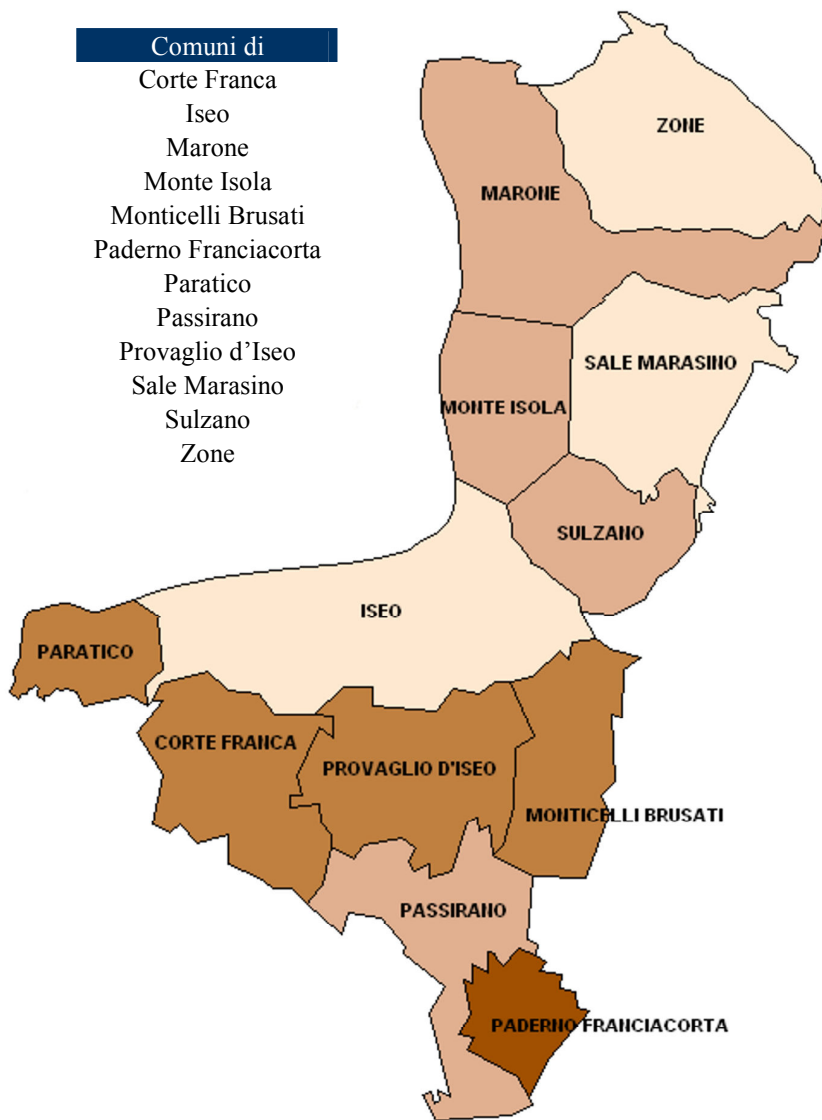


PIANO di ZONA

AMBITO DISTRETTUALE N. 5 - SEBINO



ANNI
2009
2011

INDICE

0. Principi e finalità	p. 3
0.1 Principi	
0.2 Finalità della programmazione 2009-11 nell'Ambito distrettuale n. 5	
0.3 Metodo e alcuni nodi del processo di programmazione	
1. Contesto territoriale, fenomeni e bisogni sociali prioritari emergenti	p. 7
1.1 I dati sulla popolazione del distretto	
1.2 Altri temi rilevanti: abitazione e mobilità	
1.3 Scuola e istruzione	
1.4 Il lavoro	
2. Governance e integrazione delle politiche: gli obiettivi strategici e le priorità di intervento	p. 23
2.1 I processi di governance, integrazione e coordinamento del piano	
2.1.1 Elementi di verifica e necessità del triennio	
2.1.2 Obiettivi strategici	
2.1.3 Alcune note di metodo	
2.2 Le politiche sovra distrettuali	
2.2.1 Il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano	
2.2.2 Attività sovra distrettuali previste	
2.3 L'integrazione socio-sanitaria	
2.4 L'integrazione con altre politiche	
2.5 La partecipazione del III settore	
3. Sistema di interventi per aree: elementi di verifica e obiettivi strategici	p. 42
3.1 La definizione delle aree di intervento	
3.1.1 Elementi di verifica	
3.1.2 Obiettivi strategici	
3.2 Dati, elementi di verifica e obiettivi strategici delle aree specifiche	
3.2.1 Anziani	
3.2.2 Minori e famiglie	
3.2.2.a Dipendenze	
3.2.3 Emarginazione e nuove povertà	
3.2.4 Immigrazione	
3.2.5 Disabilità	
3.2.6 Salute mentale	
3.2.7 Servizio sociale professionale	
4. Obiettivi di sistema della programmazione 2009-11	p. 78
4.1 Continuità e consolidamento	
4.2 Innovazione	
4.3 Strategie di prevenzione	
5. Risorse disponibili	p. 81
6. Responsabilità gestionali e soggetti istituzionali e privati maggiormente coinvolti	p. 85
7. Risultati attesi, modalità di verifica e condizioni di valutazione del Piano di Zona	p. 85

0. Principi e finalità

0.1 Principi

Il presente piano costituisce il documento di programmazione del sistema di interventi e servizi sociali dell'ambito distrettuale n. 5 – Iseo, realizzato dai comuni dell'ambito in collaborazione con l'Asl di Brescia, il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano e gli attori locali del terzo settore, al fine di promuovere condizioni di benessere e inclusione sociale dei cittadini, delle famiglie e delle comunità locali e di prevenire, rimuovere o contenere le situazioni e i fattori di disagio di natura economica, psico-fisica o sociale.

Scopi, obiettivi e misure sono formulati nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, del proprio Statuto, nonché nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, in armonia con i principi enunciati dalla legge 328/2000 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), con la LR della Regione Lombardia n. 3/2008 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario) e con le leggi regionali e nazionali di settore.

L'insieme integrato dei servizi, delle prestazioni, anche di sostegno economico, e delle strutture territoriali, domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali costituisce la rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie mirata al perseguimento degli scopi sopra indicati, e il cui governo si informa ai seguenti principi:

- a) rispetto della dignità della persona e tutela del diritto alla riservatezza;
- b) universalità del diritto di accesso e uguaglianza di trattamento nel rispetto della specificità delle esigenze;
- c) libertà di scelta, nel rispetto dell'appropriatezza delle prestazioni;
- d) personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una presa in carico globale della persona;
- e) promozione dell'autonomia della persona e sostegno delle esperienze tese a favorire la vita indipendente;
- f) sussidiarietà verticale e orizzontale;
- g) riconoscimento, valorizzazione e sostegno del ruolo delle famiglie, in quanto nucleo fondamentale di crescita, sviluppo e cura della persona;
- h) promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà, anche al fine di favorire la permanenza e il reinserimento nel proprio ambiente familiare e sociale;
- i) solidarietà sociale, ai sensi degli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione;
- j) effettività ed efficacia delle prestazioni erogate.

In particolare sono perseguiti i seguenti obiettivi generali:

- a) omogeneità ed adeguatezza della rete delle unità di offerta ai bisogni sociali e sociosanitari;
- b) flessibilità delle prestazioni, anche attraverso la predisposizione di piani individualizzati di intervento;
- c) integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di settore, in particolare dell'istruzione, della formazione, del lavoro e della casa;
- d) efficienza della rete delle unità di offerta ed ottimale utilizzo delle risorse finanziarie disponibili.

0.2 Finalità della programmazione 2009-11 nell'Ambito distrettuale n. 5

Le finalità del terzo triennio di programmazione (piano 2009-11), in coerenza alle linee regionali, sono le seguenti:

- Sviluppare ulteriormente il processo di integrazione della programmazione degli obiettivi e degli interventi di ambito;
- Predisporre migliori condizioni per realizzare, in intesa con gli attori competenti, l'integrazione delle politiche socio-sanitarie, delle politiche per le famiglie e tra politiche di assistenza e del lavoro;

- Promuovere le condizioni atte ad orientare il sistema di interventi e servizi verso un welfare maggiormente promozionale, integrando la capacità di erogare servizi qualificati con la valorizzazione delle risorse informali del territorio, il sostegno degli attori locali e delle iniziative e dei processi di autopromozione, l'integrazione fra sistema pubblico, iniziativa dei sistemi nonprofit e risorse della reciprocità comunitaria e familiare.

In relazione alla storia istituzionale dell'Ambito distrettuale n 5., il presente piano intende imprimere un'azione sistematica orientata a realizzare obiettivi di natura istituzionale e organizzativa ispirati a tali principi, allo scopo di superare alcune difficoltà incontrate nel corso dei precedenti trienni di programmazione. A tal fine, gli attori locali, in questa sede di programmazione, hanno operato per valorizzare e integrare nel processo i percorsi già in atto nel territorio (tavoli tematici con il terzo settore, attività formativa con il tavolo tecnico) e per creare le condizioni istituzionali adeguate al compito, che costituiscono il principale oggetto della costruzione del piano.

Per questo motivo, particolare attenzione è dedicata allo sviluppo delle strategie organizzative e di governance, che costituiscono la premessa ad un'azione più efficace dei servizi e di attualizzazione dei diritti sociali dei cittadini: organizzazione dell'ufficio di piano, implementazione di nuove forme di gestione associata delle unità d'offerta, degli interventi e dei servizi, migliore coordinamento interistituzionale tra attori delle politiche diverse (tra comuni dell'Ambito e Asl, in particolare), migliore configurazione dei rapporti tra gli attori istituzionali, soggetti gestori e attori sociali a sostegno della loro partecipazione.

Con questa programmazione si intende inoltre dare maggiore visibilità presso la cittadinanza dell'azione dell'Ufficio di Piano e degli sviluppi della programmazione integrata, favorendo una maggiore vicinanza e un passaggio di informazioni adeguato ed efficace. Ciò anche attraverso un'ubicazione visibile e facilmente accessibile da parte di utenti e cittadini.

Il piano comprende alcuni indicatori di valutazione per consentire il monitoraggio e la verifica dei cambiamenti effettivamente conseguiti nel corso dei prossimi tre anni.

0.3 Metodo e alcuni nodi del processo di programmazione

Il metodo seguito nella costruzione del documento di programmazione mirava a promuovere un processo coerente ai principi enunciati. Inoltre mirava a favorire l'interazione tra i diversi attori coinvolti in considerazione delle difficoltà organizzative e istituzionali discusse nel piano (cfr. § 2.1), che hanno inciso sul governo, l'attuazione e il monitoraggio della programmazione dei precedenti trienni.

Come evidenziato dallo schema di fig. 1 (cfr.), il percorso si è sviluppato in diverse fasi, attraverso cui si è cercato di coinvolgere i diversi soggetti nella costruzione del piano.

Nella fase di rilevazione (Fase B) per la raccolta dei dati necessari (Comuni, Asl, Ufficio di Piano), per la verifica del piano precedente (Tavolo Tecnico, III settore), per la verifica sull'integrazione socio-sanitaria (Asl, Tavolo Tecnico, Ufficio di Piano), per l'individuazione di alcune criticità di ipotesi e obiettivi di miglioramento (Tavolo Tecnico, Asl, Terzo Settore)

Nella fase di elaborazione (Fase C), per la definizione delle ipotesi di programmazione e quindi delle linee guida del piano (Tavolo Zonale, Tavolo di consultazione del III Settore, Tavolo Tecnico) e all'interno delle quali sono state percepite e integrate gli indirizzi progettuali formulati dai tavoli di programmazione sulle leggi di settore (L.45/99, L.40/98, L.285/97).

Il percorso è stato avviato (Fase A) e coordinato da un Gruppo di coordinamento misto, tecnico e politico, che ha monitorato gli sviluppi e mantenuto i collegamenti fra le varie parti. Inoltre ha beneficiato della consulenza di un ente esterno, *Socialis – Centro studi in Economia e management delle cooperative e degli enti nonprofit* in fase di costituzione¹, che ha curato la rilevazione e l'elaborazione dei dati e ha partecipato alla stesura del piano (Fase D).

¹ Allo stato, è formalmente un Comitato promotore che può contare sulla partecipazione di ricercatori esperti e sul coinvolgimento di numerosi enti locali di partecipazione, di rappresentanza e del terzo settore (cfr. www.).

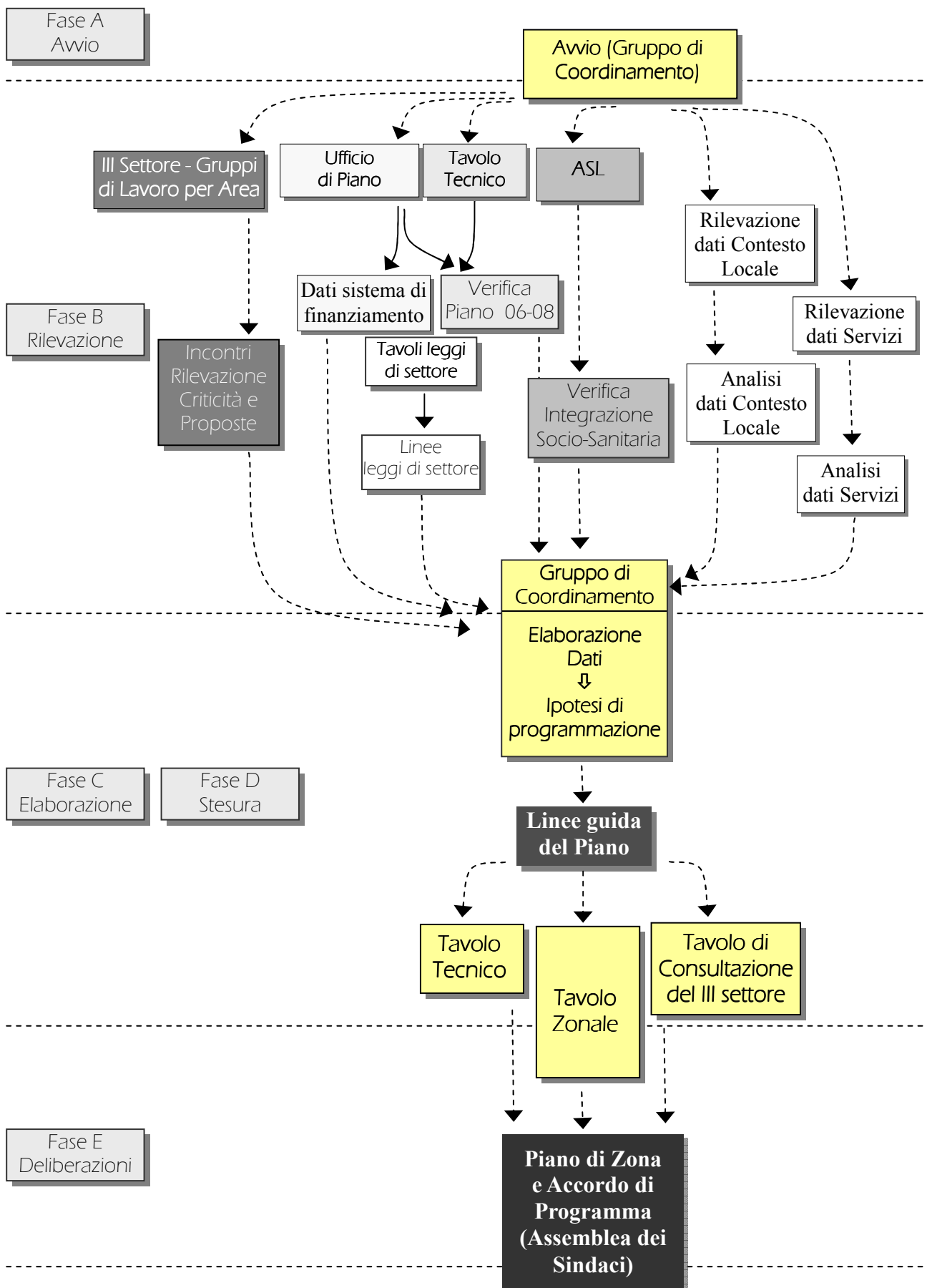


Fig. 0.1 – Processo di Costruzione del PdZ 2009-11 dell’Ambito Distrettuale n. 5

Il percorso e quindi l'esito finale risentono inevitabilmente dei nodi che proprio attraverso la programmazione si intende affrontare nel triennio a venire. Nodi, la cui analisi è riportata nelle pagine successive, che in alcuni casi hanno reso difficile una precisa rilevazione dei dati, la comunicazione tra gli attori, il confronto tecnico sui contenuti, il confronto tra le diverse componenti (politiche e tecniche, pubbliche e private) e il coordinamento tra i diversi livelli implicati. Ciò, soprattutto, in considerazione dei tempi ristretti occorsi.

Tuttavia, proprio questo lavoro, ha favorito una precisa individuazione delle problematiche che la programmazione mira ad affrontare, rendendo il presente documento uno strumento pragmatico e di orientamento per il governo locale delle politiche discusse nel piano.

1. Contesto territoriale, fenomeni e bisogni sociali prioritari emergenti

1.1 I dati sulla popolazione del distretto

La popolazione del distretto di Iseo-Sebino è cresciuta costantemente a partire dall'inizio degli anni '70 all'inizio degli anni 2000, come da tabella sottostante. Il valore degli incrementi colloca il distretto in prossimità del dato medio provinciale, pur con una tendenza ad una crescita superiore alla media nell'ultimo ventennio: questa colloca il Sebino in quarta posizione fra i dodici distretti Asl, dopo, nell'ordine, Gussago (Dis. 2), Rezzato (3), Montichiari (10), che hanno subito gli incrementi più decisi. Brescia è l'unico ad aver subito un decremento nel medesimo periodo (numero indice nel 2001 = 90,1).

Per densità della popolazione, nel 2001 Iseo rimane invece ancora in settima posizione fra i dodici distretti (273 residenti per km²).

	1971	1981	1991	2001
Distretto 5 Sebino - Iseo	100,0	107,3	114,4	126,7
Media distretti Asl di Brescia	100,0	108,4	113,3	124,2

Tab. 1.1 Evoluzione della Popolazione (censimenti 1971 – 2001) - Numeri indice con base 1971=100

La crescita di popolazione ha visto un incremento dalle 37.516 alle 47.540 unità, tra 1971 e 2001, e fino a 53.673 al 31 dicembre 2008. I singoli comuni sono interessati, soprattutto in questi ultimi anni da una dinamica leggermente divergente, dove alcuni dei comuni più piccoli e/o collocati nelle zone collinari (Marone, Zone, Sale Marasino), sono interessati da una maggiore stabilità o, addirittura da un decremento (Zone).

