5 Grafico spesa sociale suddivisa per aree

Con riferimento al complessivo numero di abitanti dell'Ambito è rilevabile la spesa pro capite mediamente sostenuta nell'ultimo anno rendicontato. Di seguito la tabella riporta la spesa media per tutte le tipologie di interventi sostenuti e quella relativa alle tre principali aree sociali.

Comuni	Spesa complessiva Pro capite 2016	Pro capite area anziani	Pro capite area disabili	Pro capite area minori famiglia
<b>Totali Ambito</b>	<b>89,92 €</b>	<b>11,14 €</b>	<b>27,76 €</b>	<b>17,50 €</b>

tab. 6 Spesa pro capite media complessiva e per aree

## Gestione del Piano di Zona e gestioni associate in capo all'Azienda Speciale Consortile

Relativamente alle risorse gestite in forma associata, oltre a quanto messo a disposizione dai Comuni per la copertura degli interventi e ricompreso nella spesa sociale prima descritta, parte dei costi è sostenuta con i seguenti fondi:

Anno di riferimento	Entrate totali	dai Comuni	dal Fondo Nazionale Politiche Sociali	dal Fondo Sociale Regionale	dal Fondo Non Autosufficienza	altre entrate regionali	dalla Provincia (PPD, voucher lavoro)
<b>anno 2015</b>	<b>€ 2.383.880</b>	€ 813.232	€ 360.550	€ 450.068	€ 262.559	€ 167.693	€ 329.778
<b>anno 2016</b>	<b>€ 3.344.112</b>	€ 2.085.353	€ 360.039	€ 417.033	€ 219.096	€ 216.267	€ 46.324
<b>anno 2017</b>	<b>€ 4.821.185</b>	€ 3.952.293	€ 352.277	€ 416.901	€ 221.312	€ 428.532	€ 23.549

tab. 7 Fondi di copertura gestione associata, cfr anni 2015-2016-2017

A partire dalla lettura dei dati di bilancio dell'ultimo triennio è possibile verificare un significativo aumento delle risorse gestite dall'Azienda Speciale in qualità di ente capofila: ciò è da correlare con l'avviata gestione associata di tre bandi sovracomunali per l'affidamento di servizi. Questo spiega anche il notevole incremento dei fondi di copertura a carico dei Comuni. I fondi nazionali e regionali "storici", dopo le drastiche riduzioni di alcuni anni fa, ora risultano piuttosto stabili.

Le altre differenze rilevanti sono l'aumento delle risorse erogate da Regione e Provincia riconducibili all'avvio graduale delle tre nuove misure di intervento: *Reddito di autonomia*, *Emergenza abitativa*, *Dopo di Noi*. E' altrettanto rilevabile una drastica riduzione delle risorse provinciali a seguito del venir meno dello strumento voucher lavoro.

### Le gestioni associate

Nel triennio precedente, come sopra evidenziato, i Comuni dell'Ambito hanno stabilito di avviare in forma sperimentale la gestione associata di alcuni servizi fin a quel momento in accreditamento, mediante appalti sovracomunali e di consolidare il servizio sociale professionale dislocato presso alcune Amministrazioni del territorio. In particolare si è dato vita ai bandi di gara per la gestione unica di: *Assistenza Educativa Domiciliare* e progetti sperimentali rivolti alle famiglie con minori, *Servizio Assistenza domiciliare* anziani e disabili, *Assistenza ad Personam* scolastica ed estiva. A ciò si affianca la gestione diretta del Servizio Integrazione Lavorativa e inserimento lavorativo a favore delle persone in condizione di svantaggio sociale, delegato fino al 2015 alla gestione dell'Associazione Comuni Bresciana e affidato alla cooperazione sociale.

Le risorse economiche coprogrammate e cogestite in forma associata sono per tanto passate da un 23% ca della complessiva spesa sociale sostenuta dai Comuni, ad un 32,47%.

Risorse per la gestione associata Ambito – Az. Speciale	2014	% su tot. spese Comuni	2016	% su tot. spese Comuni
	<b>2.091.946,29</b>	<b>22,94</b>	<b>3.008.858,06</b>	<b>32,47</b>

tab. 8 Risorse per interventi coprogrammati e cogestiti

#### **4.4. Le risposte del territorio**

Durante l'ultimo triennio 2015/2017, nel territorio dell'ambito, non sono nate nuove strutture sociali o sociosanitarie quanto piuttosto ci si è concentrati sul passaggio ad un numero sempre maggiore di risposte costruite e gestite in forma associata, avendo cura di avviare il lavoro su processi di presa in carico uniformi all'interno del vasto territorio dell'Ambito distrettuale.

L'elenco delle strutture e dei servizi presenti è rilevabile dalle tabelle realizzate da ATS Brescia e riportate in questo documento nella parte relativa alla programmazione sovradistrettuale e nelle singole aree tematiche descritte in questa seconda parte del Piano di Zona.

#### **4.5. Governance dei servizi e degli interventi socio assistenziali di ambito**

Il modello organizzativo costruito con i precedenti Piani di Zona ha mostrato la sua sostanziale efficacia rispetto al coinvolgimento diretto e proficuo delle Amministrazioni comunali sia nella fase di attuazione degli obiettivi programmati, sia nella verifica e nella fase di definizione delle strategie di intervento riportate nel Presente Piano.

Si auspica che Regione Lombardia confermi l'attuale assetto degli ambiti distrettuali come da POAS di ATS Brescia, approvato con D.G.R. 6467 del 10 aprile 2017. Tale articolazione è il frutto di sinergie tra ATS e Comuni, nel rispetto delle peculiarità locali, finalizzato al mantenimento di obiettivi sovradistrettuali già in essere nel territorio.

Si auspica altresì che la Cabina di Regia possa diventare sempre di più sia il luogo dell'interlocuzione tra Ambiti distrettuali, ATS e ASST, sia il luogo di sintesi per definire livelli di comuni di omogeneità di prestazioni relativamente alle modalità e alle intensità da assicurare.

Da ultimo si conferma il ruolo del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano che in questi anni ha garantito un costante raccordo tra gli ambiti distrettuali, ha consentito un'interfaccia con i tanti soggetti territoriali provinciali (terzo settore, imprese produttive, Provincia, Sindacati), ha favorito la diffusione di prassi ed esperienze virtuose dei singoli territori.

##### **4.5.1. ASSEMBLEA DEI SINDACI**

L'Assemblea dei Sindaci è l'organismo di rappresentanza politica dell'Ambito distrettuale. Costituisce quindi il luogo "stabile" della decisionalità politica per quanto riguarda il Piano di Zona. E' inoltre espressione di continuità rispetto alla programmazione sociosanitaria e luogo dell'integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie.

E' un organo permanente non soggetto a rinnovi – la compagine varia esclusivamente in presenza di variazione di titolarità delle cariche. Le deliberazioni sono assunte a maggioranza e, su espressa volontà dei componenti, ogni Comune porta 1 voto.