La proiezione sul prossimo triennio, costruita esclusivamente sulla dinamica del sessennio precedente², prevede una popolazione complessiva di oltre 57.000 individui a fine 2001, con Iseo ancora come comune più grande, pur se interessato da una crescita parzialmente declinante o, comunque, meno rapida di quella di alcuni degli altri comuni.

Anno	Corte Franca	Iseo	Marone	Monte Isola	Monticelli B.	Paderno F.	Paratico	Passirano	Provaglio d'Iseo	Sale Marasino	Sulzano	Zone	TOTALE
2003	6.342	8.533	3.076	1.782	3.753	3.433	3.517	6.085	5.971	3.235	1.517	1.157	48.401
2004	6.481	8.619	3.143	1.776	3.868	3.508	3.675	6.229	6.065	3.276	1.674	1.154	49.468
2005	6.625	8.812	3.154	1.785	3.998	3.521	3.911	6.399	6.164	3.307	1.748	1.155	50.579
2006	6.727	8.897	3.191	1.784	4.081	3.549	4.030	6.518	6.292	3.312	1.771	1.136	51.288
2007	6.829	8.951	3.189	1.789	4.130	3.627	4.123	6.757	6.433	3.350	1.817	1.123	52.118
2008	7.063	9.073	3.275	1.807	4.233	3.734	4.373	7.026	6.635	3.373	1.966	1.115	53.673
2009	7.204	9.130	3.295	1.821	4.273	3.821	4.512	7.293	6.833	3.401	2.019	1.094	54.642
2010	7.384	9.184	3.335	1.840	4.312	3.935	4.677	7.605	7.064	3.427	2.096	1.074	55.831
2011	7.574	9.225	3.376	1.864	4.337	4.064	4.841	7.949	7.321	3.453	2.173	1.050	57.066

Tab. 1.2 – Trend demografico per comune anni 2003 – 2008 e previsione 2009-2011 (Fonte: Istat, Comuni del distretto, nostre elaborazioni)

² Quindi non influenzata da ipotesi revisionali intorno ai fenomeni socio-economici, ad esempio, sui flussi migratori.

Fissando la nostra attenzione ai dati del 2007³, possiamo osservare in primo luogo la distribuzione della popolazione fra i dodici comuni del distretto, tra quelli di maggiore e minore dimensione abitativa (Iseo e Zone, rispettivamente – tab. 1.3 e fig. 1.1). E, in secondo luogo, la distribuzione nei comuni tra maschi e femmine, di cui si registra un diverso equilibrio dovuto essenzialmente alla presenza di cittadini stranieri e al diverso rapporto fra popolazione maschile e femminile nei gruppi di popolazione residenti nei singoli comuni.

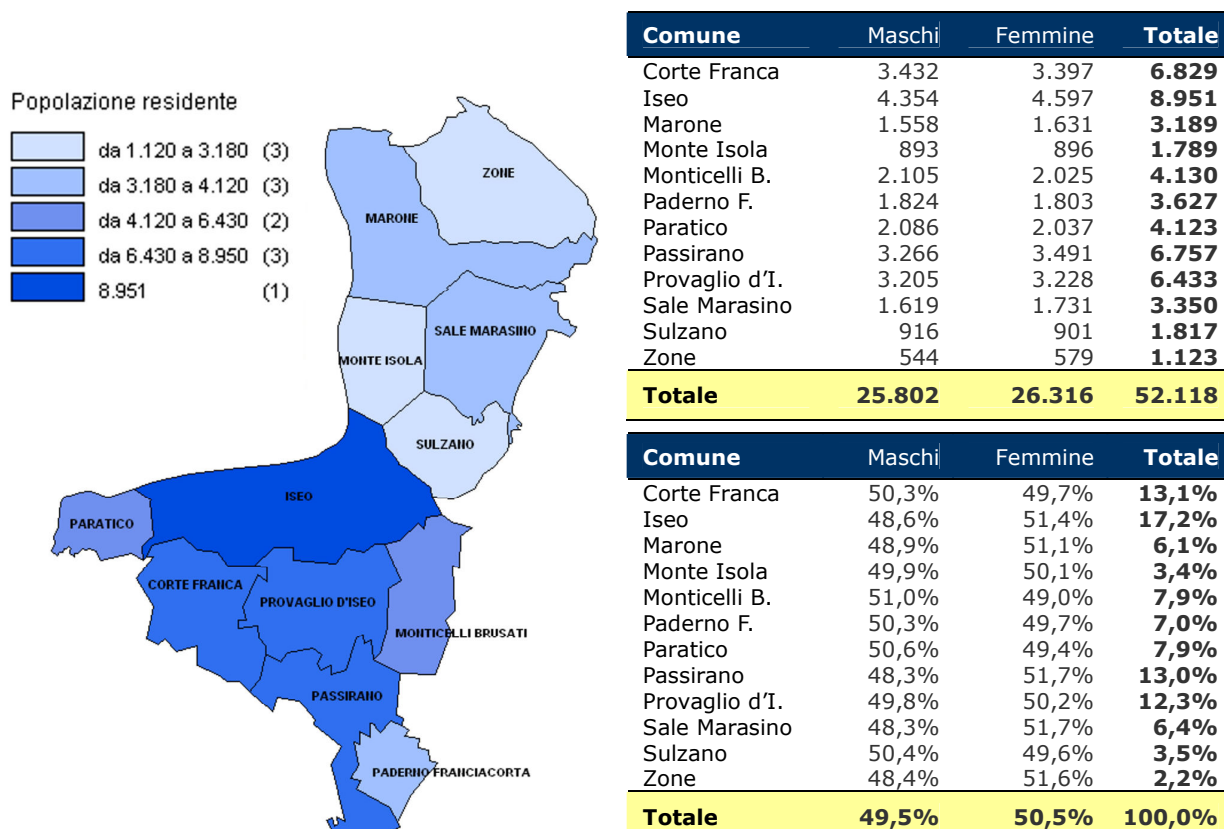


Fig. 1.1 e Tab. 1.3 – Numerosità popolazione residente per comune di residenza e distribuzione assoluta e relativa in base al sesso.

Al 31 dicembre 2007, inoltre, la popolazione del distretto è costituita da 21.797 famiglie, per una media di 2,39 componenti per famiglia. Questo dato, risulta sostanzialmente allineato a quello provinciale e, come per la provincia, la regione e il resto del paese, il distretto di Iseo si caratterizza per una costante decrescita del numero medio di componenti per famiglia, come in parte si evince dalla tabella 1.4.

	1993	2000	2007
Abitanti distretto	43.538	46.573	52.118
N. medio componenti	2,70	2,51	2,39
Abitanti Regione	1.052.966	1.100.730	1.211.617
N. medio componenti	2,78	2,50	2,40
Abitanti Regione	8.875.392	9.004.084	9.642.406
N. medio componenti	2,58	2,41	2,33

Tab. 1.4 – Numero medio di componenti per famiglia nel distretto in provincia di Brescia e in Lombardia

Di tale dato si possono cogliere alcune differenze tra i comuni, dove Zone e Sulzano risultano quelli con la presenza di famiglie più piccole, ma per motivi probabilmente differenti: il primo perché caratterizzato da un'elevata presenza di persone anziane e, conseguentemente, di famiglie composte da anziani soli. Sulzano

³ La scelta del 2007 è coerente con quella effettuata per l'analisi dei dati sui servizi dei comuni, in quanto rappresenta l'anno più recente di maggior completezza in quanto a dati disponibili.

perché caratterizzato dalla più elevata densità di popolazione straniera e, quindi, anche di famiglie composte da persone singole immigrate da altri paesi. Osservazione che, in parte, vale probabilmente anche per Iseo e Paratico. Monte Isola e Monticelli Brusati sono invece i comuni dove le famiglie presentano la più elevata dimensione media (per numero di membri).

Comune	Popolazione	Famiglie	MCF*	
Corte Franca	6.829	2.771	2,46	▲
Iseo	8.951	3.914	2,29	▼
Marone	3.189	1.295	2,46	▲
Monte Isola	1.789	702	2,55	▲
Monticelli B.	4.130	1.606	2,57	▲
Paderno F.	3.627	1.447	2,51	▲
Paratico	4.123	1.778	2,32	▼
Passirano	6.757	2.843	2,38	▼
Provaglio d'I.	6.433	2.669	2,41	▲
Sale Marasino	3.350	1.377	2,43	▲
Sulzano	1.817	872	2,08	▼
Zone	1.123	523	2,15	▼
Totale	52.118	21.797	2,39	
Provincia di Brescia	1.211.617	505.110	2,40	

Tab. 1.5 – Numero medio componenti per famiglia in ogni comune (v.a.)

Entrando maggiormente nel dettaglio della composizione della famiglie, dobbiamo purtroppo limitarci al dato sulla numerosità offerto dal censimento 2001, probabilmente in parte superato proprio per il fenomeno migratorio che ha interessato in modo significativo il territorio negli anni che ne sono seguiti (tab. 1.6). Rimane comunque indicativo del costante processo di riduzione del numero di membri per famiglia dove, a livello distrettuale, le famiglie numerose (con 6 membri o più) sono poco più dell'1% e quelle composte da 5 membri, il 4,5%, mentre quelle composte da 4, non raggiungono il 19%. Le differenze tra singoli comuni risultano piuttosto significative (es. nelle famiglie di un solo componente, tra Monticelli e Zone o Iseo, nelle famiglie da 4 persone, tra Zone e Corte Franca, ecc.), pur se sarebbe bene sviluppare il confronto su una base dati più aggiornata. Rimane che, a fronte di una dinamica simile per alcuni aspetti, alcune differenze significative, riprese successivamente nel testo, si determinano in base ai flussi migratori dagli altri paesi, all'invecchiamento, all'essere luogo di emigrazione/immigrazione per le famiglie di nuova formazione.

	Numero di componenti						Totale (v.a.)
	1 persona	2 persone	3 persone	4 persone	5 persone	6 o + persone	
Corte Franca	20,5%	27,0%	25,1%	20,9%	5,2%	1,4%	2.341
Iseo	29,5%	27,2%	22,9%	16,2%	3,1%	1,0%	3.472
Marone	28,3%	24,3%	21,6%	19,0%	6,0%	0,8%	1.192
Monte Isola	22,5%	25,8%	22,9%	20,4%	6,4%	2,0%	658
Monticelli Brusati	18,4%	25,4%	27,2%	20,7%	6,6%	1,6%	1.302
Paderno Franciacorta	22,6%	26,7%	24,9%	19,7%	4,8%	1,2%	1.285
Paratico	25,1%	28,6%	23,2%	17,9%	4,3%	0,9%	1.373
Passirano	21,7%	29,5%	24,6%	19,3%	4,4%	0,6%	2.293
Provaglio d'Iseo	21,1%	28,8%	24,2%	20,2%	4,4%	1,4%	2.232
Sale Marasino	25,8%	28,0%	23,8%	17,2%	4,3%	0,8%	1.258
Sulzano	27,1%	27,6%	23,9%	16,4%	3,9%	1,2%	591
Zone	32,7%	27,1%	22,3%	14,1%	3,0%	0,8%	498
Distretto di Iseo	24,2%	27,4%	24,0%	18,7%	4,5%	1,1%	18.495

Tab. 1.6 – Frequenza relativa famiglie per numero di componenti (2001 – Fonte: Istat)

	0-5	6-10	11-14	15-19	20-24	25-29	30-59	60-64	65 e +	Totale
Corte Franca	6,5%	4,9%	4,3%	5,1%	5,8%	7,2%	47,7%	4,9%	13,4% ▼	100,0%
Iseo	5,3%	4,1%	3,4%	3,9%	4,1%	5,8%	45,4%	6,8%	21,2% ▲	100,0%
Marone	6,1%	4,2%	3,8%	5,1%	5,6%	6,8%	43,2%	5,4%	19,7% ▲	100,0%
Monte Isola	4,2%	5,6%	4,9%	5,3%	3,2%	5,3%	43,3%	6,6%	21,6% ▲	100,0%
Monticelli B.	6,9%	4,7%	4,0%	4,7%	4,9%	6,3%	50,5%	4,7%	13,2% ▼	100,0%
Paderno F.	6,9%	5,9%	3,4%	5,1%	4,9%	6,8%	47,6%	4,5%	14,8% ▼	100,0%
Paratico	6,6%	5,2%	3,6%	5,0%	5,5%	5,3%	47,4%	5,1%	16,3% ▼	100,0%
Passirano	6,9%	5,3%	3,1%	4,2%	4,9%	6,3%	47,4%	5,3%	16,6% ▼	100,0%
Provaglio d'I.	7,2%	5,2%	3,7%	4,5%	5,0%	6,0%	47,0%	5,5%	15,9% ▼	100,0%
Sale Marasino	5,6%	4,4%	3,1%	4,4%	4,9%	5,9%	44,7%	5,7%	21,3% ▲	100,0%
Sulzano	7,3%	4,7%	3,0%	3,8%	5,7%	7,2%	47,3%	5,4%	15,5% ▼	100,0%
Zone	4,2%	4,7%	2,1%	4,4%	4,9%	6,5%	42,9%	6,9%	23,3% ▲	100,0%
Totale comuni	6,3%	4,9%	3,6%	4,6%	5,0%	6,3%	46,6%	5,5%	17,2% ▼	100,0%
Provincia Brescia	6,2%	4,9%	3,7%	4,6%	5,0%	6,4%	45,6%	5,5%	18,1%	100,0%
Totale Lombardia	5,8%	4,5%	3,5%	4,4%	4,7%	6,0%	45,7%	5,8%	19,7%	

Tab. 1.7 - Distribuzione della popolazione residente per comune di residenza e per classe d'età (%) (2007- Fonte Istat)

Totale comuni selezionati	12,8%	6,5%	5,1%	5,6%	6,3%	11,7%	49,6%	0,6%	1,8%	100,0%
Totale Lombardia	10,7%	6,1%	5,2%	5,1%	6,5%	12,1%	51,7%	1,0%	1,6%	100,0%

Tab. 1.7.b - Distribuzione della popolazione residente straniera per classe d'età (%) (2007- Fonte Istat)

Guardando alle fasce di età (tab. 1.7 e 1.8), il distretto di Iseo non si discosta molto dai dati provinciali e regionali, segnalando una lieve maggior presenza di minori fino a 5 anni e una minore quota di persone anziane (ultra sessantatreenni). In questa (non grande) differenza nella quota di persone anziane, si evidenziano differenze notevoli tra i singoli comuni, che vanno dal poco più del 13% di Monticelli e Corte Franca fino al 23% e oltre di Zone. Differenze notevoli che riguardano anche la presenza di minori fino a 5 anni di età e le varie fasce intermedie, ovvero tra adolescenti, giovani e adulti.

	fino a 5	fino a 10	fino a 14	fino a 19	fino a 24	fino a 29	fino a 59	fino a 64	totale			
Corte Franca	6,5%	11,5%	15,8%	20,9%	▲	26,7%	33,9%	▲	81,6%	86,6%	▲	100,0%
Iseo	5,3%	9,4%	12,8%	16,7%	▼	20,8%	26,6%	▼	72,0%	78,8%	▼	100,0%
Marone	6,1%	10,3%	14,1%	19,3%	▼	24,8%	31,7%	▲	74,9%	80,3%	▼	100,0%
Monte Isola	4,2%	9,8%	14,6%	20,0%	▲	23,2%	28,5%	▼	71,8%	78,4%	▼	100,0%
Monticelli B.	6,9%	11,7%	15,7%	20,4%	▲	25,3%	31,6%	▲	82,1%	86,8%	▲	100,0%
Paderno F.	6,9%	12,8%	16,2%	21,3%	▲	26,3%	33,1%	▲	80,7%	85,2%	▲	100,0%
Paratico	6,6%	11,8%	15,4%	20,4%	▲	25,9%	31,1%	▲	78,6%	83,7%	▲	100,0%
Passirano	6,9%	12,2%	15,3%	19,5%	▲	24,4%	30,7%	▲	78,1%	83,4%	▲	100,0%
Provaglio d'I.	7,2%	12,4%	16,1%	20,6%	▲	25,6%	31,6%	▲	78,6%	84,1%	▲	100,0%
Sale Marasino	5,6%	10,0%	13,1%	17,6%	▼	22,4%	28,3%	▼	73,0%	78,7%	▼	100,0%
Sulzano	7,3%	12,1%	15,1%	18,9%	▼	24,5%	31,8%	▲	79,1%	84,5%	▲	100,0%
Zone	4,2%	8,9%	11,0%	15,4%	▼	20,3%	26,8%	▼	69,7%	76,7%	▼	100,0%
Distretto 5	6,3%	11,2%	14,8%	19,4%	◀	24,3%	30,6%	▼	77,2%	82,8%	▲	100,0%
Prov. Brescia	6,2%	11,1%	14,8%	19,4%		24,4%	30,8%		76,4%	81,9%		100,0%
Lombardia	5,80%	10,30%	13,80%	18,20%		22,90%	28,90%		74,60%	80,40%		100,00%

Tab. 1.8 - Distribuzione cumulativa della popolazione residente per comune di residenza e per classe d'età (val. %) (2007- Fonte Istat)

Distretto 5	12,80%	19,30%	24,40%	30,00%	36,30%	48,00%	97,60%	98,20%	100,0%
Lombardia	10,70%	17,20%	22,40%	27,50%	34,00%	46,10%	97,80%	98,80%	100,0%

Tab. 1.8.b - Distribuzione cumulativa della popolazione residente straniera per classe d'età (val. %)

Ad incidere su questo punto è sicuramente la presenza di famiglie e cittadini stranieri, la cui piramide demografica rimane molto diversa da quella delle popolazioni autoctone e variabile in base all'etnia di appartenenza e al tipo di progetto migratorio⁴. Come si vede dalle tabelle 1.7.b e 1.8.b e nella figura 1.2, la distribuzione per fasce di età della popolazione straniera segue un andamento completamente differente, con una frequenza relativa quasi doppia negli anni della prima infanzia, di poco superiore nelle fasce successive fino ai 59 anni e un frequenza decisamente inferiore, prossima all'1-2% nella terza età, dove la popolazione italiana risulta invece relativamente sempre più numerosa.