Nell'esercizio delle proprie funzioni, l'Assemblea dei Sindaci di Distretto:

- individua e sceglie le priorità e gli obiettivi delle politiche sociali;
- verifica la compatibilità tra impegni assunti e le risorse necessarie;
- delibera in merito all'allocazione delle risorse del FNPS, FSR e quote di risorse autonome conferite per la gestione associata dell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Zona;
- licenzia il documento del Piano di Zona;
- governa il processo di interazione tra i soggetti;
- effettua il governo politico del processo di attuazione del Piano di Zona.
- elegge il Presidente e il Vice-presidente.

Partecipa alle riunioni dell'Assemblea dei Sindaci, senza diritto di voto, il Direttore del Distretto socio sanitario di ATS Brescia.

Nel precedente triennio si è confermato l'interesse delle Amministrazioni comunali alla partecipazione alle riunioni di questo organismo.

Attraverso l'Accordo di Programma le diverse Amministrazioni firmatarie dello stesso si impegnano a coordinare i rispettivi interventi per il raggiungimento degli obiettivi comuni, determinando il ruolo e gli impegni di ogni soggetto, i sistemi di regolazione interna delle relazioni reciproche, i tempi, i finanziamenti e gli adempimenti necessari alla realizzazione degli obiettivi.

Le stesse si impegnano inoltre a:

- realizzare gli interventi previsti e programmati nel Piano di Zona nei territori di rispettiva competenza, nel rispetto dei criteri e delle modalità definite dal Piano stesso;
- garantire la partecipazione dei propri rappresentanti, politici e tecnici, agli organismi di rappresentanza previsti dal Piano di Zona (Assemblea dei Sindaci, Ufficio di Piano, gruppi/tavoli di lavoro, ecc.);
- partecipare alla messa in rete dei propri servizi, alla preparazione e attuazione dei Regolamenti comuni, Protocolli d'intesa e Progetti che verranno approvati dall'Assemblea dei Sindaci e/o dai tavoli programmatori zionali, garantendo ove necessario, una rapida approvazione dei vari documenti da parte dei rispettivi consigli comunali e/o giunte comunali;
- compartecipare finanziariamente alla realizzazione dei vari servizi/interventi/progetti, secondo criteri e modalità che verranno definite dall'Assemblea dei Sindaci. Qualora un Comune decida di non realizzare uno o più tra gli interventi/servizi/Progetti approvati (o di non partecipare alla realizzazione degli stessi), lo stesso non potrà utilizzare le quote di F.N.P.S. o di fondi regionali a qualsiasi titolo assegnati all'Ambito Distrettuale, che rimarranno a disposizione dei restanti Comuni dell'Ambito Distrettuale, secondo quanto indicato nella circolare regionale n. 34 del 29 luglio 2005 ;
- assicurare l'attività amministrativa-contabile di gestione dei progetti finanziati con le risorse dell'Ambito, nonché l'attività di rendicontazione e monitoraggio della spesa sostenuta, nei termini definiti dalla Regione Lombardia.

#### **4.5.2. UFFICIO DI PIANO**

In applicazione di quanto disposto dalla Circolare Regionale n. 34/2005 e dalle "Linee di indirizzo" di cui alla D.G.R. 7631 del 28 dicembre 2017, gli enti sottoscrittori prevedono l'organizzazione dell'Ufficio di Piano, che ha sede presso l'Ente capofila, quale soggetto di supporto alla programmazione, responsabile delle funzioni tecniche, amministrative e della valutazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Zona.

L'Ufficio di Piano è così articolato:

1. Ufficio tecnico, costituito dal Responsabile e dal referente dell'Ufficio di Piano, dai responsabili dell'area sociale e/o assistenti sociali dei Comuni aderenti all'Accordo e con compiti di:
  - a. supportare il Tavolo Politico in tutte le fasi del processo programmatico e di valutazione;
  - b. attuare gli indirizzi e le scelte del livello politico;
  - c. coordinare la partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.
2. Ufficio operativo, costituito da personale amministrativo e sociale opportunamente assunto o individuato dall'Ente capofila, con compiti di:
  - a. gestire gli atti e i processi conseguenti all'approvazione del Piano di Zona;
  - b. realizzare concretamente, attraverso l'istruttoria dei vari procedimenti amministrativi, le scelte e gli indirizzi dell'Ufficio di Piano e del Tavolo Politico;
  - c. organizzare l'attuazione del Piano di Zona;



- d. gestire le risorse;
- e. svolgere, ove richiesto, una funzione di studio, elaborazione ed istruttoria propedeutica all'assunzione dei vari atti.

E' prevista la figura del Responsabile dell'Ufficio di Piano, individuato nella figura del Direttore dell'Azienda Speciale Consortile, che rappresenta l'Ufficio di Piano nei rapporti con l'esterno. L'Ufficio di Piano risponde, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ATS e della Regione, della correttezza, attendibilità e puntualità degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali.

#### **4.5.3. L'ENTE CAPOFILA**

L'Azienda Speciale Consortile per i Servizi alla Persona è stata costituita nel settembre 2006, la stessa assume la funzione ed il ruolo dell'Ente Capofila, è l'ente strumentale dei Comuni aderenti ed è dotata di personalità giuridica e di autonomia gestionale.

Trattasi di un modello gestionale che si è caratterizzato per snellezza, economicità e coinvolgimento dei diversi attori nel perseguimento di obiettivi di politica sociale condivisi. Esso è divenuto di recente oggetto di una serie di norme nazionali che, con il condivisibile obiettivo della semplificazione amministrativa e della lotta agli sprechi, rischiano di annullare esperienze positive.

Attraverso la propria struttura politica e tecnico amministrativa e quella dell'Ufficio di Piano, dà attuazione al Piano di Zona e rende conto dei risultati e delle proposte effettuate dai tavoli di programmazione.

Gli organi di funzionamento previsti dallo Statuto sono i seguenti:

- **Assemblea Consortile.** Organo permanente non soggetto a rinnovi (la compagine varia esclusivamente in presenza di variazione di titolarità delle cariche), composto dai Sindaci dell'Ambito o loro delegati (con delega scritta a tempo indeterminato). E' organo di indirizzo, di controllo politico-amministrativo e di raccordo con gli Enti Soci.
- **Presidente dell'Assemblea Consortile.** Ha la rappresentanza istituzionale della Azienda, viene nominato, con maggioranza qualificata, dall'Assemblea Consortile e dura in carica 5 anni, ovvero fino alla conclusione del suo mandato.
- **Consiglio di Amministrazione.** Organo collegiale nominato dall'Assemblea Consortile con funzioni amministrative, operative, propositive e di controllo nei confronti dell'operato dell'Ufficio di Piano. E' composto da cinque membri, compreso il Presidente, proposti dai Comuni e che abbiano una specifica e qualificata competenza tecnica ed amministrativa. Dura in carica cinque anni. Risponde del suo operato all'Assemblea Consortile.
- **Presidente del Consiglio di Amministrazione.** E' nominato all'interno del CDA ed ha la rappresentanza legale dell'Azienda di fronte a terzi ed in giudizio. Ha la medesima durata in carica del CDA.
- **Direttore dell'Azienda Speciale Consortile.** Funzione affidata dal Presidente del CDA con incarico a tempo determinato. Risponde direttamente del suo operato al CDA. Esso sovrintende alla organizzazione e gestione dell'Azienda.