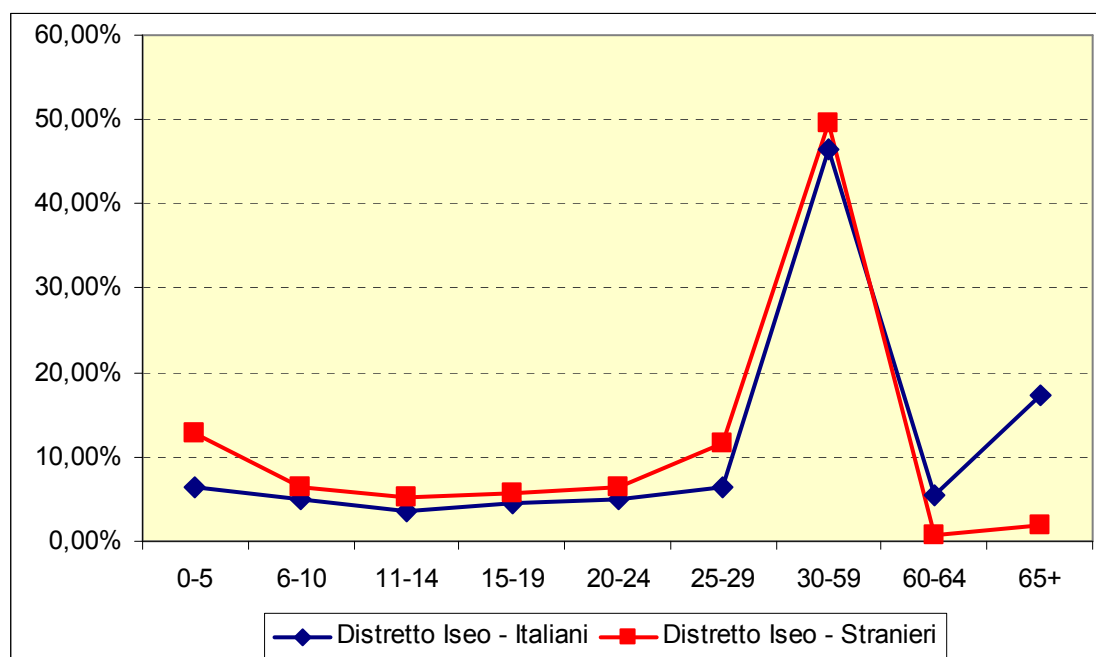


Fig. 1.2 - Distribuzione relativa della popolazione residente per comune di residenza e per classe d'età (%)

	Popolazione straniera per classi di età'									Totale
	0-5	6-10	11-14	15-19	20-24	25-29	30-59	60-64	65 +	
Corte Franca	11,2%	7,7%	6,4%	6,6%	6,2%	13,5%	45,8%	0,8%	1,9%	100,0%
Iseo	10,7%	6,0%	5,0%	6,0%	7,1%	11,5%	50,8%	0,6%	2,3%	100,0%
Marone	17,0%	6,9%	6,6%	4,6%	6,9%	12,7%	42,9%	0,4%	1,9%	100,0%
Monte Isola	0,0%	5,9%	11,8%	11,8%	5,9%	11,8%	52,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Monticelli B.	13,0%	5,6%	6,9%	8,2%	5,2%	9,1%	49,8%	0,4%	1,7%	100,0%
Paderno F.	10,9%	7,6%	4,5%	4,8%	4,5%	12,4%	53,6%	0,6%	0,9%	100,0%
Paratico	12,6%	3,7%	4,2%	4,7%	8,4%	9,4%	54,7%	0,7%	1,7%	100,0%
Passirano	14,2%	8,4%	3,2%	3,8%	6,4%	12,2%	49,1%	0,9%	1,7%	100,0%
Provaglio d'Iseo	15,0%	8,1%	4,6%	4,3%	6,1%	11,4%	49,0%	0,3%	1,3%	100,0%
Sale Marasino	15,2%	5,2%	4,4%	6,4%	4,0%	10,8%	52,0%	0,4%	1,6%	100,0%
Sulzano	14,4%	4,3%	5,3%	6,7%	5,8%	14,4%	46,2%	0,0%	2,9%	100,0%
Zone	9,7%	12,9%	6,5%	6,5%	6,5%	12,9%	38,7%	6,5%	0,0%	100,0%

Tab. 1.9 - Distribuzione cumulativa della popolazione residente straniera per comune e classe d'età (val. %)

⁴ Cfr. Riva M., Trentini L., *La demografia che cambia. L'immigrazione straniera nello scenario delle trasformazioni demografiche della Provincia di Brescia nei prossimi anni*, Nota presentata al Seminario "Il motore dell'immigrazione nell'economia bresciana", organizzato dal Comune di Brescia, Fondazione ASM, e CCIAA di Brescia, il 21 aprile 2007.

Anche la frequenza relativa per fasce di età della popolazione straniera nei singoli comuni, presenta alcune differenze di un certo rilievo, in parte influenzate dalla limitata numerosità, ma anche dalle forme di migrazione e insediamento, soggette a continui mutamenti anche in intervalli di tempo piuttosto brevi (tab. 1.9)

Tornando al punto sulle fasce di età e la quota di popolazione anziana, in figura 1.3 e tabella 1.10 è rilevabile la diversa incidenza della popolazione dai sessantacinque anni in su nei singoli comuni, con differenze, come osservato, di una certa consistenza

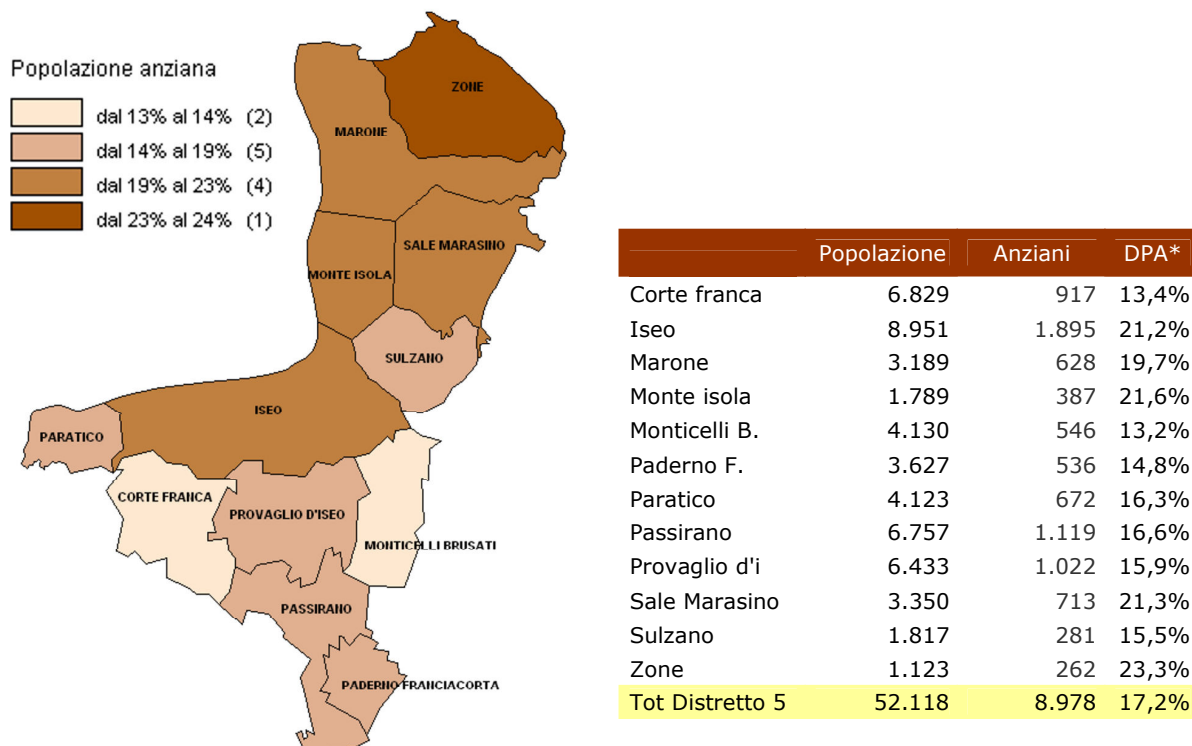


Fig. 1.3 e Tab. 1.10 – Distribuzione della Popolazione Anziana sul totale della popolazione nei singoli comuni (val. %)

Il progressivo invecchiamento della popolazione, che nei valori medi distrettuali e provinciali segue un percorso omogeneo (tab. 1.11), evidenzia dinamiche ed esiti differenti al livello della piccola scala comunale, producendo equilibri demografici completamente diversi, come già evidenziato nelle tabelle 1.7 e 1.8. E producendo domande, bisogni e risorse sociali significativamente diverse.

Fasce di età	Area Territoriale	1971	1981	1991	2001
65+	5 Sebino - Iseo	9,3	11,0	12,8	16,0
	Asl di Brescia	9,3	11,0	12,9	16,2
75+	5 Sebino - Iseo	2,8	3,6	5,1	6,8
	Asl di Brescia	3,0	3,7	5,2	6,9

Tab. 1.11 : Evoluzione % Popolazione Totale 65+ e 75+, anni 1971 – 2001

Lo stesso dicasi per i minori (fig. 1.4 e tab. 1.12), pur se la varianza tra i singoli comuni risulta inferiore rispetto al caso della popolazione anziana, e per cui incide particolarmente la presenza di popolazione straniera.

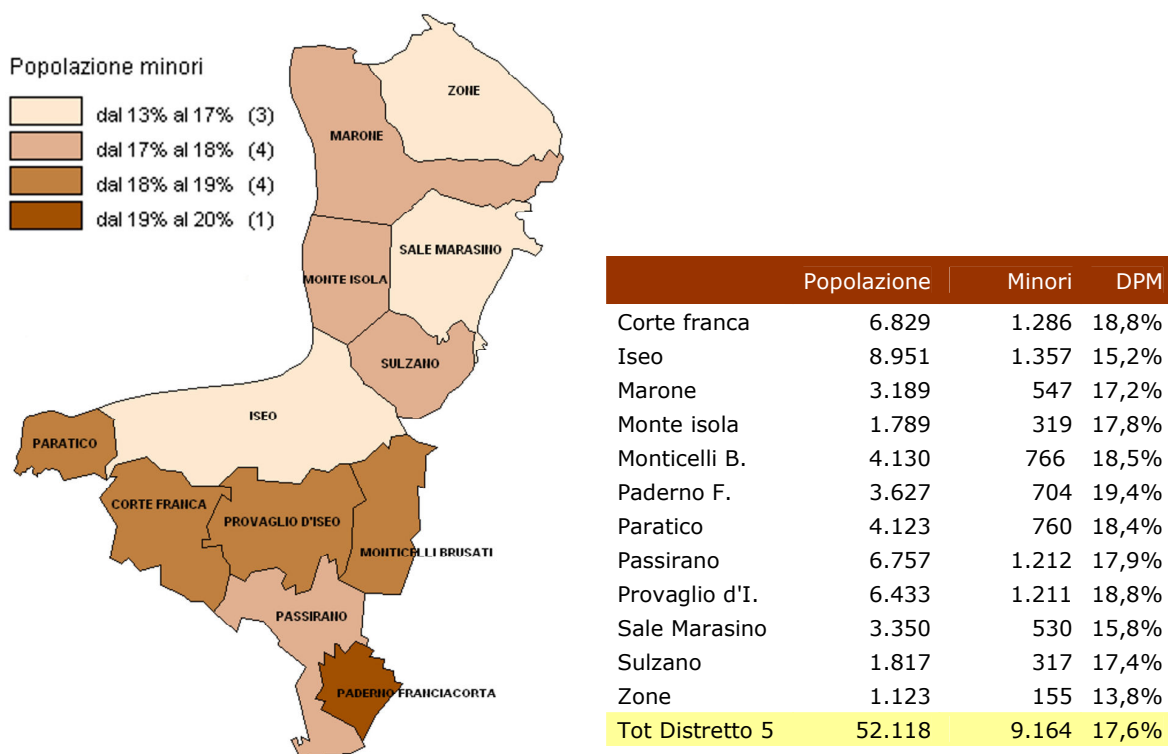


Fig. 1.4 e Tab. 1.12 – Distribuzione della popolazione anziana sul totale della popolazione nei singoli comuni (val. %)

Combinando nel medesimo grafico la distribuzione per fasce di età e per comuni della popolazione anziana e minorile ne esce il quadro di cui alla figura 1.5., che già descrive un primo elementare schema di domanda potenziale rivolta verso il sistema dei servizi locale.

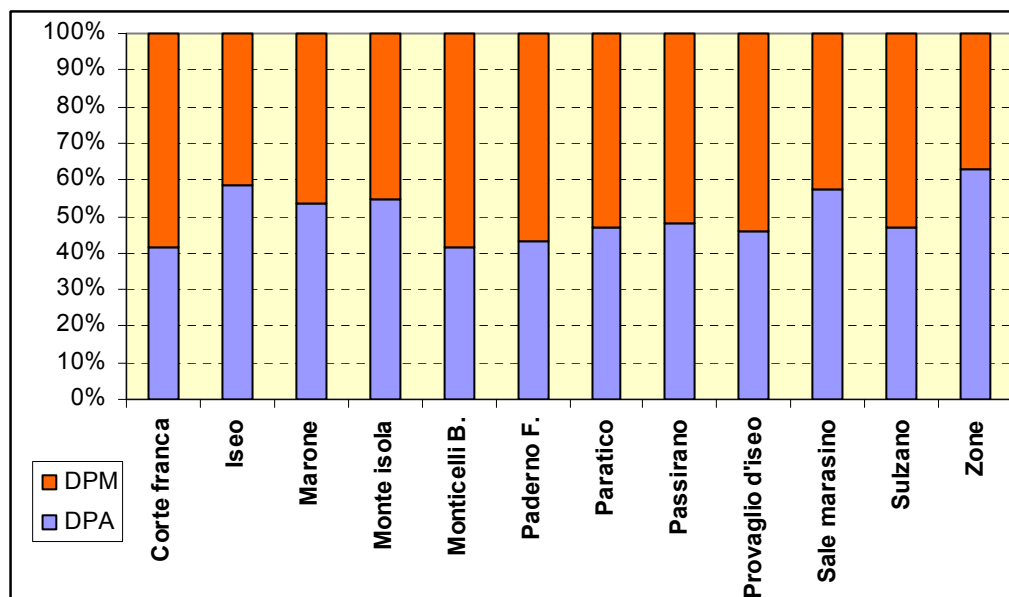


Fig. 1.5 – Distribuzione combinata della popolazione anziana (DPA) e minorile (DPM) nei singoli comuni

Tornando infine ai dati sulla popolazione straniera e al tema dell'immigrazione, la tab. 1.13 presenta la distribuzione (assoluta e relativa) per comune e per sesso, di cui è possibile osservare il diverso equilibrio comunale nella medesima

	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Corte Franca	260	216	476	54,6%	45,4%	12,8%
Iseo	396	395	791	50,1%	49,9%	21,3%
Marone	145	110	255	56,9%	43,1%	6,9%
Monte Isola	5	11	16	31,3%	68,8%	0,4%
Monticelli B.	119	110	229	52,0%	48,0%	6,2%
Paderno F.	192	136	328	58,5%	41,5%	8,8%
Paratico	225	176	401	56,1%	43,9%	10,8%
Passirano	176	166	342	51,5%	48,5%	9,2%
Provaglio d'I.	201	189	390	51,5%	48,5%	10,5%
Sale Marasino	122	125	247	49,4%	50,6%	6,7%
Sulzano	110	95	205	53,7%	46,3%	5,5%
Zone	11	18	29	37,9%	62,1%	0,8%
Totale	1.962	1.747	3.709	52,9%	47,1%	100,0%

Tab. 1.13 - Popolazione residente straniera per comune di residenza e per genere (v.a. e %)

La fig. 1.6 e la tabella 1.14 presentano invece la densità di popolazione straniera nei comuni del distretto, e il confronto con la media distrettuale e provinciale.

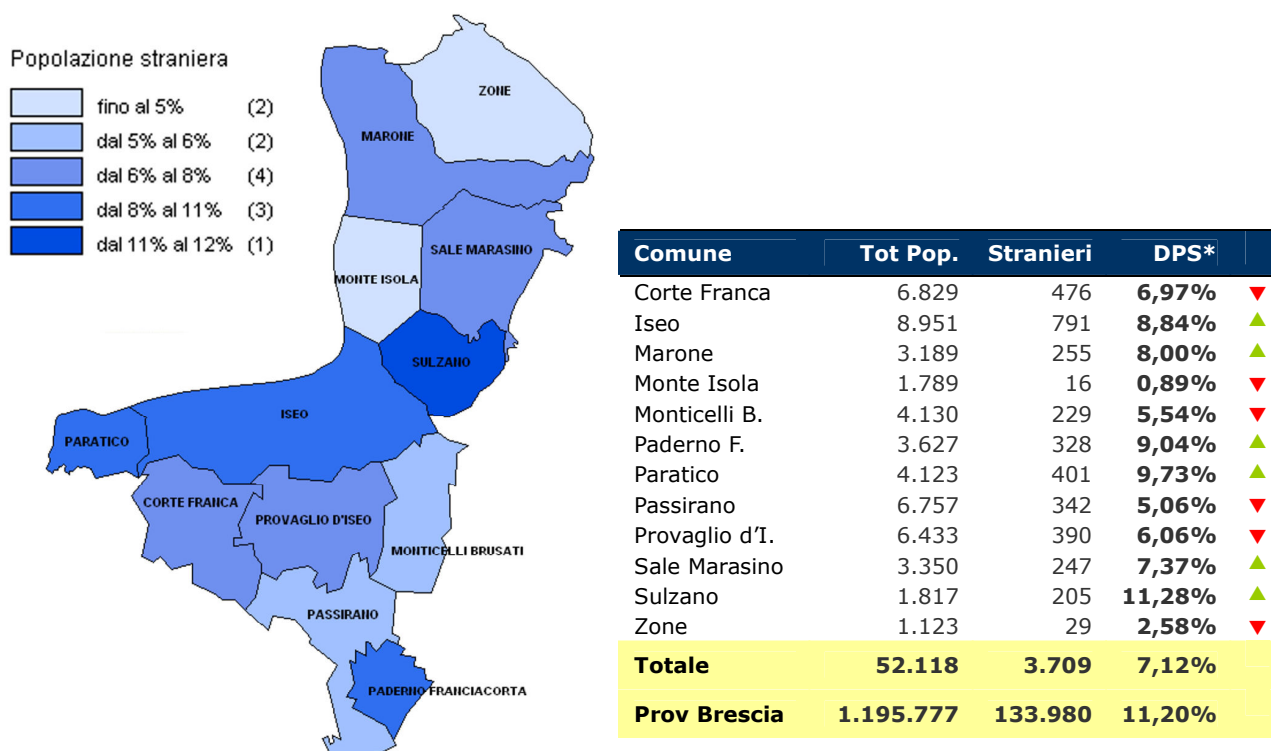


Fig. 1.6 Tab. 1.14 - Densità della popolazione straniera (DPS*) per comune di residenza

Il fenomeno migratorio rappresenta del resto, ormai da diversi anni, il principale fattore di mutamento della struttura demografica della popolazione, come si evince dal confronto fra il saldo naturale e il saldo migratorio nel distretto (fig. 1.7). Dove, per quest'ultimo, che include ovviamente il movimento migratorio delle famiglie e dei cittadini italiani, la componente principale è nella stragrande maggioranza dei casi, ad esclusione di Zone e Sale Marasino, l'immigrazione (fig. 1.8).

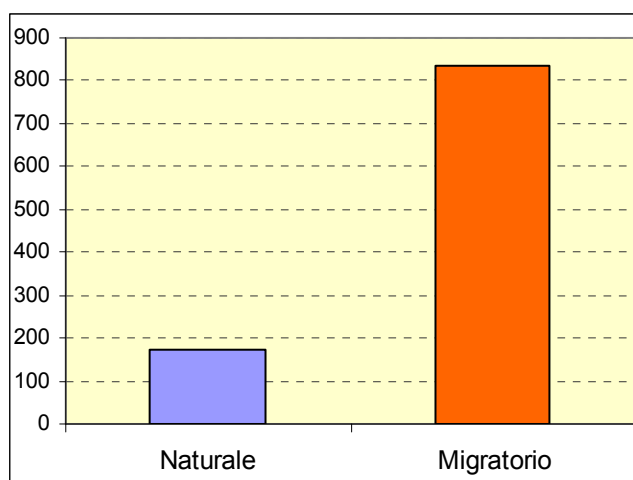


Fig. 1.7 - Saldo naturale e migratorio nel distretto di Sebino – Iseo (2007 - Istat)

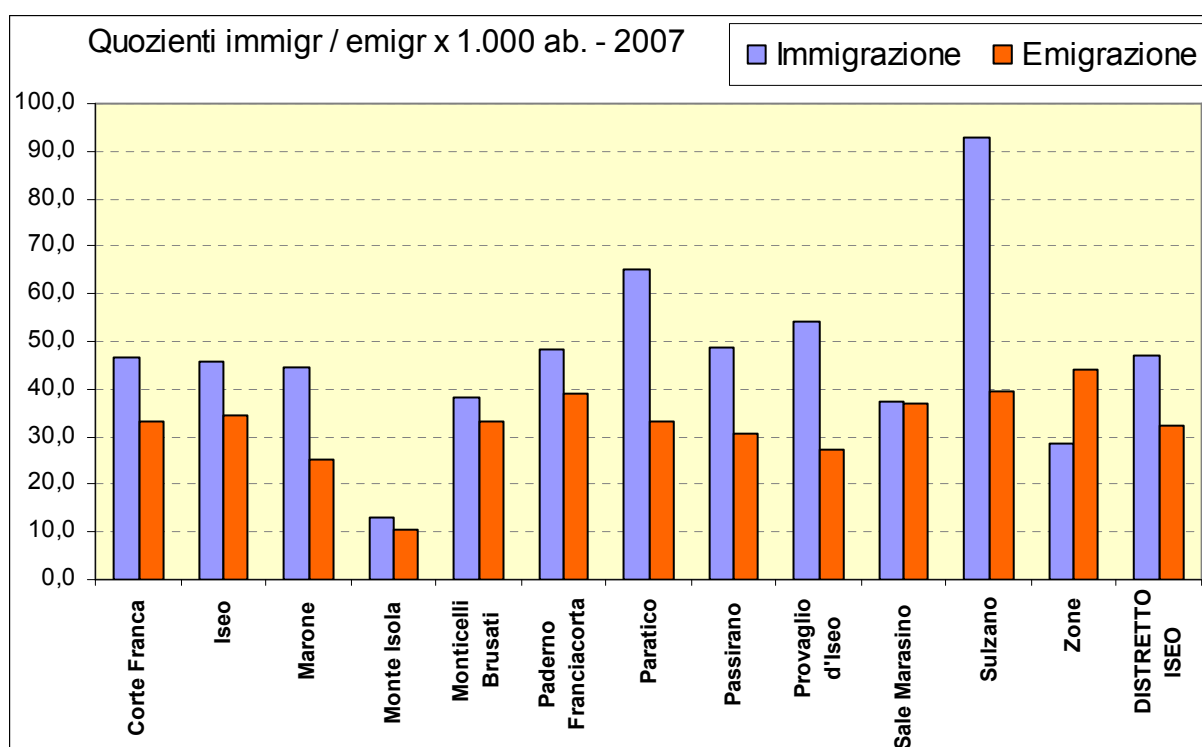


Fig. 1.8 – Quozienti di immigrazione / emigrazione ogni 1000 abitanti per comune (2007- Istat)

In sintesi, dall'analisi dei dati demografici sul distretto di Iseo, emergono alcuni temi di particolare interesse e attenzione per la programmazione degli interventi sociali. Questi sono:

- Il progressivo *invecchiamento* che, pur a livelli leggermente inferiori di quelli individuati dai dati provinciali e regionali, con una percentuale di popolazione anziana che si avvicina al 20% del totale della popolazione costituisce un fenomeno di enorme rilievo; soprattutto per alcuni i comuni.
- I cambiamenti nelle *strutture familiari*, in particolare con la riduzione del numero di membri per famiglia che, anche in un contesto extraurbano quale quello del Sebino, trova conferme rispetto alla più generale dinamica regionale e nazionale. Un dato di cui occorre tenere conto, in relazione al ruolo che le famiglie dovrebbe assumere o continuare a svolgere per i propri membri e nella comunità, secondo le attese delle leggi che hanno riformato il sistema dell'assistenza. E in relazione ad alcune problematiche crescenti di cui le medesime sono caricate (cura dei familiari anziani, con problemi di autosufficienza, disabilità, salute mentale, ecc.).

- L'*immigrazione*, che costituisce il più rilevante fattore di trasformazione della struttura demografica, portando nuovi equilibri che, in parte, paiono compensativi di quelli propri ai soli gruppi di popolazione italiana (dal punto di vista dell'invecchiamento e della riproduzione). E che costituisce un fenomeno assolutamente ampio e variegato dal punto di vista qualitativo e quantitativo, per la varietà delle etnie e culture, dei progetti migratori, delle collocazioni e delle modalità di inserimento nel contesto.

1.2 Altri temi rilevanti: abitazione e mobilità

Altri temi intersecano le questioni sopra citate. Pur in carenza di dati mirati, vale la pena portarli all'attenzione del piano in quanto il processo di attuazione del medesimo li dovrà fare propri per:

- Sviluppare una conoscenza condivisa e una capacità di monitoraggio dei mutamenti nel territorio oggi parziale e frammentata.
- Sviluppare modalità d'intervento integrate e trasversali ai diversi processi istituzionali in corso (es. sulla casa, sul territorio, attraverso i Pto e i Pgt, sul lavoro; cfr. § 2.2 e 2.4), in grado di superare l'ottica di mero contenimento che, in alcuni casi, le politiche assistenziali rischiano di assumere.

Una prima questione riguarda l'*abitazione*. Il tema è posto all'attenzione da diverse questioni che riguardano i mutamenti in corso e sono oggetto delle strategie e degli obiettivi del piano individuati nei paragrafi 3. e 4. L'*immigrazione*, la crisi economica e l'*invecchiamento* (con crescenti fenomeni di solitudine in carenza di auto-sufficienza), mettono in crisi la capacità dei territori di rispondere attraverso gli strumenti classici a ciò che, pur riconosciuto come bisogno primario, non vede una capacità di azione politica nazionale sviluppata. A soffrire sono le famiglie in formazione (giovani in cerca di prima abitazione), le famiglie provenienti dagli altri paesi che devono integrarsi nel contesto, le famiglie composte da persone anziane e spesso sole, sempre meno in grado di curare tutti gli aspetti del quotidiano.

Alcuni obiettivi sono individuati nella definizione delle aree, e si rimanda ai Pgt dei comuni in costruzione l'importanza di tenerne conto. Così come si rimanda all'importanza di assumere un punto di vista distrettuale il farsi carico di questioni che comuni troppo piccoli non hanno la possibilità di affrontare. Di seguito (tab. 1.15), riportiamo i dati risalenti al 2001 sui titoli di godimento delle abitazioni per singolo comune, nel distretto, in provincia e a livello regionale.

	Titolo di godimento (Valori %)			
	Proprietà	Affitto	Altro titolo	Totale
Corte Franca	76,9	13,8	9,3	100,0
Iseo	66,8	23,2	9,9	100,0
Marone	74,3	15,2	10,5	100,0
Monte Isola	82,2	8,5	9,3	100,0
Monticelli Brusati	81,0	10,7	8,3	100,0
Paderno Franciacorta	76,3	14,0	9,6	100,0
Paratico	75,1	12,8	12,1	100,0
Passirano	73,5	13,7	12,8	100,0
Provaglio d'Iseo	75,4	14,1	10,5	100,0
Sale Marasino	71,4	20,2	8,4	100,0
Sulzano	67,2	22,2	10,7	100,0
Zone	83,1	2,6	14,3	100,0
Distretto Iseo	75,3	14,3	10,5	100,0
Provincia di Brescia	70,4	20,5	9,1	100,0
Lombardia	71,0	21,7	7,3	100,0

Tab. 1.15 - Abitazioni occupate da persone residenti per titolo di godimento (2001- Fonte: Istat)

Si può osservare come il distretto di Iseo si caratterizza per una massiccia diffusione della proprietà come titolo di godimento, e di un ridotto ricorso all'affitto. Ciò che potrebbe costituire un punto di attenzione, in relazione alla necessità di intervenire con strumenti adeguati per favorire l'accesso alla casa, anche in forme

temporanee, di gruppi di persone a rischio di esclusione dal mercato e prive e di possibilità di accesso all'alloggio pubblico (persone in reinserimento dal carcere, da strutture psichiatriche, in difficoltà economica, ecc., ma anche famiglie giovani in formazione). Tra mercato pubblico e privato occorre comprendere quali sono le risorse e le forme per intervenire su una fascia di situazione che nessuna di queste forme è in grado di soddisfare.

Una seconda riguarda la *mobilità*, che è oggetto di particolare attenzione dei Pto ma di cui nel piano è più volte richiamata l'attenzione, sottolineando come essa si colleghi a tre questioni fondamentali:

- l'accessibilità ai servizi e alle risorse locali, particolarmente da parte di persone con scarsa autonomia di movimento e/o prive di risorse economiche per utilizzare mezzi propri di trasporto;
- la gestione del tempo delle famiglie e la complessa organizzazione che, nuclei sempre più piccoli, in un contesto di bisogni crescenti e/o diversificati di cura e di crescente flessibilità dei rapporti di impiego, devono gestire;
- i costi che, in un sistema rigido e difficilmente accessibile, comportano per le famiglie (per gli spostamenti, per il ricorso a forme private di cura, ecc.).

Situazioni che innalzano i livelli di stress e di carico emotivo, relazionale e organizzativo e riducono i livelli di benessere nelle famiglie e nelle comunità, fino a rischiare profondi deficit di cura del sistema tra pubblico, privato e familiare-comunitario⁵. Di seguito (tab. 1.16), riportiamo i dati del Censimento 2001 sui luoghi di destinazione della popolazione che si sposta quotidianamente. Pur trattandosi di dati estremamente limitati e datati, può essere utile osservare come la popolazione dell'Ambito distrettuale n. 5 sia maggiormente coinvolta da spostamenti quotidiani fuori dal comune rispetto, a quanto accade in media agli abitanti della provincia di Brescia e dell'intera regione. Ciò che in parte si deve probabilmente alla collocazione geografica del distretto e al mercato del lavoro locale. Aspetti che meritano approfondimenti e per cui è auspicabile un sempre più forte collegamento tra il Piano di zona, i Pgt e il Pto.

	Luogo di destinazione		
	Nello stesso comune di dimora abituale	Fuori del comune	Totale
Corte Franca	46,3%	53,7%	100,0%
Iseo	55,0%	45,0%	100,0%
Marone	49,1%	50,9%	100,0%
Monte Isola	44,5%	55,5%	100,0%
Monticelli Brusati	36,9%	63,1%	100,0%
Paderno Franciacorta	37,4%	62,6%	100,0%
Paratico	46,1%	53,9%	100,0%
Passirano	38,7%	61,3%	100,0%
Provaglio d'Iseo	46,0%	54,0%	100,0%
Sale Marasino	49,1%	50,9%	100,0%
Sulzano	33,6%	66,4%	100,0%
Zone	42,8%	57,2%	100,0%
Distretto di Iseo	45,2%	54,8%	100,0%
Provincia di Brescia	54,6%	45,4%	100,0%
Lombardia	49,8%	50,2%	100,0%

Tab. 1.16 Popolazione residente che si sposta giornalmente per luogo di destinazione. Censimento (2001-Istat)

1.3 Scuola e istruzione

I dati del censimento Istat del 2001 offrivano un quadro non del tutto positivo dal punto di vista dei tassi di istruzione nel distretto di Iseo. Come da tabelle sotto riportate (tab. 1.17, 1.18, 1.19), risultavano dei livelli

⁵ Si veda, ad esempio, Hochschild A.R., *The commercialization of Intimate Life. Notes from Home and Work*, University of California Press, Berkley-Los Angeles 2003, trad. it. *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Il Mulino, Bologna 2006.

piuttosto contenuti nel possesso di titoli di laurea e diploma di scuola secondaria superiore, con un più elevato livello di possesso di titoli di licenza di scuola elementare, media o avviamento professionale rispetto al quadro provinciale e regionale. Il dato risultava dunque peggiore di quello medio provinciale, dove notoriamente i tassi di istruzione risultano piuttosto bassi. Solo l'indice di non conseguimento dell'obbligo scolastico registra un punto positivo, essendo più contenuto di quello registrato agli altri livelli.

	Grado di istruzione						Totale
	Laurea	Diploma di scuola secondaria superiore	Licenza media inferiore o Avviamento professionale	Licenza di scuola elementare	Alfabeti privi di titoli di studio	Analfabeti	
Corte Franca	4,6%	19,5%	37,6%	30,6%	7,5%	0,3%	100,0%
Iseo	7,9%	28,7%	31,1%	26,0%	5,9%	0,4%	100,0%
Marone	3,4%	22,8%	37,1%	30,2%	6,1%	0,3%	100,0%
Monte Isola	2,2%	13,5%	38,8%	34,6%	10,7%	0,2%	100,0%
Monticelli B.	5,4%	25,5%	33,5%	29,2%	6,2%	0,3%	100,0%
Paderno F.	5,6%	21,2%	36,6%	28,5%	7,7%	0,4%	100,0%
Paratico	4,2%	23,4%	35,3%	28,7%	7,8%	0,6%	100,0%
Passirano	6,2%	22,7%	34,0%	31,1%	5,9%	0,2%	100,0%
Provaglio d'Iseo	4,1%	21,1%	37,5%	30,0%	7,0%	0,3%	100,0%
Sale Marasino	4,4%	21,2%	36,2%	32,5%	5,6%	0,2%	100,0%
Sulzano	6,7%	24,4%	34,4%	29,3%	4,6%	0,6%	100,0%
Zone	2,2%	18,1%	36,5%	37,3%	5,8%	0,1%	100,0%
Totale comuni selezionati	5,2%	22,8%	35,2%	29,7%	6,7%	0,3%	100,0%
Provincia	5,7%	23,4%	34,0%	29,6%	6,9%	0,4%	100,0%
Lombardia	7,8%	26,9%	31,8%	26,3%	6,7%	0,5%	100,0%

Tab. 1.17 - Popolazione residente di 6 anni e più per grado di istruzione (2001 Istat)

	Indice di possesso del Diploma scuola media superiore		
	19 anni e più	19-34 anni	35-44 anni
Corte Franca	22,36	39,86	23,58
Iseo	34,18	58,11	41,91
Marone	22,53	46,21	24,13
Monte Isola	13,17	27,09	14,29
Monticelli B.	28,06	46,39	33,11
Paderno F.	25,32	42,79	29,62
Paratico	24,83	42,11	29,71
Passirano	26,66	46,7	30,66
Provaglio d'Iseo	22,61	39,97	26,44
Sale Marasino	22,94	43,99	27,27
Sulzano	28,85	49,86	31,30
Zone	14,83	35,92	16,47
Distretto Sebino	23,86	43,25	27,37
Provincia di Brescia	31,00	53,40	42,00
Lombardia	33,02	53,97	40,79

Tab. 1.18 - Indice di possesso del Diploma scuola media superiore. (2001 Istat)

Tuttavia occorre sottolineare due aspetti, il primo rilevabile da questi dati, il secondo relativo ad un'altra indagine più recente condotta nel territorio.

Per quanto riguarda il primo, come si può evincere in parte dalla tabella 1.18, i contenuti livelli di istruzione coinvolgono soprattutto la popolazione più anziana del distretto, mentre guardando alle fasce più giovani, immediatamente dopo il conseguimento della maggiore età, gli scostamenti negativi sembrano ridursi.