#### **4.5.4. RAPPORTO CON IL TERZO SETTORE**

La Regione Lombardia, in sintonia con quanto già previsto dalle legge di riforma 328/2000, ha individuato nel Terzo settore l'interlocutore privilegiato con il quale coordinare azioni di pianificazione e programmazione che assumono maggiore incidenza se praticate a livello locale con conseguente maggiore aderenza ai bisogni ed ai modelli culturali della società civile.

I tavoli di lavoro tematici coinvolgono, a seconda degli argomenti, i seguenti organismi del terzo settore:

- organismi della cooperazione;
- cooperative sociali;
- associazioni ed enti di promozione sociale;
- fondazioni;
- enti di patronato;
- associazioni familiari;
- enti riconosciuti dalle confessioni religiose;
- organizzazioni di volontariato;
- sindacati;
- altri soggetti sociali senza scopo di lucro.

Nella legge regionale n. 3 del 2008 il rapporto con il Terzo settore è qualificato in dieci differenti modalità: la consultazione, la collaborazione, la programmazione (partecipata), la progettazione, la realizzazione della rete delle unità d'offerta, di iniziative sperimentali, innovative e di formazione, la promozione, l'adesione, l'affidamento di servizi, lo svolgimento di attività sociali e assistenziali (anche al di fuori della rete).

Nel triennio 2018/2020 si intende individuare specifiche forme di collaborazione con i soggetti del Terzo settore, che riguardano in particolare:

- la sperimentazione di nuovi servizi;
- la sperimentazione di nuove modalità gestionali.

La spinta crescente dei bisogni sociali richiede una capacità di riforma dei tradizionali strumenti del welfare locale al fine di adeguarli alle necessità indotte dal cambiamento. Al centro dei mutamenti vi sono temi quali il cambiamento delle abitudini, degli stili di vita delle famiglie e delle comunità, il manifestarsi di nuove forme di povertà, il graduale processo di integrazione dei cittadini immigrati, la profonda trasformazione della struttura e della dinamica demografica della popolazione, il miglioramento della speranza di vita delle persone anziane, nonché la limitatezza delle risorse economiche per lo sviluppo delle politiche sociali locali.

La rilevanza dei problemi sociali, oggi ulteriormente amplificate dagli effetti della crisi economica, e la riduzione dei fondi economici pubblici a sostegno di nuove iniziative e servizi sociali, richiedono l'adozione di modelli organizzativi che comportino una significativa integrazione sovra comunale, l'assunzione di un ruolo programmatore forte da parte del soggetto pubblico e l'apertura a relazioni comunitarie con il mondo del non profit, riconoscendo ad ogni attore un proprio compito specifico, orientato ad una comune responsabilità sociale.

## 4.6. Elementi di programmazione locale per aree tematiche



### 4.6.1. AREA ANZIANI

Come anticipato nella descrizione del complessivo contesto territoriale, la popolazione anziana è progressivamente in incremento e conseguentemente le risorse ad essa destinata. Di seguito alcuni dati che fotografano la situazione attuale:

Pop. Tot. Ambito	Pop. 65+	% su tot.	Pop. 75+	% su tot.	Pop. 85+	% su tot.
97.777	19.525	19,97	9.483	9,70	2.534	2,59

tab. 1 Composizione della popolazione anziana e percentuale rispetto al totale degli abitanti dell'Ambito

2014			2017		
65+	75+	85+	65+	75+	85+
18,57	8,51	2,28	19,97	9,70	2,59

tab. 2 Comparazione dei dati relativi alle percentuali della popolazione Over 65, alla fine dei due trienni precedenti

2014				2017			
	Pop. Tot. Ambito	Pop. 65+	Pop. 0 -14		Pop. Tot. Ambito	Pop. 65+	Pop. 0 -14
<b>Totali</b>	97.381	18.082	17.332	<b>Totali</b>	97.777	19.525	14.926

tab. 3 Confronto tra pop. anziana ed infanzia a fine dei due trienni precedenti

Comparando i dati al 31/12/017 con quelli raccolti per i Piani di Zona precedenti si conferma, anche per questo territorio l'aumento della popolazione ultrasessantacinquenne ed in particolare l'aumento dei "grandi vecchi" che corrispondono, rispetto ai bisogni portati ai servizi, alla popolazione più fragile.

Al contempo si osserva come al permanere di un lieve aumento complessivo della popolazione, corrisponda invece un significativo aumento della popolazione anziana e una rilevante riduzione dei minori.

#### LE RISORSE DELLA RETE

A partire dall'ultima rilevazione della spesa sociale (anno 2016) è rilevabile l'aumento degli interventi economici a sostegno dei nuclei familiari con anziani; sostenere la fragilità e il carico assistenziale a cura dei caregiver è una priorità sempre presente.

	A - Assist. economica generica		B - Contributi per canoni e utenze domestiche		A+B	
	N. utenti	spesa	N. utenti	spesa	N. utenti	spesa
<b>Totali</b>	281	237.852	269	146.799	550	384.651

tab. 4 Dati rilevati dal consuntivo della spesa sociale 2016

I servizi di assistenza domiciliare sono erogati in tutti i Comuni dell'ambito mediante un appalto gestito in forma associata. Questo ha permesso di offrire un servizio uguale per tutti, uniformando la modalità di erogazione dello stesso, offrendo servizi aggiuntivi,

innalzando conseguentemente la qualità offerta. Oltre ai servizi domiciliari che sono erogati dai Comuni, anche in collaborazione con le associazioni del territorio, è attiva anche una serie di altri interventi di sostegno alla domiciliarità: il servizio pasti, il telesoccorso, i servizi rivolti alla promozione della qualità della vita (centri diurni), le attività di educazione motoria e i soggiorni vacanza, il servizio trasporti.

	SAD ANZIANI			Servizi complementari		
	N. utenti	Ore totali ASA	Media ore sett./utente	Pasti a domicilio	Lavanderia e stireria	Telesoccorso
<b>Totali</b>	<b>260</b>	<b>34.582</b>	<b>5,11</b>	<b>243</b>	<b>0</b>	<b>108</b>

tab. 5 Servizi erogati a domicilio - consuntivo 2017

	Trasporti sociali e/o sanitari
	N. utenti
<b>Totali</b>	<b>865</b>

tab. 6 Consuntivo trasporti erogati nel 2017

## 1. CRITICITA' RILEVATE

La popolazione anziana del territorio è in costante crescita, con un significativo incremento delle situazioni di non autosufficienza e multi-problematicità (problemi sanitari, economici) che richiedono interventi consistenti a livello domiciliare con il coinvolgimento di più servizi (socio-assistenziali e sanitari).