	Sesso		
	Maschi	Femmine	Totale
Corte Franca	10,95	13,03	11,96
Iseo	5,85	6,25	6,05
Marone	6,79	6,65	6,72
Monte Isola	8,71	12,71	10,63
Monticelli Brusati	8,38	11,21	9,73
Paderno Franciacorta	9,09	10,70	9,86
Paratico	11,26	10,44	10,87
Passirano	7,48	9,29	8,39
Provaglio d'Iseo	7,60	10,77	9,15
Sale Marasino	6,53	8,15	7,34
Sulzano	10,82	12,78	11,79
Zone	5,44	10,73	8,06
Distretto Sebino	8,24	10,23	9,21
Provincia	9,39	10,70	10,03
Lombardia	9,16	11,72	10,44

Tab. 1.19 - Indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo (15-52 anni). (2001 Istat)

Per quanto riguarda il secondo, è da sottolineare l'esito dei risultati dell'indagine condotta dal Dr. Sartori sulla dispersione scolastica nel distretto (cfr. "Il territorio verso nuovi orizzonti", 2008). Emerge infatti che, guardando all'esito scolastico nel passaggio dalla prima alla seconda superiore in tutti gli istituti superiori del distretto, il tasso di non ammissione, così come gli abbandoni, sono molto contenuti, molto al di sotto dei livelli medi provinciali. Prefigurando una situazione positiva per il futuro e le nuove generazioni, anche in relazione agli ambiziosi obiettivi di Lisbona.

Nel rapporto si sottolinea come, alla base del successo, deve comunque essere mantenuta e sviluppata un'elevata interazione fra scuola, famiglie, alunni ed esperti. E che risulta di particolare importanza intervenire con attenzione dove si manifestano eventuali difficoltà di apprendimento.

Due questioni, l'interazione fra scuola e altre istituzioni, e la capacità di intervenire in modo appropriato ove sorgono difficoltà, che sono in più punti riprese negli obiettivi del piano, nelle aree di riferimento come in altri passaggi. Queste devono essere però anche accompagnate da un alto grado di attenzione ai possibili effetti smobilizzanti della crisi economica, che può avere riflessi sulla già contenuta propensione delle imprese ad assumere persone con elevati titoli di studio e sulla propensione delle famiglie a sostenere gli impegni scolastici dei figli.

1.4 Il lavoro

I dati riferiti a lavoro e occupazione disponibili sul distretto risalgono al 2003-2004 e sono relativi alla circoscrizione dell'impiego, un'area geografica differente da quella del distretto socio-sanitario, che comprende anche diversi comuni del distretto di Palazzolo e limitrofi.

Siamo dunque tenuti a presentare una situazione attraverso dati che solo in parte hanno corrispondenza con il territorio di riferimento del piano, sono privi di articolazione comunale e, in più, rischiano di essere piuttosto dati, visti i mutamenti ulteriori che hanno interessato il mercato del lavoro in questi anni e i fenomeni di crisi del 2007-08.

Vale comunque la pena inserire nel piano i dati ad oggi disponibili⁶ perché possano rappresentare la base minima conoscitiva per gli impegni futuri di programmazione, che comprendono una crescente attenzione alla tematica e le conseguenti esigenze di integrazione istituzionale (§ 2.2 e 2.4).

1. *Occupazione, disoccupazione, attività.* I tassi di occupazione, disoccupazione e attività, per cominciare (tab. 1.20), non presentano significativi rilievi. Segnalano una situazione prossima ai dati medi sulla

⁶ La fonte principale è il sito della Provincia di Brescia con i rapporti realizzati fino al 2005..

provincia con qualche leggero scostamento in senso positivo su tutti e tre gli indicatori. Soprattutto per ciò che riguarda l'occupazione e l'attività.

	Tasso di occupazione tendenziale	Tasso di disoccupazione tendenziale	Tasso di attività tendenziale
Brescia	59,0	4,9	62,2
Breno	60,3	4,7	63,3
Iseo/Palazzolo	61,8	4,0	64,4
Orzinuovi	61,8	4,5	64,8
Leno	57,9	6,0	61,8
Desenzano	60,5	4,3	63,4
Salò	60,1	4,4	62,9
Sarezzo	59,0	2,9	60,9
Totale	59,8	4,6	62,8

Tab. 1.20 - Tassi di occupazione, disoccupazione, attività nelle circoscrizioni per l'impiego della provincia di Brescia (2003) – Fonte: Provincia di Brescia – Settore Lavoro

2. *Avviamenti.* Nella comparazione fra circoscrizioni per l'impiego, sul totale degli avviamenti della Provincia si registra una crescita lenta e costante di quelli registrati nelle circoscrizioni di Iseo e Palazzolo nel periodo 2000-2004. Le altre circoscrizioni sono maggiormente interessate da andamenti oscillatori nel periodo preso in considerazione, oppure, nei casi di Breno, Desenzano, Orzinuovi e altri fuori Provincia, segnalano una flessione negli anni 2002-04.

Guardando agli avviamenti per settore nello stesso periodo, emerge come la circoscrizione di Iseo presenti un mercato del lavoro piuttosto variegato. A differenza di altre circoscrizioni marcatamente distinguibili per alcune caratteristiche nel sistema produttivo (es. verso il terziario a Brescia, il commercio e la ristorazione a Desenzano e Salò, nel settore metalmeccanico a Breno, Sarezzo e a Leno, verso le costruzioni a Orzinuovi), a Iseo non appare alcuna chiara tendenza, mentre si notano sensibili variazioni dentro i singoli settori nel corso del tempo.

Gli avviamenti nella circoscrizione di Iseo si concentrano maggiormente nel settore industriale, che comunque risulta in calo di quasi quattro punti percentuali tra 2000 e 2005; in tendenziale anche se contenuta riduzione appare anche il settore metalmeccanico. Tuttavia, nessun altro settore pare emergere, in quanto tutti presentano andamenti significativamente oscillatori: anche il settore commercio e ristorazione, dopo una crescita dei primi anni 2000, registra un sostanziale arresto. Interessante invece la consistenza e anche la tendenziale crescita degli avviamenti in agricoltura.

3. *Tempo determinato.* Il dato numerico sugli avviamenti è però naturalmente influenzato dal tipo degli avviamenti stessi e, in particolare, dalla crescita dei rapporti contrattuali atipici. Questi, infatti, producono un tendenziale incremento del rapporto, e quindi dello scostamento, fra numero di avviamenti e numero di avviati. In tutta la provincia di Brescia, l'impiego del tempo determinato è infatti costantemente cresciuto nel periodo 2000-2004, per tutte le fasce di età, come si può evincere dalla tabella seguente.

I dati indicano un ribaltamento dei rapporti numerici fra contratti di avviamento a tempo determinato e indeterminato nella fascia adulta, e un più che significativo incremento della tendenza già in atto nella fascia giovanile a stipulare contratti di avviamento a termine.

	Avviamenti a TD		Avviamenti a TI	
	2000	2004	2000	2004
19-29 anni	40,2	56,4	38,3	30,8
30-49 anni	42,4	56,9	56,9	42,9
50 e oltre	39,9	51,9	60,0	48,1

Tab. 1.21 - Avviamenti a Tempo Determinato e Indeterminato in Provincia di Brescia 2000-04 (Fonte: Provincia di Brescia)

Sempre dal rapporto della Provincia, è da notare che nel 2004 nella circoscrizione di Iseo-Palazzolo, è proprio dei settori agricolo, industriale e metalmeccanico la più ampia diffusione degli avviamenti tramite contratto di apprendistato o a tempo determinato, mentre è nel settore delle costruzioni che si registra una maggiore diffusione dell'utilizzo del contratto a tempo indeterminato negli avviamenti del 2004.

4. *Lavoro somministrato.* Nello stesso periodo (2000-04) la circoscrizione dell'impiego è interessata da un notevole incremento dell'impiego del lavoro somministrato, che passa dal 15,5% del totale degli avviamenti del 2000 al 24,5% del 2004, con un significativo balzo soprattutto tra 2001 e 2002. Anche in questo caso, occorre dire che, ad eccezione della circoscrizione riferita a Brescia città, nel confronto con le altre circoscrizioni, Iseo appare l'unica ad aver registrato una costante e tutto sommato relativamente lenta crescita: molto più incerta e oscillatoria appare la dinamica delle altre circoscrizioni⁷, tutte comunque interessate da mutamenti significativi, ad eccezione di Breno (dove l'impiego del lavoro somministrato negli avviamenti risulta marginale per tutto il periodo). Inoltre, occorre anche dire che, sempre ad esclusione di Breno, Iseo rimane la circoscrizione meno quantitativamente coinvolta in assoluto dall'impiego di avviamenti con rapporto di lavoro somministrato, come da dati medi del periodo 2000-2004 riportati in tabella :

Circoscrizioni per l'impiego	Media degli avviamenti interinali (2000-04) (val. %)
Sarezzo	39,0%
Leno	29,9%
Brescia	25,7%
Desenzano	22,3%
Orzinuovi	21,2%
Salò	20,5%
Iseo/Palazzolo	20,0%
Breno	6,1%

Tab. 1.22 - Media degli avviamenti interinali (2000-04) (val. %)(Fonte: Provincia di Brescia)

5. *Stranieri.* In quanto agli stranieri, non disponiamo di altro dato oltre a quello del 2004 che indica in 7.231 unità gli avviamenti che riguardano la popolazione non autoctona, su un totale di 19.978 avviamenti complessivi nel medesimo anno sulla circoscrizione: il 36,2% del totale.

Si tratta di un dato particolarmente significativo e superiore alla media provinciale (attestata al 32,8% nel medesimo periodo), ma risulta anche difficile da commentare, in quanto non è possibile né collocare il dato del 2004 in una dinamica temporale sufficientemente ampia, né analizzare gli avviamenti stranieri anche in base al tipo contrattuale (es. tra determinato e indeterminato) e, quindi, in relazione al numero complessivo di avviati.

6. *Mantenimento e perdita del lavoro.* Guardando infine ai problemi di mantenimento e perdita del lavoro, possiamo innanzitutto osservare come nel periodo antecedente il 30 giugno 2005, la durata media dei contratti nella circoscrizione di Iseo fosse sostanzialmente in linea con il dato medio provinciale, con un leggero scostamento positivo per i lavoratori maschi del distretto (16,5 mesi contro 16) e negativo per le donne (15,1 contro il 15,8 medio provinciale). In questo quadro è interessante notare come non emergano particolari fattori che, in altre circoscrizioni, incidono particolarmente sul rischio di perdita da lavoro: né, in primo luogo, la concentrazione degli avviamenti in un particolare settore⁸. Né, in secondo luogo, il tipo di contratto, dove il tempo determinato incide ovviamente sul rischio di perdita da lavoro, ma molto meno che in altre circoscrizioni.

Di fatto, sulla base di un'analisi longitudinale e parziale di tre anni, la posizione lavorativa più stabile risulta essere, come in tutte le altre circoscrizioni, quella degli "insider" maschi occupati nell'industria con contratti a tempo indeterminato, mentre quella più precaria è quella delle donne impiegate nel commercio con contratti a tempo determinato. Da notare che, su questa base, Brescia città presenta maggiore stabilità complessiva, mentre le circoscrizioni più orientate al settore commercio e ristorazione a vocazione turistica (Salò e Desenzano), presentano i dati di maggiore precarietà del lavoro femminile a tempo determinato in questi settori e nel terziario.

⁷ Come in molte altre aree del paese si registra un boom degli interinali soprattutto nel periodo 2001-02 e una flessione nel biennio successivo.

⁸ Qui il rischio più elevato è generalmente presente nel settore dell'edilizia, ma a Iseo in modo meno evidente che altrove. L'agricoltura si distingue per una probabilità molto elevata di ridurre, invece che di incrementare, il rischio di perdita del lavoro, mentre discrete probabilità presenta il settore industriale.

Questi dati non sono ovviamente sufficienti a fornire un quadro preciso utile alla programmazione triennale. Tuttavia sono indicativi di un sistema produttivo in lenta trasformazione che non ha forse trovato una propria vocazione precisa. Un contesto ricco di piccole imprese commerciali ed artigiane che facilmente subiranno almeno alcuni riflessi della crisi dei consumi e della produzione.

I servizi pubblici già da diversi mesi prima della stesura definitiva del presente documento rivelano segnali in questo periodo di un certa gravità, cui occorre dare maggiore certezza nella qualificazione e quantificazione dei problemi all'origine e capacità di intervento, che deve trovare più elevati livelli di coordinamento che in passato. Come più volte sottolineato nelle pagine successive.

2. Governance e integrazione delle politiche: gli obiettivi strategici e le priorità di intervento

2.1 I processi di governance, integrazione e coordinamento del piano

2.1.1 Elementi di verifica e necessità del triennio

Considerazioni generali.

Nel corso dei passati trienni di programmazione, il processo di governance del sistema di offerta sociale dell'Ambito distrettuale n. 5 ha dovuto affrontare alcune difficoltà connesse al processo di integrazione istituzionale, a livello dei processi decisionali e attuativi, ancora parzialmente frammentati, e di legittimazione e chiara espressione di un'intenzionalità politica di ambito. E ha operato facendo leva su una struttura organizzativa ancora in via di consolidamento, in cui l'Ufficio di piano ha pienamente espletato le funzioni di natura amministrativa e organizzativa, ma deve essere ancora pienamente sviluppato in ordine alle funzioni tecniche e di coordinamento.

Un efficace lavoro di accompagnamento ha, d'altro canto, sostenuto la nascita del tavolo di consultazione del terzo settore, e guiderà in continuità il riavvio e il consolidamento dei tavoli tematici nel corso del triennio del nuovo piano.

Per gli altri ambiti e organismi di programmazione si rende dunque necessario implementare o ulteriormente sviluppare le funzioni di accompagnamento e di coordinamento, anche attraverso l'individuazione di specifiche referenze di area, e di meglio articolare l'ottica distrettuale nella definizione delle politiche locali di intervento. La finalità è, in primo luogo, consolidare l'azione di indirizzo politico dell'Assemblea dei Sindaci nell'attuazione, amministrativa dell'accordo di programma e nelle attività di coordinamento tecnico, organizzativo e gestionale⁹. In secondo luogo, è consentire agli attori coinvolti di agire in presenza di informazioni e riferimenti chiari, con punti di raccolta precisamente individuati, e sistemi di feedback e indirizzo/ orientamento/ valutazione chiari e condivisi. In terzo luogo, è di ottimizzare il lavoro espresso, incrementarne l'efficacia e l'efficienza e il riconoscimento reciproco tra soggetti diversi. In ultimo, di aumentare la funzionalità dei ruoli e l'individuazione delle responsabilità, delle competenze, dei diritti e dei doveri, con riflessi che si attendono positivi all'interno e all'esterno del sistema locale.

Considerazioni sugli ambiti specifici

a) Tavolo zonale. E' composto dai sindaci o assessori delegati. Per il superamento di alcune difficoltà incorse nei passati trienni, il percorso sul 2009-2011 deve operare sulla capacità degli enti locali di sviluppare e consolidare una visione politica condivisa sul distretto. In particolare, rilanciando il ruolo dell'Assemblea dei Sindaci nell'espressione degli indirizzi politici di programmazione, per meglio mettere in comune i nodi problematici e le risorse, e la capacità strategica di affrontare i primi e valorizzare le seconde.

Occorre inoltre operare sul dato strutturale e politico-amministrativo della presenza di dodici comuni e della Comunità Montana (cui appartengono a titolo diretto o indiretto 10 dei 12 comuni) nei limiti di un territorio di quasi 54.000 abitanti (53.899 al 31/12/2008), e sul dato geografico che vede i medesimi comuni collocati su un'area di grande interesse per caratteristiche e varietà, ma con alcune difficoltà logistiche e strutturali dal punto di vista dei collegamenti e dell'accessibilità.

b) Tavolo tecnico. E' composto dalle assistenti sociali dei Comuni e della Comunità Montana ed è sostenuto da un'azione di coordinamento di natura prevalentemente amministrativa. Ancora da sviluppare pienamente rimane il coordinamento tecnico e il raccordo con il livello politico, in particolare al fine di migliorare e rendere più incisiva ed efficace l'azione valutativa, progettuale, attuativa e innovativa di ambito.

Occorre in particolare consolidare l'identità e la funzionalità del "gruppo di lavoro", nell'intervenire sulle problematiche trasversali ai territori comunali e nella collaborazione con gli attori a diversi livelli.

⁹ Cfr. Regione Lombardia, Circ. n. 48 del 27/10/2005 e Linee di indirizzo per la programmazione dei Piani di Zona – Terzo triennio (2009-2011).

In termini di funzioni si rende necessario consolidare e incrementare le referenze a livello distrettuale che, salvo il coordinamento della tutela minori, risultano prevalentemente gestite attraverso incarichi a termine. Inoltre si ipotizza di riorganizzare le funzioni tecnico-operative per aree di intervento oltre che per competenza territoriale, in forme da specificare in base al modello di gestione associata che verrà costituita. In termini di risorse e di efficacia si rende inoltre necessario dare maggiore continuità alla presenza delle figure tecniche¹⁰, contenerne il livello di turn-over e consolidarne tempi e forme di lavoro, data la crescente complessità e quantità di funzioni per cui le stesse fungono da riferimento operativo e di coordinamento.

Queste condizioni mirano a favorire lo sviluppo della rete territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria, la trasmissione delle conoscenze tecniche, informali e relazionali, l'applicazione dei numerosi protocolli e accordi che coinvolgono i diversi enti su molteplici oggetti, o la loro eventuale revisione. Aumentando la qualità sostanziale dell'azione coordinata dei diversi attori del sistema: servizi assistenziali e sanitari, scuole, famiglie, gruppi locali, organizzazioni di volontariato e imprese sociali.

c) Tavolo di consultazione del terzo settore. Costituito in base alla delibera regionale (DGR 7797 30 luglio 2008), in seguito ad percorso di accompagnamento precedentemente citato, superando l'obiettivo definito con il piano precedente di "Costituire il forum del terzo settore a livello distrettuale". L'Ufficio di Piano ha svolto un ruolo di accompagnamento, tramite una figura esterna incaricata, del lavoro di confronto ed elaborazione sui contenuti del piano, in vista della costituzione dei tavoli tematici e della continuità di quelli già precedentemente avviati (es. sulla L. 285).

Il percorso, avviato con un processo di sensibilizzazione e di individuazione delle aree (minori, psichiatria, anziani, famiglia, disabilità, dipendenze, nuove povertà), ha coinvolto i partecipanti¹¹, attraverso una serie di incontri di gruppo per area di intervento, nell'elaborazione dei punti di forza e delle criticità del piano precedente e del sistema dei servizi di ambito e, quindi, nella formulazione di proposte di miglioramento e innovazione. Le cui proposte integrano quelle emerse negli altri ambiti di programmazione del piano.