Anche alla luce dell'imminente utilizzo complessivo della cartella sociale informatizzata, l'integrazione socio sanitaria tra interventi dei Comuni e interventi dell'ASST e la collaborazione con i Medici di Medicina Generale diventa sempre più necessaria.

Permane un'insufficiente risposta, rispetto al bisogno, in particolare nei Comuni della zona sud dell'Ambito, relativamente a:

- posti letto presso le RSA
- posti letto dedicati espressamente agli anziani con patologia Alzheimer
- posti per ricoveri di sollievo
- posti di accoglienza in Centri Diurni Integrati.

Si assiste ad un graduale impoverimento di molte famiglie a causa della persistente crisi economica e sono sempre più frequenti i casi in cui l'anziano deve intervenire, con la propria pensione, a sostegno dei figli rimasti senza lavoro.

E' significativamente aumentato il numero di anziani bisognosi e le loro richieste di sostegno con il conseguente aumento dei costi a carico dei Comuni.

## 2. OBIETTIVI DEL TRIENNIO

Per il triennio 2018/2020 la programmazione d'ambito dovrà focalizzarsi in particolare sui seguenti obiettivi:

1. favorire l'integrazione socio-sanitaria attraverso la definizione di protocolli di Ambito - Comuni - ATS - ASST con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale;
2. supportare le famiglie che hanno in carico anziani non autosufficienti, allocando risorse economiche per sostenere i costi assistenziali domiciliari (assistenti familiari e caregiver) attraverso il Fondo non-Autosufficienza;
3. ampliare l'offerta di Servizi rivolti agli anziani sia diurni che residenziali;
4. sostenere le famiglie con anziani colpiti da Alzheimer;

5. offrire servizi domiciliari uniformi, attraverso il mantenimento e il consolidamento della gestione associata del Servizio di Assistenza anziani e disabili, anche mediante l'utilizzo di operatori non qualificati per mansioni di *assistenza semplice*;
6. supportare il reperimento di figure di assistente familiare con credenziali e requisiti minimi professionali verificati.

Obiettivo specifico	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Offrire servizi di assistenza uniformi nel territorio dell'ambito	Mantenimento della gestione associata del servizio SAD Confronto sulle prassi e costruzione di procedure e strumenti uniformi	Personale dei Comuni, dell'Az. Speciale, del Terzo settore coinvolto  Ufficio di Piano	Incontri e tavoli di confronto	Proroga dell'appalto in essere  Procedure comuni standardizzate	Si/no  Si/no	2019
Supportare i caregiver di persone affette da demenza	Implementazione del Progetto previsto congiuntamente alla gestione SAD	Personale dei Comuni Personale cooperative coinvolte	Sportelli per consulenza di libero accesso  Percorsi di supporto individualizzato	Accesso agli sportelli  n. caregiver supportati	Almeno 2 sportelli attivi nel territorio  Almeno 20 caregiver	triennio
Incentivare e supportare la permanenza a domicilio	Sperimentazione di nuove forme di assistenza (personale non necessariamente qualificato per mansioni semplici), anche in collaborazione con le realtà associative e del volontariato del territorio	Personale dei Comuni, del terzo settore  Volontari del territorio	Percorsi assistenziali individualizzati  Rilevazione bisogni "semplici"	Differenziati interventi assistenziali  Realizzati strumenti comuni per la definizione del bisogno	Almeno 1 sperimentazione per Comune	2019 2020
Ampliare l'offerta di soluzioni di accoglienza residenziale	Progettazione e realizzazione di strutture residenziali leggere meno onerose	Personale dei Comuni e dell'Azienda Speciale  Risorse private	Co - progettazione con soggetti privati, coinvolgimento ATS, protocolli di collaborazione	Avvio nuove strutture di residenzialità leggera	Almeno 1 nel territorio	2020
Combattere l'isolamento delle persone anziane	Avvio di nuovi interventi diurni nei Comuni della zona sud del territorio	Personale dei Comuni, del terzo settore  Realtà associative del territorio	Incontri di co - progettazione  Protocolli di collaborazione	Apertura Centro Diurno e/o Centro Sociale	Almeno 1 nuovo spazio nel territorio Sud	2020



## 4.6.2. AREA MINORI E FAMIGLIA

L'area minori e famiglia durante lo scorso triennio ha visto l'avvio di alcune sperimentazioni sia per quanto riguarda il progetto legato all'Assistenza domiciliare minori che per quanto riguarda il tema dell'Affido: progetti multidisciplinari per dare risposte adeguate a situazioni complesse di famiglie con minori. Nel triennio 2018/2020, visti i risultati positivi, si vogliono consolidare tali Servizi, cercando infine di ampliare le risposte ai diversi bisogni espressi.

Di seguito alcune tabelle che ci permettono di fotografare la realtà del territorio dell'Ambito 3 Brescia est.

La popolazione minorile (0/17 anni) residente nel territorio, al 31/12/2017, era costituita dalle seguenti fasce d'età:

	Tot. popol	Popol 0/4	% su tot	Popol 5/9	% su tot	Popol 10/14	% su tot	Popol 15/19	% su tot	Tot. 0/19 su popol	%
<b>Totali</b>	<b>97.777</b>	<b>4.525</b>	4,63	<b>5.224</b>	5,34	<b>5.177</b>	5,29	<b>4.858</b>	4,96	<b>19.784</b>	20,23

tab. 1 Minori suddivisi per fasce d'età, residenti nei Comuni dell'Ambito al 31/12/2017

I Servizi dell'area presenti nei Comuni dell'Ambito sono i seguenti:

### CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)

	Ente gestore pubblico	Ente gestore privato	N. posti autorizzati	di cui dai 6 ai 10 anni	di cui dagli 11 ai 14 anni
<b>Totali</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>360</b>	<b>220</b>	<b>140</b>

tab. 2 Servizi aggregativi per minori e posti autorizzati

### CENTRI RICREATIVI ESTIVI (CRE)

	cre pubblico	cre privato	totale n. posti autorizzati	di cui dai 3 ai 6 anni	di cui dai 7 ai 10 anni	di cui dagli 11 ai 14 anni	animatori volontari impiegati
<b>Totali</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>2095</b>	<b>294</b>	<b>1237</b>	<b>564</b>	<b>496</b>

tab. 3 Servizi ricreativi estivi e posti autorizzati differenziati per età

### SERVIZI DI PREVENZIONE (sportelli ascolto e spazi compiti)

	Sportelli d'ascolto	Spazio compiti
<b>Totali</b>	<b>11</b>	<b>4</b>

tab. 4 Servizi di prevenzione rilevati

Sono invece gestiti in forma associata, attraverso l'Azienda Speciale, i seguenti servizi:

### SERVIZIO TUTELA MINORI

	Anno 2014		Anno 2017	
	Nuclei	Minori	Nuclei	Minori
<b>Totali</b>	<b>194</b>	<b>286</b>	<b>255</b>	<b>328</b>

tab. 5 Nuclei e minori in carico al Servizio Tutela - raffronto tra I dati dell'ultimo anno dei due trienni precedenti

	Anno 2017		di cui nuovi casi 2017	
	N° Nuclei	N° Minori	N° Nuclei	N° Minori
<b>Totale</b>	<b>255</b>	<b>328</b>	<b>85</b>	<b>108</b>

tab. 6 Nuovi casi anno 2017

Di seguito sono riportati i dati relativi alle situazioni seguite nell'ultimo anno:

#### MINORI IN COMUNITA' EDUCATIVA-TERAPEUTICA-CAS

TOTALI	DI CUI NUOVI 2017
17	7

In riferimento alla tipologia di casistica che è accolta in comunità, dei sette inserimenti del 2017 quattro sono relativi a minori straniere inserite nei Centri di accoglienza straordinaria per migranti presenti sul nostro territorio (strutture adibite all'accoglienza di maggiorenni), solo in seguito all'inserimento riconosciute come minorenni (tre diciassetenni e una quindicenne).