Dal punto di vista organizzativo, per ogni area sono stati definiti due rappresentanti che, da un lato, si riuniranno in coordinamento, dall'altro parteciperanno ai tavoli tematici. Il coordinamento sarà il riferimento locale per la neo-costituita Associazione Forum del Terzo Settore Provinciale, che collaborerà alla definizione di un regolamento del tavolo. I tavoli tematici, continueranno a operare a livello di ambito in base alla definizione concertata tra i vari livelli di governance su compiti e contenuti e in base alla circolare regionale sopra citata.

d) Coordinamento con l'Asl. L'obiettivo di migliorare risorse e funzionalità dell'Ufficio di Piano, ha anche lo scopo di potenziare il coordinamento tecnico con l'Asl e il sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari, dando maggiore continuità ed efficacia ai rapporti amministrativi, tecnici e politici a livello di ambito, dei singoli comuni e dei singoli interventi: protocolli, accordi, servizi integrati, progetti individualizzati, ecc. Lo scopo è arrivare ad una piena collaborazione tra comuni e Asl nella programmazione della rete locale delle unità d'offerta sociali, in base alla legge regionale 3/2008 art. 14 (cfr. § 2.3).

2.1.2 Obiettivi strategici

In riferimento agli ambiti di cui sopra si individuano alcuni obiettivi strategici

a) Sviluppo e consolidamento dell'azione dell'**organismo politico** (Assemblea dei Sindaci, allo stato attuale in presenza di un ente capofila, Comune di Iseo) e chiara individuazione di referenti di aspetti specifici e generali del piano. L'Assemblea dei Sindaci, in particolare, sarà chiamato a prendere decisioni importanti in merito alle linee definite nel documento del piano di zona, particolarmente sui processi di integrazione distrettuale e sulla struttura organizzativa. A partire dalla costituzione del "Gruppo di Coordinamento del Piano" (§ 2.1.3) come da Accordo di Programma (cfr.).

L'Assemblea dei Sindaci, che rappresenta quindi il luogo "stabile" della decisionalità politica per quanto riguarda i Piani di Zona, è chiamata a deliberare in ordine a:

¹⁰ Tre degli attuali operatori erano presenti in sede di programmazione del precedente piano.

¹¹ Cfr. in allegato gli attori convocati per area di intervento.

- approvazione del documento di Piano e suoi eventuali aggiornamenti;
- verifica annuale dello stato di raggiungimento degli obiettivi di Piano;
- aggiornamento delle priorità annuali, coerentemente con la programmazione triennale e le risorse disponibili;
- approvazione annuale dei piani economico-finanziari di preventivo e dei rendiconti di consuntivo;
- approvazione dei dati relativi alle rendicontazioni richieste dalla Regione per la trasmissione all'ASL ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi.

b) Organismo di supporto tecnico ed esecutivo, rappresentato dall'**Ufficio di Piano**, 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'organizzazione attuale si caratterizza per una non completa strutturazione dell'Ufficio di Piano, in cui molte funzioni sono state assolve dal livello amministrativo che ha dovuto garantire la continuità di funzionamento su alcuni aspetti. Tale debolezza organizzativa non ha facilitato l'integrazione fra i comuni a livello di ambito nella programmazione, nella progettazione (es. sui progetti delle leggi di settore, sui servizi integrati, sui problemi strategici e legati al mutamento dei fenomeni e delle condizioni socio-economiche, es. anziani a domicilio, immigrazione, precarietà economica e lavorativa delle famiglie), nella gestione associata e nel processo di omogeneizzazione e integrazione dei servizi.

Si mira a sviluppare ulteriormente le professionalità presenti e i modelli organizzativi per consentire la piena valorizzazione della funzione nel processo programmatico. L'Ufficio di Piano deve infatti garantire un sistema integrato di servizi, attraverso:

- la programmazione, pianificazione e valutazione degli interventi,
- la costruzione e gestione del budget,
- l'amministrazione delle risorse complessivamente assegnate (FNPS, Fondo Sociale Regionale, Fondo Non autosufficienza, quote dei Comuni e di altri eventuali soggetti);
- il coordinamento della partecipazione dei soggetti sottoscrittori e aderenti all'Accordo di Programma.

L'Ufficio di Piano risponde, nei confronti dell'Assemblea dei Sindaci, dell'ASL e della Regione, della correttezza, attendibilità, puntualità, degli adempimenti previsti rispetto ai debiti informativi regionali. In funzione del ruolo sempre più rilevante assegnato viene dedicata nella prossima triennalità una attenzione particolare all'organizzazione dell'Ufficio di Piano, in modo da rendere tale struttura sempre più adeguata, in termini di risorse umane ed economiche assegnate e di tempo dedicato, ai compiti richiesti.

c) Sviluppo e consolidamento del **tavolo tecnico** delle Assistenti Sociali. Gli obiettivi strategici in questo caso riguardano due piani diversi: il funzionamento del lavoro di gruppo, per cui è necessario lo sviluppo del coordinamento tecnico; il ripensamento a la riorganizzazione delle funzioni tecniche di ambito, di cui diviene necessario considerare e valutare un diverso equilibrio tra competenze territoriali e competenze di area tematica.

d) Avvio e implementazione del **tavolo di consultazione del III settore** e dei **tavoli tematici**, a partire dal mese di febbraio, in base alla LR. 3/2008 e alla citata circolare regionale attuativa. Entrambi daranno continuità al lavoro di questi mesi di accompagnamento del lavoro del III settore.

In ordine alle indicazioni regionali, rappresentano il luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale, per cui verrà data continuità lungo tutto il percorso dell'attuazione del piano di zona, dalla costruzione, ai diversi momenti previsti di valutazione. In base al percorso svolto e alle esigenze della programmazione, tra i possibili tavoli tematici (Disabilità, Anziani, Minori, Politiche giovanili, Nuove povertà, Salute mentale, Politiche Familiari) si prevede l'istituzione nel corso del primo anno dei seguenti: nuove povertà, politiche familiari. Viste le crescenti problematiche legate ai problemi dell'Immigrazione, si auspica l'istituzione di un tavolo tematico apposito, sottolineando che alcune problematiche connesse erano già inserite nel percorso degli altri tavoli.

e) **Coordinamento con l'Asl**. La definizione di un raccordo con l'Asl avviene in un contesto che, in seguito ai processi attuativi della L. 328/00 e della LR 3/2008, ha condotto verso una maggiore identificazione delle rispettive competenze. Allo stesso tempo occorre lavorare per migliorare ulteriormente l'integrazione,

soprattutto su alcune aree. In termini di obiettivi strategici si intende dare più continuità e struttura alla relazione fra Ambito dei comuni e Asl, attraverso un modello di interazione semplice ed efficace, tra continuità di relazione sulle aree (salute mentale, anziani a domicilio, futuro degli inserimenti lavorativi, ecc.) e forme di raccordo istituzionale trasversale, sviluppato anche a partire da sistemi informativi efficaci, a partire da un adeguato sviluppo del sistema “Ingegna”.

f) **Gestione associata.** Un altro livello riguarda la forma di gestione associata. A tutt’oggi il distretto di Iseo ha utilizzato la formula del Comune capofila (Iseo). L’attuazione del piano prevede una verifica di efficacia di questa formula, che oggi appare dubbia, particolarmente in relazione alle ipotesi di sviluppo del sistema dei servizi discusse nel presente documento (aree, organizzazione e integrazione distrettuale). Ad oggi non esistono precisi orientamenti in proposito ma è data priorità alla realizzazione del passaggio di verifica e alle eventuali decisioni conseguenti, che potranno eventualmente portare alla costituzione di un nuovo soggetto giuridico. Di seguito, a titolo conoscitivo e di orientamento, vengono riportate in tabella le indicazioni di forme possibili suggerite dalla Regione Lombardia con la circolare n. 48 del 2005, ivi compresa la Comunità Montana Sebino-Bresciano (ai sensi della LR n. 19/2008 di riordino delle Comunità Montane).

	Consorzio	Azienda speciale	Istituzione	Srl	Spa
Natura giuridica	Ente strumentale di più enti locali	Ente strumentale dell’ente locali	Organismo strumentale dell’ente locali	Società di capitali	Società di capitali
Ordinamento	Diritto pubblico	Diritto pubblico	Diritto pubblico	Diritto privato	Diritto privato
Personalità giuridica	Si	Si	No	Si	Si
Autonomia	Gestionale Organizzativa Finanziaria	Gestionale Organizzativa Finanziaria	Gestionale	Gestionale Organizzativa Finanziaria	Gestionale Organizzativa Finanziaria
Organi	Assemblea consortile; CdA; Presidente; Direttore	CdA; Presidente; Direttore	CdA; Presidente; Direttore	Assemblea dei soci; CdA; (Collegio sindacale)	Assemblea dei soci; CdA; (Collegio sindacale)
Funzionamento	Statuto proprio	Statuto proprio	Statuto ente locale	Statuto proprio	Statuto proprio
Capitale Sociale	-	-	-	10.000 Euro	100.000 Euro
Partecipazione dei soci	Quote	-	-	Quote	Azioni

Tab. 2.1 - *Forme di Gestione Associata. Fonte: Regione Lombardia, Circolare n. 48 del 27-10-2005*

Nella verifica e nell’organizzazione della gestione associata, molteplici saranno le variabili da prendere in considerazione, a partire dal ruolo dei diversi attori, pubblici e privati, istituzionali e non, gestori e volontari. Ad esempio, l’intervento pubblico relativo alla produzione dei servizi sociali si può muovere secondo diverse opzioni concettuali e strategiche: ipotizzando che la pubblica amministrazione (PA) debba farsi carico della globalità dei bisogni dei cittadini, includendo con varie modalità, entro il proprio raggio d’azione, l’apporto dei soggetti privati; oppure, ispirandosi maggiormente al principio di sussidiarietà (ultimo comma del nuovo testo dell’art. 118 della Costituzione; principi e finalità stabilite dalla L. 328/00 e dalla LR 3/2008), ipotizzando che la PA si faccia (anche) promotrice e *trainer* delle forme di organizzazione promosse dai cittadini e dai gruppi locali a vari gradi di autonomia¹².

L’orientamento per l’una, l’altra o ulteriori e diverse opzioni, richiede un’accurata comprensione delle condizioni presenti e di quelle che possono essere create nel medio termine della programmazione zonale. Ad esempio, rispetto al livello di diffusione della conoscenza e di un “sentire” intorno ai principi sopra indicati, e quindi del possibile grado di impegno comune tra gli attori nel superare inerzie e impostazioni legate alle modalità attuali e tradizionali. Oppure, rispetto alla possibilità di dotarsi di adeguati strumenti

¹² Sul concetto di sussidiarietà e di autonomia cfr. Ancona E., ... *il più vicino possibile ai cittadini. Problematiche e prospettive della sussidiarietà nell’ordinamento comunitario*, in “Iustitia”, LIII, 2000, p. 315-349.

istituzionali ed operativi, in grado di intervenire efficacemente sulle routine gestionali e decisionali stabilite nel tempo.

In questo senso, la considerazione di un'ipotesi di innovazione delle forme di gestione potrebbe richiedere il sostegno di azioni informative e formative rivolte a decisori politici, operatori pubblici, organizzazioni del terzo settore, gruppi di volontariato, singoli cittadini/famiglie. Che aiuti a chiarire e sviluppare scenari sui ruoli e i modelli di relazione fra le parti, e delle opzioni strategiche adeguate alla realizzazione dell'universalismo selettivo indicato dalla normativa, uscendo dall'ambiguità spesso presente tra sostegno o delega alle famiglie e ai cittadini delle funzioni di cura.

In questo senso, il percorso che le amministrazioni dovranno compiere nel definire forme di governance e gestione, dovrebbe tener conto di alcune esigenze di base per lo sviluppo di un sistema di welfare distrettuale:

- Un chiaro mandato per l'implementazione del sistema di welfare distrettuale, secondo le linee previste dal Piano.
- Un piano di fattibilità dei costi per le eventuali ipotesi di trasformazione della gestione associata.
- Un'efficace gestione dell'Ufficio di piano.
- Un'attività di sostegno, promozione e sviluppo delle realtà del terzo settore, dei gruppi informali e dei cittadini impegnati nella produzione di servizi di welfare.
- La centralizzazione di almeno alcune funzioni pubbliche essenziali di distretto.
- La centralizzazione della gestione della spesa sociale almeno per quella parte destinata all'investimento e all'innovazione del sistema dei servizi e delle unità d'offerta sociali.
- La ricerca di risorse integrative a quelle di fonte pubblica.

In considerazione delle necessità temporali connesse al riassetto di molti servizi di interesse distrettuale e provinciale si definisce il termine del primo anno di programmazione come tempo entro cui giungere ad una decisione sulla definizione di forma associata per il distretto (cfr. § 7.).

2.1.3 Alcune note di metodo

Si indicano, di seguito, alcune note di metodo e di processo per sviluppare percorsi effettivamente adeguati a conseguire gli obiettivi indicati:

1) **Gruppo di coordinamento del piano.** Per accompagnare il percorso di programmazione è stato costituito un gruppo di coordinamento misto tecnico-politico. Si prevede di costituire un gruppo misto tecnico-politico con funzioni di promozione, accompagnamento e monitoraggio dello sviluppo degli obiettivi strategici sul primo anno di attuazione del piano, parzialmente sulla scorta della limitata esperienza di questi mesi. La necessità è garantire una struttura di supporto e coordinamento organizzativo, sulla base delle linee stabilite. Il compito ha quindi natura transitoria, fino al conseguimento degli obiettivi strategici sulla struttura organizzativa e di governance. In questa veste deve soprattutto accompagnarne la nascita e/o il consolidamento degli ambiti, in base alle decisioni del tavolo zonale e in affiancamento dell'ufficio di piano. Si demanda all'accordo di programma modalità e tempi di costituzione e composizione.

2) In base a quanto individuato dalla L.3/2008, nelle linee regionali e negli obiettivi strategici del piano, il medesimo costituisce un **percorso di 3 anni**, costruendo un sistema di interazione che non limita il processo programmatico alla prossimità delle scadenze istituzionali. A tal fine si prevede l'istituzione di adeguati strumenti e la definizione delle risorse necessarie allo scopo. E l'individuazione di indicatori di verifica sul processo (§ 9.).

3) In particolare si ritiene importante individuare dei **coordinatori/referenti** degli ambiti a tutti i livelli, con il compito di promuovere, condurre, monitorare il lavoro all'interno delle aree e degli ambiti e mantenere il coordinamento, la comunicazione e il confronto tra i medesimi. Gli stessi coordinatori referenti devono essere supportati con un'attività di formazione sulle funzioni di conduzione. Tale attività formativa potrebbe coinvolgere tutte le persone che hanno funzioni di coordinamento o di referenza nell'ambito distrettuale, anche per favorire/promuovere metodi condivisi e una cultura organizzativa comune; la stessa attività può

essere organizzata in collaborazione con il Coordinamento provinciale degli UdP, in base alle funzioni assunte da quest'ultimo (§ 2.2.1).

2.1.4 Altre osservazioni sul tema dell'integrazione tra attori

Nella verifica del piano precedente sono stati individuati altri tre diversi **livelli di integrazione** che coinvolgono tanto il contesto istituzionale, quanto quello progettuale e di intervento. Questi possono costituire tre punti di partenza in termini di attenzione e sperimentazione dell'integrazione tra gli attori, parziali ma indicativi di un possibile ri-orientamento della programmazione. In breve:

- i. Gli *attori locali* nei singoli comuni (consulte giovanili, consulte di volontariato, altre organizzazioni nonprofit, gruppi ecc.) che rispondono a bisogni ed esigenze specifiche e locali e favoriscono l'espressione di domande e potenzialità, andranno sostenuti per garantire continuità alla loro azione assicurando la valutazione delle istanze emerse.
- ii. Riguardo le leggi di settore, la programmazione va realizzata a livello distrettuale attraverso l'individuazione di *Progetti trasversali*, coinvolgendo di volta in volta ambiti territoriali anche non coincidenti con l'intero distretto.
- iii. *Diritti sociali, Criteri di accesso, Costi di compartecipazione* per gli utenti: l'ambito distrettuale deve definire modelli uniformi, in modo da ottimizzare le risorse e i servizi, evitando differenze fra le varie realtà comunali del distretto e ricadute sui diritti/doveri dei cittadini.

Questi tre potenziali livelli di integrazione rappresentano altrettanti possibili stimoli e funzioni di sostegno e promozione della partecipazione dal basso della cittadinanza, secondo un'ottica di sussidiarietà. **(i) La partecipazione di attori nei singoli comuni**, e il collegamento con il livello distrettuale, appaiono fondamentali per aprire spazi di partecipazione dei cittadini. **(ii) I progetti trasversali**, a partire dalle leggi di settore o da altre aree individuate, sono importanti per iniziare a pensare la dimensione territoriale distrettuale degli interventi, al di là dei confini amministrativi, attraverso interventi che facilitano in vari modi l'incontro tra cittadini e istituzioni che in molti casi non accedono diversamente ai servizi. **(iii) Dal processo di omogeneizzazione** dipende la possibilità di cominciare a gestire i servizi in forma associata e rendere i diritti esigibili omogenei in tutto il distretto, e viceversa. La definizione di un'Isce comune distrettuale e la sua applicazione viene stabilita come termine nei tempi individuati al § 7..

2.2 Le politiche sovra distrettuali

Le linee di indirizzo della Regione Lombardia, relativamente al nuovo Piano di Zona triennio 2009–2011, indicano tra gli obiettivi del triennio l'integrazione sociale e sociosanitaria, precisando che la nuova programmazione dovrà essere guidata dal concetto di integrazione ai suoi diversi livelli: *istituzionale, operativo-funzionale, socio-sanitaria*. Le indicazioni regionali proseguono sviluppando ulteriormente il concetto di integrazione, ribadendo la necessità e la funzionalità di una forte integrazione sociosanitaria discusso successivamente (cfr. § 2.3).

Questa parte del piano, è invece specificamente dedicata al tema dell'**integrazione istituzionale** per, da una parte, esplicitare le prassi operative affermate e raffinate nell'arco del triennio trascorso e, dall'altra, presentare alcune ipotesi che, tracciando alcune prospettive di lavoro e trasformazione in alcune aree di intervento di interesse trasversale per i territori dell'Asl, entrano a pieno titolo nella programmazione zonale.