Il fenomeno emergente richiede un approfondimento delle normative in relazione alla tipologia di interventi da attuare per questi minori e un percorso di conoscenza e raccordo con le realtà che si occupano dell'accoglienza sul territorio bresciano e lombardo.

#### NUMERO CASI IN COMUNITA' CON LA MADRE

TOTALI	DI CUI NUOVI 2017
6	0

#### MINORI IN AFFIDO ETEROFAMILIARE O A PARENTI

TOTALI	DI CUI NUOVI 2017
25	4

#### TIPOLOGIA DI PROCEDIMENTI

	2017
<b>Tribunale Minorile</b>	<b>181</b>
<b>TM PENALE MINORILE</b>	<b>12</b>
<b>Tribunale Ordinario</b>	<b>57</b>
<b>TM E TO – MANDATO da ENTRAMBI I TRIBUNALI</b>	<b>17</b>
<b>TOTALE</b>	<b>255</b>

#### SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE MINORI (ADM)

	2014	2017
<b>Totale</b>	<b>33</b>	<b>25</b>

tab. 7 Minori seguiti a domicilio, raffronto tra I dati dell'ultimo anno dei due trienni precedenti

#### 1. CRITICITA' RILEVATE

A fronte di quanto sopra descritto, le principali criticità degli interventi e servizi erogati nell'area sono le seguenti:

*raffronto tra I dati dell'ultimo anno dei due trienni precedenti*

- la complessità delle situazioni in carico ai servizi Tutela Minori è in continua crescita e necessita di interventi sempre più integrati, che coinvolgano più servizi e più territori;
- vi è un'ampia fascia delle situazioni di disagio di minori e delle loro famiglie che è poco o insufficientemente presidiata: si tratta di quelle situazioni da "pre-tutela" ove si possono



- rilevare 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;
- la fascia degli adolescenti e dei preadolescenti risulta essere poco coinvolta nei progetti e nelle proposte dei servizi educativi.

## **2. OBIETTIVI DEL TRIENNIO**

1. Consolidare quanto sperimentato nel triennio precedente relativamente a situazioni familiari complesse per le quali necessita attivare équipe multidisciplinari al fine di dare più risposte coordinate ai diversi bisogni espressi.
2. Consolidare e sviluppare il servizio affidò nelle diverse forme possibili: residenziale, diurno, pronto intervento, ecc.  
A tal fine risulta indispensabile la promozione dell'Affidò sul territorio, la ricerca di nuove famiglie disponibili, la loro formazione, assicurandone il sostegno una volta avviata l'esperienza.
3. Avviare progetti innovativi di integrazione tra interventi domiciliari ed educativi, coinvolgendo le istituzioni scolastiche del territorio, con particolare riguardo alla fascia preadolescenziale.

Obiettivo specifico	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Favorire lo sviluppo e il recupero delle competenze genitoriali, sostenere la crescita dei minori nella propria famiglia	Consolidamento della gestione associata del servizio educativo domiciliare.  Formazione degli operatori del territorio in tema di culture altre: i progetti migratori, l'inserimento nel nuovo contesto di vita, gli stili educativi.	Personale Comuni, Azienda Speciale e terzo settore  Personale Comuni, Azienda Speciale e terzo settore, operatori dei servizi	Verifica e riprogettazione del servizio in essere con il coinvolgimento delle coop.ve interessate  Percorso formativo condiviso	Rinnovo affidamento con contratto triennale  Partecipazione operatori di diversi servizi del territorio	Si/no  Si/no	2018/2019
Garantire una presa in carico integrata dei nuclei familiari	Consolidare gli interventi attuati mediante l'attivazione di équipe multidisciplinari	Personale Comuni, Azienda Speciale e terzo settore	Incontri periodici di confronto delle équipe multidisciplinari  Progetti individualizzati condivisi tra più servizi	n. incontri  n. progetti realizzati	Almeno 3 l'anno per confronto sulle prassi  10 progetti	triennio
Supportare la continuità educativa scuola / famiglia / territorio	Implementazione di progetti innovativi di integrazione tra interventi domiciliari ed interventi educativi / aggregativi del territorio e della scuola con particolare attenzione alla fascia adolescenziale problematica	Personale Comuni, Azienda Speciale, Scuola, terzo settore (con particolare riguardo alle realtà aggregative)	Mappatura degli interventi rivolti agli adolescenti  Progetti <i>ponte</i> , famiglia / scuola / territorio	Realizzati accordi nei territori  Realizzati progetti per adolescenti problematici	Si/no  Almeno 3 progettazioni di territorio	triennio
Rinforzare il ricorso all'affido familiare	Sperimentazione di progetti differenziati di affido (affido leggero, famiglie di supporto a famiglie in difficoltà...)  Consolidamento delle buone pratiche avviate nello scorso triennio, anche a il livello provinciale	Personale Azienda Speciale, Comuni, e terzo settore  Operatori e Forum del terzo Settore	Incontri di sensibilizzazione, reperimento nuove famiglie, interventi di supporto  Coordinamento provinciale	Realizzati affidi sperimentali ed innovativi  Realizzata banca dati provinciale  Tavolo coordinamento	Almeno 5 progetti sperimentali  Si/no  Almeno 3 incontri anno	triennio



### 4.6.3. AREA DISABILITA'

Gli obiettivi e le strategie da attuare nel prossimo triennio muovono dal rilevato progressivo aumento di persone con disabilità nel territorio dell'ambito, dal cambiamento culturale legato a una nuova idea di progettazione individualizzata e dalla contrazione delle risorse disponibili.

Con l'introduzione di nuove misure quali il *Reddito di Autonomia* di Regione Lombardia e la legge nazionale sul "Dopo di Noi", a gestione regionale, si è dato avvio all'erogazione di risposte a nuovi bisogni non più sostenibili con i soli fondi degli Enti Locali.

L'incontro con i diversi *stakeholder*, nonché il confronto sui dati a disposizione, hanno consentito di condividere una lettura in ordine alle istanze che provengono dal territorio, focalizzare le questioni aperte ed individuare alcune piste di lavoro che il Piano di Zona intende assumere ad obiettivo per il prossimo triennio.