2.2.1 Il Coordinamento Provinciale degli Uffici di Piano

Dall'avvento del primo Piano di Zona, si sono spontaneamente avviati tra i dodici Ambiti Distrettuali dell'Asl di Brescia, momenti via via più strutturati di incontro e confronto tra i responsabili degli Uffici di Piano. Questi hanno trovato sede presso l'Associazione Comuni Bresciani dove, fin dall'inizio, è stato

possibile condividere incertezze, difficoltà e proposte per la gestione della nuova, e per certi versi impreveduta, partita del Piano di Zona.

La portata e il valore di un luogo (e di uno spazio mentale) di incontro, confronto, sintesi, approfondimento, valutazione, interazione tra differenze, supporto e decisione tecnica, venutosi con il tempo a definire “Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano dell’Asl di Brescia” è stata da subito colta dai Responsabili degli UdP, a cui è spettato il compito di gestire, direttamente e indirettamente, l’importante scommessa della gestione associata dei servizi ed interventi, delineata dalla legge 328/2000 e successivamente dalla L.R. 3/2008. Di particolare rilievo è stata la possibilità di confrontarsi e coordinarsi, reciprocamente e con altri professionisti coinvolti dalla medesima complessa esperienza professionale.

All’interno di ogni UdP è consueto il confronto e l’elaborazione tra colleghi che appartengono a diversi comuni dell’Ambito Distrettuale e questa funzione risulta essenziale alla qualità del processo programmatico. Tuttavia, la funzione del responsabile dell’UdP ha alcune peculiarità che vale la pena sottolineare, in quanto deve garantire una serie di funzioni necessarie al processo di implementazione del Piano di Zona:

1. Un attento equilibrio tra le istanze dei singoli Comuni e quelle dell’Ambito Distrettuale, un soggetto nuovo, poco definito e strutturato, con un disegno istituzionale fragile ma rappresentativo di interessi propri strettamente connessi alla necessità di promuovere un’efficace processo di localizzazione delle politiche¹³, pur se non sempre coincidenti con quelli del singolo Comune.
2. L’organizzazione di un’attività coerente con le indicazioni regionali che, rischiando spesso di essere distanti dalla realtà locale, richiedono di essere specificatamente tradotte e attualizzate nel singolo territorio, garantendo comunque il rispetto di scelte e indirizzi dati.
3. Una particolare attenzione alle caratteristiche locali che non devono tuttavia tradursi in scelte eccessivamente divaricanti tra i territori e devono salvaguardare (e sviluppare) una coerente omogeneità di diritti sociali e criteri di accesso.
4. La rappresentatività esterna dell’Ambito Distrettuale, che rende il responsabile dell’UdP interlocutore di molteplici soggetti istituzionali e non (Asl, Regione Lombardia, Provincia di Brescia, Tribunale, Attori del terzo settore e del volontariato, ecc.), da cui proviene la richiesta di esprimere scelte e orientamenti tecnici di Ambito a valere nei confronti dell’esterno.

Per tutti i responsabili degli UdP, si è trattato di assumere un ruolo e delle competenze completamente nuove, non è sempre accompagnato da un adeguato livello di consapevolezza del livello politico, che maggiormente ha faticato a cogliere la forte innovazione in corso.

Per tutte le ragioni citate, col tempo, il “Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano” è diventato fondamentale per garantire un giusto equilibrio tra l’attività specifica del singolo Ambito Distrettuale e le prospettive di carattere generale e trasversale, connesse ad alcune istanze sovra-distrettuali con cui ogni territorio deve confrontarsi.

Nel tempo, la funzione del Coordinamento provinciale si è consolidata anche nei confronti dell’esterno (rappresentato dagli altri soggetti della rete: Asl, amministrazione provinciale, terzo settore, ecc.), in quanto opportunità di confronto e incontro di e con tutti i territori, e momento di sintesi delle specificità locali. A partire dal livello del coordinamento provinciale sono state quindi assunte decisioni di carattere tecnico con specifiche ricadute nei singoli territori (ad esempio, sulle modalità di assegnazione delle risorse del F.S.R. o, come accade attualmente, nell’individuazione di un modello organizzativo/gestionale riferito all’attività del Servizio per l’integrazione lavorativa), al fine di assicurare una gestione “regolata” e coordinata delle politiche sociali.

A fronte di quanto sopra e in seguito ad un ampio confronto tra i vari responsabili degli UdP, a partire dalla fine dell’anno 2007 si è concordemente deciso di operare per rendere stabile e riconosciuto sul piano istituzionale detto organismo, attraverso la predisposizione di un Regolamento volto a disciplinarne la composizione, l’organizzazione, il funzionamento e le competenze. Tale Regolamento è stato approvato dalle Assemblee Distrettuali dei Sindaci dei dodici ambiti e, successivamente, ratificato dalla Conferenza

¹³ Cfr. ad esempio, Brenner N. *Metropolitan institutional reform and the rescaling of state space in contemporary western europe*, in “European Urban and Regional Studies”, 10(4), 2003, pp. 297–324; Kazepov Y. (a cura di), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia. Attori, processi ed impatto*, Carocci, Roma 2009 (in corso di pubblicazione).

provinciale dei Sindaci, nella forma del Consiglio di Rappresentanza (seduta del 19 maggio 2008).

Ad oggi il *Coordinamento degli Uffici di Piano degli Ambiti Distrettuali* dell'Asl di Brescia è costituito dai Responsabili dei dodici UdP degli Ambiti Distrettuali appartenenti al territorio dell'ASL di Brescia. Esso individua, al suo interno, un componente con funzione di coordinamento del gruppo e di rappresentante nei rapporti con l'esterno.

Possono essere chiamati a partecipare al coordinamento rappresentanti e referenti di servizi specialistici e/o rappresentanti del terzo settore, in riferimento a specifiche tematiche oggetto dei lavori del Coordinamento.

La sede è individuata presso l'Associazione dei Comuni Bresciani ovvero, come sede operativa, presso l'Ente di appartenenza del coordinatore, e si avvale per le attività di segreteria del personale dell'ACB.

In base al Regolamento, in quanto organo tecnico collegiale il ruolo del Coordinamento risulta così caratterizzato:

- Garantire l'attività di consulenza ai componenti della Conferenza dei Sindaci e ai Presidenti e ai componenti delle Assemblee Distrettuali sui temi di ordine sociale ed in relazione ai temi dell'integrazione socio-sanitaria, anche sottoposti all'attenzione della Conferenza dei Sindaci/Consiglio di Rappresentanza, che la medesima ritiene di approfondire.
- Svolgere una funzione di elaborazione e proposizione rispetto a vari temi afferenti il contesto sociale e la programmazione e gestione degli interventi e Servizi Sociali.
- Formulare adeguate proposte programmatiche per la realizzazione di piani e progetti previsti dal Piano Sociale di Zona.
- Monitorare e verificare i programmi/progetti.
- Garantire momenti di confronto e approfondimento sulla gestione degli interventi e Servizi Sociali.
- Svolgere funzioni di supporto e istruttoria relativamente a temi e problemi che gli Amministratori locali ritengano opportuno approfondire ed istruire.
- Condividere sul piano tecnico modalità di organizzazione e gestione concreta di azioni, interventi e Progetti per promuovere, quando opportuno, una maggiore omogeneità e integrazione progettuale ed operativa.

Il Coordinamento degli Uffici di Piano ha autonomia funzionale ed organizzativa, nel rispetto degli indirizzi/obiettivi programmatici previsti dalla Conferenza dei Sindaci.

2.2.2 Attività sovra distrettuali previste

Per il triennio di programmazione del Piano di Zona 2009–2011, l'attività sovra distrettuale che verrà svolta dal Coordinamento provinciale degli UdP, può essere così sintetizzata:

1. Consolidamento della funzione di supporto gestionale/organizzativo del Coordinamento degli Uffici di Piano.
2. Progettazione e organizzazione del Nil a seguito del termine della gestione delegata del Servizio da parte dell'Asl. I comuni tramite gli ambiti conferiranno ad ACB la gestione degli interventi di politiche attive del lavoro, al cui interno sarà previsto anche il servizio degli inserimenti lavorativi rivolto a soggetti in condizione di fragilità sociale. Acb organizzerà un servizio provinciale, articolato in unità operative sovra distrettuali. Si procederà con tale organizzazione per due anni, a partire dal 1 gennaio 2010, al termine dei quali si passerà ad un Servizio, sempre gestito a livello centrale tramite ACB, con compiti di programmazione, coordinamento, consulenza e regia delle politiche attive del lavoro, compreso il servizio degli inserimenti lavorativi, che nello specifico operativo verrà svolta dai singoli ambiti.
3. Procedure per comunicazioni inerenti l'attivazione di nuove unità d'offerta sociale. Si procederà nella definizione di procedure condivise per la regolamentazione delle richieste/dichiarazioni di inizio attività delle unità di offerta sociale (ex autorizzazione al funzionamento).
4. Accredimento sovra zonale delle unità d'offerta sociale:
 - 4.1. Per i servizi ad utenza sovra distrettuale, in particolare, comunità educative minori, comunità

alloggio per disabili, centri di pronto intervento, si intende procedere con:

- identificazione del “tipo” di accreditamento da realizzare;
- definizione dei requisiti che devono essere posseduti dai singoli soggetti gestori e dalle unità di offerta;
- identificazione del modello di accreditamento ;
- identificazione delle procedure: bando, patto, commissione accreditante.

4.2. Per alcuni tipi di servizi che dovranno essere accreditati dai singoli ambiti, quali SFA, CSE ed altri che potranno essere identificati nel periodo di vigenza del Piano di Zona, il coordinamento potrà esprimere indirizzi omogenei e criteri comuni a partire dai quali sviluppare l’accreditamento;

5. regolazione degli interventi nell’area carcere: in considerazione delle indicazioni delle linee guida regionali per la programmazione del triennio 2009-2011, che richiamano integralmente le indicazioni contenute nelle linee di indirizzo sul PdZ del secondo triennio (circ. 48/2005 Regione Lombardia), nonché quanto definito dalla L.R. 8/2005 si ritiene di:

5.1. Mantenere l’attività del Tavolo permanente in materia di esecuzione pene presso l’Ufficio del Garante delle persone private delle libertà personali, istituito dal Comune di Brescia, quale luogo di integrazione per:

- definizione congiunta di bisogni e priorità di intervento;
- verifica e sviluppo delle iniziative in atto.

Ciò attraverso la partecipazione dei Direttori degli istituti penali del territorio, del UEPE, del Servizio Sociale Minori del Ministero di Giustizia, delle organizzazioni che hanno esperienza significativa in materia, dei Responsabili degli UDP o loro delegati.

5.2. Garantire attenzione al reinserimento sociale delle persone in uscita dal carcere uniformando le azioni specifiche a quelle previste per tutte le categorie di cittadini che hanno problemi di reinserimento “nella logica delle pari opportunità e nel rispetto della programmazione locale”. Sostenere percorsi di inserimento lavorativo nell’area della Giustizia Riparativa, per le persone in esecuzione di pena.

5.3. Garantire attenzione alle problematiche dei minori sottoposti a provvedimenti dell’autorità giudiziaria attraverso il tavolo tematico minori al quale saranno invitati i rappresentanti dei servizi del ministero della giustizia (USM).

6. Condivisione criteri di assegnazione Fondo Sociale Regionale. A conferma di quanto già avviene da alcuni anni, si conferma il ruolo del Coordinamento Provinciale nella condivisione di modalità comuni da parte degli Ambiti Distrettuali nelle relazioni con gli Enti Gestori delle diverse unità di offerta sociale. Ciò mediante la definizione di criteri condivisi da applicare in tutti gli ambiti per la determinazione dell’entità dei contributi da assegnare ai diversi Enti Gestori (es. quale tipo/indicatore di spesa valorizzare/riconoscere ai fini della determinazione dell’eventuale contributo).

7. Altri temi di interesse del Coordinamento provinciale da sviluppare nell’arco del triennio sono:

- Confronto, scambio e progettazione di scenari innovativi di sviluppo delle politiche sociali nel territorio provinciale, nelle aree di intervento e relativamente alle tematiche trasversali dell’integrazione socio-sanitaria, dell’accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni.
- Interlocuzione con soggetti terzi, istituzionali e non, che intervengono sul bacino sovra territoriale (Asl, Reti di organizzazioni del III settore, amministrazione provinciale, Organismi associativi di rappresentanza di Enti Gestori privati delle diverse unità di offerta, ecc.), anche attraverso la definizione di strumenti di concertazione condivisi.
- Definizione di percorsi di formazione sovra distrettuale.

Il coordinamento inoltre si è fatto carico di formulare alcune proposte sull’utilizzo del fondo sulla nonautosufficienza all’Anci, tramite un documento appositamente predisposto.

2.3 L’integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio sanitaria è un processo lungo che attraversa tutti i temi della programmazione zonale e che ha riflessi e priorità differenziate nei diversi ambiti a seconda delle esperienze che nel tempo si sono maturate a livello locale. L'avvio della programmazione distrettuale nel campo delle politiche sociali, in particolare, ha consentito per la prima volta la costituzione di un riferimento istituzionale unico e riconoscibile sovra-comunale e di ambito, attraverso la struttura di governance dell'Ambito distrettuale e le funzioni attribuite ai vari organi, tra cui l'Ufficio di Piano. Ciò consentirebbe a tutti i comuni (titolari degli interventi assistenziali) di interagire efficacemente con il sistema sanitario su un livello di parità e corrispondenza territoriale attraverso la relazione con la direzione distrettuale, creando le pre-condizioni istituzionali per un'effettiva integrazione a livello della programmazione, oltre la capacità, diversamente espressa nei vari ambiti, di integrazione operativa tra equipe di lavoro, assistenti sociali e dirigenti responsabili dell'attuazione dei singoli interventi e servizi sociali e socio-sanitari.

Tuttavia si tratta di un "work in progress" che deve tenere conto della parallela trasformazione su entrambi i versanti, dalla ridefinizione delle funzioni e delle competenze delle Asl e dalla cessazione della delega su alcuni servizi, alla fragilità della nascita istituzione distrettuale di programmazione e gestione degli interventi assistenziali fondata sui comuni associati. Che, come discusso precedentemente, ha vissuto nell'Ambito distrettuale n.5 , alcune particolari ostacoli.

A livello tecnico-operativo emerge un grosso sforzo nel tentare di stringere accordi di vario genere, sia tra comuni e Asl che tra comuni e Aziende Ospedaliere, definendo protocolli operativi nelle singole aree di intervento per focalizzare l'attenzione sulle persone, effettuare valutazioni multidisciplinari e concordare il raggiungimento di livelli minimi di assistenza integrati. La soddisfazione di queste aspettative di integrazione, in alcuni casi risulta anche strutturata e consolidata da una tradizione ma si realizza anche grazie alle relazioni personali informali, alla storica conoscenza reciproca tra figure di riferimento e a una certa abitudine a lavorare insieme tra queste.

Alcune difficoltà reciproche, tra sistema sociale e sanitario, sono date dalla categorialità del sistema di interventi, dalla diversità di competenze e modi di gestione e dalla diversità degli interlocutori (a volte non chiaramente individuabili nell'Ambito dei comuni) e delle rispettive priorità. Queste difficoltà emergono in particolare quando le domande dei cittadini non sono chiaramente collocabili negli ambiti di competenza.

A livello di Coordinamento provinciale degli UdP e in accordo con l'Asl, si è deciso, per dare una concreta spinta e attuazione al processo, di definire i punti essenziali di sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria nel corso del triennio, che deve in ogni caso riguardare:

- la programmazione, progettazione e realizzazione della rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie;
- la determinazione dei parametri di accesso prioritari alle prestazioni sociali e sanitarie;
- gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e socio-sanitari e, in generale, gli interventi di tipo domiciliare, quelli di sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi e i progetti nell'area anziani, della disabilità, della salute mentale, dipendenze e promozione di stili di vita;
- il raccordo nelle funzioni di vigilanza e controllo delle unità di offerta sociale e sociosanitarie.

Inoltre, si è deciso di individuare Ambito per Ambito le priorità di intervento nelle diverse aree, da perseguire nell'arco del triennio, da evidenziare attraverso uno strumento di verifica elaborato in forma congiunta tra comuni e Asl, a livello di singolo ambito. I risultati, per quanto riguarda l'ambito distrettuale n. 5 sono riportati nelle tabelle sottostanti.