Il focus sul quale si porranno gli obiettivi per gli interventi di questa specifica area, sarà quello della presa in carico globale della persona disabile, strutturando interventi individualizzati, riducendo la frammentazione del welfare locale ed orientando le risposte sul reale bisogno del soggetto.

Genere		Tipologia problema prevalente							
M	F	FISICA	SENSORIALE	PSICHICA	INTELLETTIVA	PLURIMA	IN ACCERTAMENTO	NON HANDICAP	NON NOTO
544	365	69	16	173	164	274	95	89	29

tab.1 Persone con disabilità in carico all'équipe EOH di ASST - Ambito distrettuale Brescia EST

n. totale	inserimento scuola/servizi	no servizi	0/3 anni	3/6 anni	6/14 anni	14/18 anni	18/35 anni	35/64 anni
565	518	47	6	54	144	60	99	202

tab.2 Persone con disabilità in carico presso i Servizi Sociali dei 13 Comuni

		infanzia	primaria	secondaria I gr.	secondaria II gr.
anno	tot.	39	74	40	27
2015	180	39	74	40	27
2016	219	57	88	38	36
2017	235	48	98	42	47

tab.3 Studenti con supporto ad personam, confronto ultimo triennio

		Tipologia servizio				
n. totale	SIL	SFA	CSE	CDD	CSS	RSD
261	117	14	37	67	17	9

tab.4 Persone maggiorenni inserite presso i servizi, anno 2017

Progetti individualizzati nuove misure		
n. totale	Reddito autonomia	Dopo di Noi
11	7	4

tab.5 Progetti individualizzati sostenuti da nuove misure, attivati nel 2017

Relativamente alla domanda si rileva:

- la necessità di strette alleanze tra ATS, ASST, MIUR e Centri per l'Impiego per favorire la presa in carico globale durante tutte le fasi della vita della persona;
- condivisione di un linguaggio comune, in particolare per l'ambito scolastico, con l'obiettivo di mettere in rete i diversi attori che contribuiscono al benessere e alla realizzazione del progetto individualizzato;
- accompagnamento del soggetto e della sua famiglia dall'ambito scolastico a quello lavorativo e/o dei servizi.

## **1. CRITICITA' RILEVATE**

- Dalla programmazione locale del triennio precedente rimane non raggiunto l'obiettivo di integrazione dei percorsi delle persone disabili da un contesto all'altro (famiglia, scuola, tempo libero...). Nel confronto con servizi, scuola e terzo settore riemerge come bisogno forte a cui rispondere in future attraverso nuove sperimentazioni.
- Permane difficile strutturare offerte per il tempo libero di adolescenti e giovani disabili
- 

## **2. OBIETTIVI DEL TRIENNIO**

1. Pervenire a specifici accordi tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti negli interventi dell'area per la successiva redazione di protocolli operativi condivisi;
2. Condividere strumenti e prassi per il sostegno, mediante percorsi di formazione congiunta rivolta a tutti gli operatori che partecipano alla realizzazione dei singoli progetti di vita della persona. Si auspica il coinvolgimento di: scuola, neuropsichiatria infantile, équipe operativa handicap, servizi sociali di base, e la cooperativa sociale che ha in gestione il servizio di AdP dell'ambito;
3. sperimentare percorsi innovativi per la presa in carico globale ed integrata: criteri per l'individuazione del *case management* (basati su apposite scale di valutazione), avvio interventi innovativi (diurni/domiciliari);
4. realizzare una mappatura di tutte le realtà aggregative, sportive, culturali rivolte ai giovani del territorio, in un'ottica di perseguire la reale integrazione;
5. favorire la conoscenza, condivisione e dialogo tra le varie associazioni sopra elencate;
6. promuovere l'individuazione e/o il reperimento di risorse economiche aggiuntive per finanziare i progetti innovativi, anche attraverso bandi e partenariato etc.

Obiettivo specifico	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Favorire la continuità del supporto nei diversi passaggi della vita, in particolare dall'età giovanile a quella adulta	<p>Condivisione di prassi e procedure per la presa in carico integrata tra gli operatori dei servizi dell'area e della scuola</p> <p>Ricognizione delle realtà territoriali che possono favorire la piena integrazione nel proprio contesto di vita</p>	<p>Personale dei Comuni, dell'Azienda Speciale, Terzo settore, Scuola</p> <p>Realtà associative</p>	<p>Percorso formativo comune</p> <p>Mappatura risorse associative ed iniziative territoriali</p>	<p>Partecipazione dei diversi soggetti coinvolti</p> <p>Sottoscrizione accordi di collaborazione</p>	<p>Si/no</p> <p>Si/no</p>	triennio
Favorire l'acquisizione / mantenimento delle abilità, in particolare quelle lavorative, per i disabili non occupati	<p>Costruzione di un laboratorio protetto, con filiere produttive semplici, che veda la collaborazione di aziende e cooperative di inserimento lavorativo</p> <p>Utilizzo delle misure specifiche utili alla realizzazione di percorsi individualizzati differenziati (reddito autonomia, in particolare)</p>	<p>Personale dei Comuni, dell'Azienda Speciale, Terzo settore</p> <p>Risorse da Misure specifiche e bandi di cofinanziamento</p> <p>Collaborazioni con aziende private</p>	<p>Collaborazione con privato e privato sociale</p> <p>Percorsi differenziati sostenuti con specifiche risorse</p>	<p>Avviato laboratorio protetto</p> <p>Realizzati PEI differenziati</p>	<p>Si/no</p> <p>Si/no</p>	2019 / 2020
Uniformare i percorsi assistenziali nei contesti scolastici	Consolidamento della gestione associata dell'intervento AdP, anche con l'attivazione degli interventi sperimentali previsti dall'appalto	Personale dei Comuni, dell'Azienda Speciale, delle cooperative coinvolte e della scuola	Verifica gestione in essere, attivazione iniziative sperimentali previste dall'appalto	Avviate sperimentazioni	Si/no	2018/2019
Supportare le persone disabili nella direzione di una vita quanto più possibile autonoma	<p>Messa a sistema della rete degli interventi (strutturali e gestionali) avviati mediante la misura Dopo di Noi</p> <p>Avvio del sostegno ai progetti di vita indipendente, come previsto dalle linee programmatiche ministeriali</p>	Personale dei Comuni, dell'Azienda Speciale, Terzo settore	<p>Collaborazione con i servizi specialistici e il terzo settore</p> <p>Coinvolgimento ed empowerment delle persone con disabilità e delle loro famiglie</p>	<p>PEI sottoscritti da tutti i soggetti coinvolti</p> <p>Definizione del ruolo di case manager, protocolli di collaborazione</p> <p>Avvio strutture per l'accoglienza in housing</p>	<p>Si/no</p> <p>Si/no</p> <p>Almeno 1 nuova struttura</p>	triennio



#### 4.6.4. AREA INCLUSIONE, POVERTA', LAVORO

Le riflessioni afferenti a quest'area includono tutti quegli interventi trasversali riferibili alle persone in età adulta in condizioni di fragilità; persone che versano in condizioni economiche difficili, che da tempo non sono impiegate in un'occupazione stabile, che necessitano di sostegno in relazione alle loro condizioni di salute fisica e psichica, che sono coinvolte in percorsi riabilitativi, che rivelano - anche temporaneamente - particolari elementi di vulnerabilità.

Negli ultimi tre anni, questa è stata un'area di bisogno che è andata ampliandosi e che ha tenuto vivo il dibattito e il confronto, dando vita ad un forte impegno anche economico di Istituzioni e soggetti privati. L'intervento chiave più recente, rapidamente passato da sperimentale a misura strutturale, è riscontrabile nell'implementazione del REI *Reddito di Inclusione Sociale*: dispositivo di sostegno economico a nuclei poveri, pensato prioritariamente per motivare le persone che ne fanno richiesta ad impegnarsi attivamente nella ricerca di soluzioni alla propria condizione di fragilità. Il processo di presa in carico spinge a rafforzare la rete di collaborazione tra i servizi, tra pubblico e privato.

Per far fronte ad una così ampia e complessa area di bisogno, il confronto ha visto coinvolti: tecnici e politici dei Comuni, operatori impegnati nell'inserimento lavorativo, professionisti che lavorano nei servizi pubblici e privati per le dipendenze e la salute mentale, referenti dei sindacati locali, operatori e volontari del terzo settore.

#### Fragilità e presa in carico

n. tot.	assenza di lavoro	problemi abitativi*	sussistenza economica**
968	273	178	243

tab.1 nuclei/singoli in carico ai servizi sociali comunali al 31/12/2017

\*morosità, sfratto, contributo affitto, ipoteca sulla casa, sospensione mutuo

\*\*nuclei a cui sono stati garantiti sostegni economici per il minimo vitale

#### Povertà ed inclusione sociale (dati relativi alla misura del Reddito di Inclusione)

Domande di SIA / REI presentate	Assegnazione beneficio	Progetti sottoscritti		
		Ricerca lavoro	Genitorialità / inclusione sociale	Entrambi
182	90	55		
Tipologia di progetto		18	20	17

tab.2 nuclei che hanno avuto accesso alla misura nel 2017

#### Inserimento lavorativo

n. tot.	persone disabili / certificate (L.68/99 - 381/91)	Persone con svantaggio sociale
168	117	51

tab.3 persone in carico al 31/12/2017 presso il Servizio Lavoro dell'ambito (Go for Work)

## Dipendenze

N.	Genere		Fasce d'età						Dipendenza prevalente					
	TOT	M	F	15-19	20-30	31-40	41-50	51-60	>61	sostanze stupef.	alcol	GAP	invio da prefett. per art 75	invio da tribunali
<b>192</b>	<b>167</b>	<b>25</b>	9	28	48	59	39	9	85	59	18	15	15	
<b>SMI SEDE DI REZZATO</b>														
<b>141</b>	<b>124</b>	<b>17</b>	4	16	36	46	32	7	67	47	12	7	8	
<b>SMI SEDE DI BAGNOLO MELLA</b>														
<b>51</b>	<b>43</b>	<b>8</b>	5	12	12	13	7	2	18	12	6	8	7	

tab.4 dati riferiti alle persone residenti nell'ambito, in carico allo SMI Mago di OZ - 31/12/2017

Tot.	M	F	fascia età								sostanze stupefacenti						ALCOL		GAP	
			< 18	18 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	> 49	EROINA		COCAINA		CANNABIS		ABUSO	DIPENDENZA	GIOCO PROBLEMATICO	DIPENDENZA
											ABUSO	DIPENDENZA	ABUSO	DIPENDENZA	ABUSO	DIPENDENZA				
<b>115</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	1	5	5	10	10	18	20	46	0	35	4	22	3	3	24	22	0	2

tab.5 dati riferiti alle persone residenti nell'ambito, in carico al SERT/NOA dell'ASST Spedali Civili di Brescia - 31/12/2017

## Salute mentale

Tot.	M	F	18/35	35/64	PERTIPOLOGIA INTERVENTO	in carico	assunzione in cura	SAR in corso
<b>1283</b>	<b>600</b>	<b>683</b>	222	1061		164	1119	17

tab.6 dati riferiti alle persone residenti nell'ambito, in carico all'UOP Brescia - Montichiari dell'ASST Spedali Civili di Brescia - 31/12/2017

## Penale

Tot.	DETENUTI DOMICILIARI		AFFIDATI 94 t.u. STUP.		AFFIDATI 47 O.P.		MAP		MAP INDAGINI		LPU <sup>(1)</sup>		ATTIVITA' DETENUTI <sup>(2)</sup>		INDAGINI LIBERI		INDAGINI MIS.SICUR.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>430</b>	34	1	5	0	25	1	35	5	62	7	196	18	21	1	15	1	2	1

tab.7 dati UEPE - 31/12/2017

Relativamente alla domanda si rileva:

- la necessità di un continuativo orientamento ed accompagnamento per la ricerca di un'occupazione, sia essa la prima o l'ennesima dopo l'espulsione dal mercato del lavoro, in particolare per i soggetti più fragili;
- l'opportunità di avere garantito il diritto alla casa: reperimento, mantenimento, collocazioni alternative in caso di emergenza;
- l'esigenza di un coinvolgimento attivo per le persone impegnate in percorsi di riabilitazione, ricollocazione ed inclusione.

### **1. CRITICITA' RILEVATE**

- si rilevano importanti differenze nelle politiche dei singoli Comuni rispetto alla gestione dei patrimoni immobiliari e nella assegnazione degli alloggi;
- è ancora alta la criticità sul contenimento degli sfratti e non sono sufficienti gli accordi in essere con la rete degli housing per l'accoglienza d'emergenza;
- permangono elementi di fatica nel complesso lavoro di collaborazione tra i differenti servizi/realità coinvolte (siano essi pubbliche o private), in particolare nella presa in carico di situazioni multiproblematiche;
- si evidenzia il perdurare di una richiesta "assistenziale", anteposta a quella di supporto per un concreto cambiamento: i progetti attivati con le persone che ancora esprimono questo atteggiamento si caratterizzano per discontinuità ed esiti fallimentari in ordine al raggiungimento di un'autonomia progettuale;
- emerge da più parti la necessità di ampliare e consolidare interventi volti a favorire una concreta inclusione, a partire dalla condivisione delle "regole di convivenza" e di strategie comuni per una cittadinanza attiva.

### **2. OBIETTIVI DEL TRIENNIO**

1. Mettere a sistema prassi comuni per la gestione del tema casa, compreso il reperimento di collocazioni temporanee;
2. realizzare uno o più spazi di laboratorio protetto per percorsi occupazionali rivolti a persone in condizioni di fragilità.
3. costituire tavoli multidisciplinari e interistituzionali per una maggiore condivisione ed integrazione degli interventi.



Obiettivo specifico	Interventi/azioni di sistema	Risorse impiegate	Strumenti utilizzati	Indicatori di esito	Range di valutazione	Tempistica
Mettere a sistema le prassi comuni per la gestione del tema casa, compreso il reperimento di collocazioni temporanee	Implementazione del nuovo Servizio Abitazione Pubblica (SAP), con un coordinamento unico  Condivisione prassi e individuazione buone pratiche, con particolare riguardo all'abitare temporaneo	Risorse umane dei Comuni, referente d'Ambito, terzo settore, associazioni edilizia residenziale e popolare  Risorse economiche dei Comuni e delle misure sull'emergenza abitativa	Incontri periodici, elaborazione documenti condivisi	Regolamento unico  Nuove procedure bandi assegnazione  Protocolli inserimenti temporanei	Si/no  Si/no	2018/2019  Triennio
Favorire l'inserimento lavorativo delle persone in situazione di forte fragilità	Iniziative di affiancamento di gruppo per la ricerca attiva del lavoro - <i>spazio work café</i>  Realizzazione di un laboratorio protetto nel territorio	Risorse umane di nuovo reperimento Collaborazioni terzo settore Risorse economiche da finanziamenti specifici	Collaborazione pubblico/privato sociale /privato	Avviati incontri <i>work café</i>  Realizzati interventi individualizzati in contesto produttivo protetto	Si/no  Almeno 10 inserimenti	2019  2019/2020
Favorire la presa in carico integrata e globale delle situazioni multiproblematiche e (con particolare attenzione alle situazioni intercettate con il REI)	Costruzione di tavoli interdisciplinari di confronto fra servizi di base e specialistici e scuola  Condivisione dell'iter per una presa in carico integrata	Risorse umane dei servizi, dei Comuni, del Terzo settore e della scuola  Formatori esterni	Percorso formativo comune  Attivazione équipe multi-servizio  Collaborazione CPI e Agenzie accreditate per il lavoro  Gruppi di lavoro per la costruzione degli strumenti	Partecipazione dei soggetti coinvolti  Accordi presa in carico CPI /AdL  Strumento valutazione bisogno (nuclei REI)  Format progetto integrato	Si/no  Si/no  Si/no	triennio

Favorire l'assunzione di comportamenti consapevoli e responsabili per una civile convivenza	Promozione di percorsi formativi comuni per una maggiore padronanza di prassi condivise, con il coinvolgimento della scuola e dei centri di alfabetizzazione	Formatori esterni, mediatori culturali Risorse umane dei servizi	Incontri di formazione	N. dei partecipanti, con la presenza dei diversi servizi	Almeno 3 incontri nel triennio	triennio
	Costruzione di brevi "vademecum" di educazione civica, anche mediante il coinvolgimento di gruppi multietnici	Personale dei Comuni, dell'Az. Speciale e del terzo settore	Gruppi di lavoro per la costruzione degli strumenti	Presenza di documenti editati in più lingue	Si/no	triennio
Contrastare gli esiti del gioco azzardo patologico	Promozione di iniziative di sensibilizzazione e formazione, in particolare per gli studenti degli Istituti comprensivi dell'Ambito	Risorse comunali e collaborazioni con associazioni impegnate sul tema	Eventi pubblici, coinvolgimento della scuola secondaria di I grado del territorio, collaborazione con interventi ATS scuole	Calendarizzazione eventi  Percorsi co-costruiti con gli Istituti comprensivi del territorio	Si/no  Almeno 3 nel triennio	triennio

## 4.7. Obiettivi strategici e azioni trasversali della pianificazione zonale

A partire dalla già realizzata aggregazione in ambito distrettuale, che come previsto dalla l.r. 23/2015, rispetta in dimensioni e caratteristiche i parametri e i criteri dalla stessa definiti, il percorso per la programmazione zonale del triennio 2018/2020 sarà concluso entro la prima scadenza prevista, ovvero il **30 giugno 2018**. Ciò permetterà di usufruire a pieno del triennio avviato per consolidare gli interventi realizzati in forma associata e sperimentare iniziative sperimentali innovative.

### 4.7.1. OBIETTIVO STRATEGICO 1

Con riferimento alla già realizzata sottoscrizione di un **Regolamento unico per l'accesso ai servizi sociali** nei 13 Comuni dell'Ambito distrettuale Brescia Est, per il triennio 2018/2020 si rende necessario **implementarne le buone prassi conseguenti e verificarne l'impatto nei diversi Comuni coinvolti**. In particolare, si dovrà procedere ad una prima valutazione della fase sperimentale avviata, verificarne la concreta applicazione da parte di tutti i servizi del territorio e prevedere l'inserimento dei servizi/interventi (comprese le nuove misure) non previsti nel primo documento.

### 4.7.2. OBIETTIVO STRATEGICO 2

Come già descritto in apertura, nella parte relativa alla programmazione locale, nel triennio scorso i Comuni di questo ambito distrettuale hanno accolto la sfida di potenziare la gestione associata dei servizi, pubblicando bandi unici di gara per la gestione di interventi domiciliari rivolti a minori, disabili ed anziani e per l'assistenza scolastica fino a prima organizzati dai singoli Comuni nella forma dell'accreditamento.

Ora ci si prefigge di **consolidare tale gestione associata sovracomunale e strutturare un unico impianto di valutazione degli esiti e di verifica dell'impatto sui soggetti e sulle organizzazioni coinvolte**.

Altrettanto, il compito di supporto ai servizi sociali di base nei processi di accoglienza e progettazione per il REddito di Inclusione (REI), stimola l'ente capofila a **promuovere, dentro l'Ufficio di Piano, l'organizzazione di gruppi di lavoro utili alla costruzione di strumenti condivisi per la valutazione del bisogno e la costruzione dei progetti individualizzati**.

### 4.7.3. OBIETTIVO STRATEGICO 3

Tre invece le sperimentazioni previste per innovare strategie e modalità di risposta ad alcuni rilevanti bisogni fin qui non pienamente soddisfatti.

1. **Supportare le famiglie con giovani disabili nella fase di transizione dalla conclusione del percorso scolastico alla vita adulta**, con particolare attenzione al periodo di "stagnazione" e smarrimento che intercorre tra l'acquisizione del diploma / attestato e l'eventuale inserimento nel mondo del lavoro, attraverso un laboratorio protetto che veda coinvolti i Comuni dell'Ambito, il terzo settore e le aziende profit. (sperimentazione prevista per il 2019).
2. **Favorire la ricerca di un'occupazione per le persone più fragili** segnalate al *Servizio Lavoro* dell'Ambito, promuovendo il confronto di gruppo e il rinforzo delle abilità / competenze trasversali di base, affinché si verifichi successivamente al reperimento di un posto di lavoro la possibilità di mantenerlo. Si è condivisa oggi la creazione di uno spazio aperto e fruibile dai cittadini alla ricerca di lavoro, affiancati da un operatore specializzato, nella forma di un *work café* (progettazione prevista tra il 2019 e il 2020).
3. In prosecuzione con gli interventi sperimentati in tema di affido familiare, si intende **strutturare per il prossimo triennio, gli interventi di affido temporaneo e l'accoglienza di pronto intervento presso famiglie di supporto**.