Area GENERALE		
PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
<p>Maggiore identificazione delle rispettive competenze (sociali e socio-sanitarie in seguito) tra enti locali e Asl al processo normativo seguito alla L. 328/00</p> <p>Conseguimento di una parallela e coerente articolazione</p>	<p>Frammentazione dell'azione distrettuale in ambito assistenziale</p> <p>Difficoltà di comunicazione fra singoli comuni e sistema dei servizi sanitari</p> <p>Limitata continuità nell'interazione fra il sistema degli interventi sociali e socio-sanitari delle diverse aree a livello</p>	<p>Dare più continuità e struttura alla relazione fra Ambito dei comuni e Asl</p> <p>Individuare un modello di interazione efficace, tra continuità di relazione sulle aree e forme di raccordo istituzionale trasversale (§ 3.1)</p>

<p>territoriale per il governo delle rispettive competenze attraverso il distretto sociosanitario e il livello provinciale (Asl e Coordinamento provinciale degli UdP)</p> <p>Ricca dotazione e articolazione del sistema dei servizi socio-sanitari nel territorio</p> <p>Attivazione dell'UCAM (Unità di Continuità Assistenziale Multi-dimensionale)</p>	<p>distrettuale</p> <p>Necessità di intercettare meglio la domanda delle famiglie e aumentare il più possibile la flessibilità del sistema di interventi</p>	<p>Sviluppare il segretariato sociale (mirando alla costruzione dell'intesa con l'Asl e i punti unici di accesso) per facilitare l'accesso, l'azione orientativa, una più efficace rilevazione della domanda e presa in carico</p> <p>Sviluppare la capacità di intervenire nelle situazioni multi-problematiche non sempre precisamente inquadrabili nel disegno istituzionale delle competenze</p>
---	--	--

Area ANZIANI		
TEMI / PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
<p>Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>Presenza dell'UCAM</p> <p>Funzionamento della lista unica di accesso</p>	<p>Occorre migliorare l'interazione e la comunicazione fra Asl e comuni</p> <p>Occorre migliorare lo scambio informativo</p>	<p>Ristabilire continuità interazione fra i livelli e ambiti distrettuali implicati con i servizi sanitari per la continuità assistenziale</p> <p>Arricchire il sistema informatizzato, aggiornamento sistematico banca dati per migliore conoscenza servizi</p> <p>Migliorare attuazione (e l'eventuale concorso alla revisione) dei protocolli in generale</p> <p>Creare anagrafiche aggiornate per statistiche puntuali anche sulla situazione dei contribuiti erogati a diverso titolo</p>
<p>Domiciliarità</p> <p>Rete dei servizi domiciliari strutturati e potenziati (tra Asl e comuni)</p> <p>Non sovrapposizione delle diverse competenze non si sovrappongono</p>	<p>Alcune difficoltà a sviluppare una visione comune, generale sulla domiciliarità, e specifica sulle situazioni</p> <p>Livello di interazione e conoscenza varia da comune a comune, anche in base a fattori diversi e contingenti, legati al turn-over e alle risorse delle singole amministrazioni e al non pieno sviluppo della dimensione distrettuale</p>	<p>Migliorare l'integrazione puntando ad un sistema di SAD unico sul distretto, perseguendo i seguenti obiettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - un miglioramento dei livelli di conoscenza e comunicazione - migliore identificazione delle rispettive esigenze e necessità di interazione - Maggiore partecipazione dei comuni nelle azioni previste dal protocollo sulle dimissioni protette, redatto da Asl e Ao per quanto riguarda la competenza degli interventi sociali - Sviluppo di percorsi formativi (es. per Oss, Asa, Assistenti Familiari, Caregiver informali)

		in raccordo con l'Asl
Ricoveri di sollievo Disponibilità sul territorio di ricoveri di sollievo, distribuita per N. di posti e durata delle accoglienze in base alle Rsa	Difficile o limitato livello di programmazione e ricorso a tali risorse da parte degli enti prevalentemente in base alle emergenze	Sviluppare capacità distrettuale di valorizzare al meglio la disponibilità di ricoveri di sollievo e specialistici Migliorare / costruire accordi con famiglie e strutture Aumentare il livello di programmazione
Residenzialità Non sono avvertiti problemi di integrazione socio-sanitaria relativamente ai ricoveri in Rsa (UCAM)	Mancanza di una pianificazione del sistema locale degli interventi residenziali Lunghezza delle liste di attesa e costo delle rette (criticità generale non peculiare del distretto o dell'Asl)	Valutare l'ipotesi di garantire maggiore disponibilità di posti attraverso il meccanismo "vuoto per pieno", soprattutto per i comuni senza Rsa
Strutture diurne Qualità dei servizi offerti (Cdi)	Accessibilità dei servizi	Intervenire sull'accessibilità dei facilitando la mobilità e il trasporto

Area MINORI e FAMIGLIE		
TEMI / PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria Qualità della rete dei servizi e del livello di professionalità	Scarsa conoscenza delle reciproche attività e iniziative, scarso raccordo e integrazione fra le azioni promosse dai vari enti Mancanza interlocutore di ambito dei comuni Mancata integrazione distrettuale sui progetti L.285/97	Migliorare opportunità e modalità di collaborazione, sulle funzioni di supporto psicologico e sulla programmazione a attuazione delle attività di prevenzione Sviluppare una mappatura costante di servizi e iniziative promosse dai diversi attori Implementare rapide modalità di informazione reciproca tra i diversi attori
Politiche familiari Buona collaborazione tra alcuni comuni e consultorio familiare	Limitata conoscenza del Consultorio familiare da parte di alcuni comuni, soprattutto legata alla turnazione del personale	Avviare una riflessione e un confronto tra i vari attori in merito alla possibilità di promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà (e di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne) (art. 4 LR 3/2008)

<p>Tutela minori</p> <p>Consolidamento della gestione della tutela minori da parte dei comuni in seguito alla cessata delega all'Asl e realizzazione dell'integrazione tra comuni e Asl</p> <p>Protocollo per gli interventi psicologici</p>	<p>Turn-over operatori del servizio tutela</p> <p>Carenza degli interventi di psicoterapia nel territorio</p>	<p>Migliorare efficacia e efficienza della comunicazione tra gli attori: Servizio tutela, comuni, Asl, TM, rete territoriale</p> <p>verifica e aggiornamento costante del protocollo</p>
---	---	--

Area DIPENDENZE		
TEMI / PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
<p>Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>Attività di prevenzione primaria e inserimento lavorativo tramite progetti di legge di settore (L.45/99) e competenze sull'inserimento lavorativo. Partecipano Ser.T., Nil, III settore, Smi</p> <p>Ricchezza di esperienze, servizi e progetti avviati e in corso e di competenze professionali</p> <p>Ricche esperienze nonprofit di gestione di servizi residenziali e semi-residenziali e di progetti di prevenzione e reinserimento</p> <p>Definito un unico progetto distrettuale sulla L.45/99 e orientamento ad una crescente azione integrata distrettuale sul tema delle dipendenze</p>	<p>Situazioni dei comuni molto diverse per gradi di conoscenza e partecipazione a interventi.</p> <p>Limitata conoscenza reciproca tra alcuni attori e iniziative, limitata collaborazione che, in alcuni casi, coinvolge relazioni prevalentemente formali ed economiche e pochi altri aspetti.</p> <p>Mancata condivisione della conoscenza del fenomeno e di strategie di integrazione e volte alla prevenzione. Conseguente mancanza di una cornice di riferimento comune entro cui collocare iniziative, progetti, percorsi di collaborazione.</p>	<p>Migliorare il raccordo e l'integrazione tra le azioni promosse, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Miglioramento delle procedure di attuazione e informazione - Organizzazione di incontri periodici di condivisione delle linee generali dei piani annuali di educazione alla salute - Miglioramento e condivisione delle conoscenze ed eventuale costruzione di banche dati - Valutazione congiunta annuale sui bisogni e attuazione della programmazione - Continuità nell'attivazione di collaborazioni per le attività di prevenzione

Area DISABILITA'		
TEMI / PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
<p>Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>Elevata copertura rispetto ai bisogni con una significativa rete di servizi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - equipe operative in rete con istituzioni, servizi e associazioni - Equipe specifiche per il raccordo 	<p>Problema generale dell'area: costi elevati dei servizi risultano</p> <p>Mancanza di strutture sul territorio e scarsa possibilità di inserimento in Rsd. Con quelle utilizzate lunghe liste di attesa.</p> <p>Totale assenza di accordi distrettuali per l'integrazione scolastica</p>	<p>Formulare accordi operativi tra comuni e Asl per la gestione integrata dei progetti di presa in carico individualizzati.</p> <p>Nuova organizzazione per l'accesso ai servizi tra Asl e comuni.</p> <p>Sperimentare progetti per bisogni urgenti non coperti da risposte residenziali.</p>

<p>Eoh/comune/strutture nella individuazione di percorsi di reinserimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sportelli informativi gestiti da Asl, comuni e terzo settore; - Organizzazione di percorsi di inserimento lavorativo - Accordo di programma provinciale per integrazione scolastica - Istituzione Ufficio di Protezione Giuridica a livello di Asl <p>In corso passaggi cruciali per il superamento delle deleghe all'Asl della gestione del Nsh e del Nil</p>	<p>Disomogenea presenza nel territorio di riferimenti per l'attivazione dell'amministrazione di sostegno</p>	<p>Definire un accordo distrettuale per l'integrazione scolastica. Predisporre uno strumento di collegamento fra Asl e Ambito per l'amministrazione di sostegno.</p> <p>Sostenere il percorso a livello provinciale di passaggio della delega del Nil</p> <p>Riflettere sui problemi della continuità assistenziale degli interventi tra residenziale, terapeutico e domiciliare (a casa e a scuola), e tra sociale sanitario. Valutare eventuali incoerenze del disegno e difficoltà pragmatica di interagire fra i diversi servizi coinvolti (psichiatria e disabilità) e comuni</p>
<p>Alcuni aspetti specifici</p> <p>Assistenza Ad Personam (AAP)</p> <p>Disabili stranieri</p>	<p>Meccanismi di segnalazione ed utilizzo dell'AAP: eccesso di richieste, numero di ore utilizzate e criteri di selezione</p> <p>Presenza di persone disabili che appartengono ad altre lingue e culture e difficoltà di interazione tra servizi e famiglie</p>	<p>Utilizzare la risorsa in modo maggiormente mirato (ore e criteri di selezione)</p> <p>Maggiore investimento nella mediazione linguistica e culturale (oggi sostenuta con la L.285)</p>

Area SALUTE MENTALE		
TEMI / PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
<p>Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>Qualità dei servizi territoriali per la salute mentale</p> <p>Collaborazione fra comuni e Cps</p>	<p>Interazione fra il servizio sociale e le strutture sanitarie in alcuni casi non semplice, soprattutto sui "casi di confine" di competenza, tra disabilità e salute mentale e nei casi di doppia diagnosi, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - difficoltà degli enti locali nello sviluppare integrazione interna - situazioni diagnostiche difficili, dove non sempre è possibile implementare risposte chiare e preordinate - lavorare con persone straniere, dove l'interazione fra differenze culturali e problemi di salute mentale, costituisce a volte barriere alla comunicazione, e alla comprensione, estremamente difficili 	<p>Potenziare il raccordo con gli Organismi di coordinamento per la salute mentale OCSM</p> <p>Individuare un meccanismo di interazione e coordinamento fra PdZ e Tavoli Tecnici Distrettuali dell'OCSM</p> <p>Definire le modalità per produrre contributi per il Patto Territoriale per la Salute Mentale dalle pratiche e dalle conoscenze locali</p>

Area SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE		
TEMI / PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO
<p>Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria</p> <p>relazioni informali tra gli operatori meno soggetti al turn-over</p>	<p>frammentazione del servizio tra i comuni, alcuni molto piccoli, che devono affrontare molteplici problemi pratici quotidiani con poche risorse</p> <p>carezza di comunicazione ha reso difficile o imprecisa la conoscenza reciproca e la possibilità di tenere conto delle prerogative ed esigenze altrui</p> <p>Turn-over operatori</p>	<p>Intensificare e rendere più rapido lo scambio di informazioni</p> <p>Organizzare le occasioni di scambio, confronto, formazione e aggiornamento, e definire modalità di comunicazione, valutazione comune, mettere e integrazione tra lettura sociale e sanitaria</p> <p>Facilitare unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerta sociali e sociosanitarie</p> <p>Migliorare la capacità di sviluppare percorsi di accoglienza, orientamento e presa in carico, valorizzando anche le risorse territoriali non pubbliche</p>

L'evoluzione delle sperimentazioni e delle azioni di sviluppo e miglioramento dell'integrazione socio-sanitaria nei singoli ambiti sarà oggetto di confronto con le DGD e a livello provinciale, tra il coordinamento provinciale degli Uffici di Piano e la direzione sociale dell'Asl .

2.4 L'integrazione con altre politiche

Oltre al tema dell'integrazione socio-sanitaria, che coinvolge un processo in corso da decenni, il cui "statuto" è ampiamente riconosciuto e oggetto di molteplici provvedimenti legislativi e interventi di riforma¹⁴, tanto a livello nazionale che regionale, riscuote crescente interesse e diviene sempre più oggetto di regolazione normativa il tema dell'integrazione con altre politiche i cui oggetti sono di confine o si intrecciano strettamente con quelli delle politiche sociali (casa e lavoro, in particolare, ma anche formazione e istruzione, e mobilità). Ciò, in parte, dipende dal cambiamento di cultura politica, in materia di politiche sociali, che hanno fatto uscire le medesime da una concezione ristretta di tipo meramente "riparativo" proiettandole verso una visione maggiormente "promozionale", più attenta all'unicità della persona e delle sue interdipendenze, maggiormente proiettata a valorizzarne le risorse proprie e delle reti di appartenenza e a intendere l'intervento sociale come investimento sulla qualità della vita e del contesto di riferimento. In altra parte, dipende da un'attenzione ai cambiamenti in corso nella società, in generale e in riferimento a specifici fenomeni sociali, che rendono palese l'inadeguatezza di alcune categorie istituzionali di fronte al mutare delle domande che giungono ai servizi e alle condizioni socio-economiche e culturali dentro cui alcuni fenomeni si determinano. Basti pensare ai mutamenti nel mercato del lavoro, alle diverse forme di famiglia e alle condizioni di fragilità familiare, all'immigrazione, all'invecchiamento, alle dipendenze, ecc..

Costruire l'integrazione con le *altre politiche* (abitazione, lavoro, ecc.), presenta per certi versi maggiori difficoltà, in quanto ancora mancano precise definizioni normative e organizzative e una significativa storia istituzionale. Tuttavia la questione si pone con urgenza per il rapido mutare dei fenomeni che il disegno istituzionale del sistema fatica in alcuni casi a riconoscere (es. persone occupate che chiedono misure di

¹⁴ Cfr., ad esempio, G. Bissolo, L. Fazzi (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Carocci Faber, Roma, 2005.

integrazione del reddito, problemi di esclusione sociale che riportano situazioni di disagio psicologico e sociale non certificabile, persone con difficoltà esclusivamente economica che si rivolgono ai servizi sociali, situazioni multiproblematiche, processi di rapido decadimento psico-fisico nelle persone anziane, ecc.).

Il tema è divenuto oggetto di considerazione nei Pdz della passata triennalità nell'Asl di Brescia, ad esempio nelle politiche dell'abitazione, con il tentativo di promuovere interventi che mirano ad andare oltre i consueti contributi a sostegno dell'affitto (interventi sull'offerta abitativa pubblica, progetti di housing sociale, disponibilità di alloggi di rotazione, particolarmente per persone in difficoltà economica o di autonomia,) e, in misura minore, nelle politiche del lavoro, con interventi limitati all'area della fragilità (integrazione lavorativa di persone in condizioni di fragilità, voucher sull'abbandono scolastico, ecc.).

Per il prossimo triennio, per quanto riguarda l'Ambito distrettuale n. 5, è data come pre-condizione allo sviluppo di una maggiore integrazione fra politiche diverse, la trasformazione istituzionale delineata nei paragrafi 2.1 e 3.1. Ma, in particolare, viene data particolare attenzione ad alcune aree specifiche che impattano sullo sviluppo e l'attuazione del presente piano:

- Il lavoro, nei termini discussi ai paragrafi 3.2.3 e 2.2.3, a proposito delle questioni emergenti sull'area nuove povertà e degli sviluppi conseguenti e connessi la restituzione delle competenze in delega all'Asl per ciò che riguarda il Nil. E a proposito della necessità di favorire una migliore conciliazione dei tempi di lavoro e vita familiare, attraverso, per esempio, lo strumento del Pto (cfr. più avanti) e le possibilità di rendere l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi maggiormente flessibile e attraverso una più strutturata e intensa comunicazione fra i soggetti responsabili e attuatori del sistema di interventi sociali, altre istituzioni competenti sulle politiche intervenenti l'organizzazione del territorio e le attività produttive, e gli attori economici locali¹⁵.
- La casa, sempre in relazione a quanto indicato nel paragrafo 3.2.3 sui temi della grave emarginazione e delle nuove povertà e al paragrafo 3.2.1 su quello degli alloggi protetti per le persone anziane. Temi, tra cui si potrebbe collocare anche la questione del re-inserimento abitativo di persone con problemi di dipendenza, che chiamano i comuni a riflettere sui piani di sviluppo urbanistico e sulle opportunità che ne possono derivare da un'eventuale propensione a valorizzare i medesimi al fine di rendere disponibili risorse adeguate ad affrontare le diverse esigenze di residenzialità.

In questo senso il Pdz invita i comuni del distretto a tenere conto delle linee guida qui discusse nella costruzione dei Pgt (Piani di Governo del Territorio). E richiama gli attori coinvolti nell'attuazione dell'Agenda 21 locale (in particolare i comuni di Provaglio, Iseo, Corte Franca, Marone, Salemarasino, Sulzano) che, attraverso il Piano Tempi e Orari (Pto), hanno l'opportunità di creare migliori condizioni di utilizzo e accesso delle risorse locali, anche per favorire misure di conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro e fra lavoro, vita familiare e maternità.

2.5 La partecipazione del Terzo Settore

Il percorso avviato dall'Ufficio di piano nel mese di giugno 2008, finalizzato a creare momenti di incontro tra le realtà del terzo settore e favorire l'accesso delle realtà all'associazione Forum del terzo settore e di altre organizzazioni, ha consentito l'avvio di un dialogo costruttivo lungo tutto il percorso di programmazione del piano di zona. Nei fatti ha costituito un momento di implementazione di un luogo di confronto tra programmatori istituzionali e realtà sociale, costruendo le premesse alla definizione di tavoli la cui funzione e il cui ruolo assuma stabilità nel contesto della programmazione locale (anche in base alle linee di indirizzo regionali).

Il tavolo di coordinamento e i gruppi tematici, composti dai referenti di ambito del terzo settore, si sono incontrati periodicamente al fine di confrontarsi in merito ai bisogni ed elaborare proposte di contributo alla redazione del piano di zona per il triennio 2009–2011. I risultati di tale elaborazione sono presentati di seguito, attraverso tabelle di sintesi che sono state oggetto di discussione del gruppo di coordinamento e delle

¹⁵ Anche in base alle linee regionali di programmazione 2009-11 e in applicazione della Legge 53/2000 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città".

altre parti coinvolte nella programmazione.

I medesimi contenuti, sintetizzati in un report conclusivo, sono quindi andati ad integrare gli elementi emersi dalla altre componenti che hanno partecipato al processo di programmazione in base allo schema precedentemente illustrato (§ 0.3)

Area ANZIANI	
CRITICITÀ	PROPOSTE
<p>Mancanza di conoscenza da parte dei cittadini delle realtà e dei servizi socio sanitari e assistenziali.</p> <p>Ridotta considerazione delle realtà che svolgono una funzione di orientamento ai servizi per i cittadini</p> <p>Difficoltà per raggiungere i servizi da parte degli anziani</p> <p>Elevato turn over degli operatori che svolgono assistenza domiciliare</p> <p>Poco sostegno per i familiari care-giver o quelli che mantengono gli anziani al proprio domicilio</p> <p>Disuguaglianza nell'accesso e nella partecipazione ai costi dei servizi socio sanitari del distretto</p> <p>Scarsa presenza sul territorio di attività che favoriscano l'invecchiamento attivo, la socializzazione e la qualità di vita delle persone anziane</p>	<p>Garantire una informazione capillare dei servizi esistenti per gli anziani attraverso un monitoraggio dei soggetti del terzo settore e dei servizi socio assistenziali e sanitari presenti nel territorio. Predisposizione di un opuscolo adeguatamente divulgato.</p> <p>Riconoscere l'attività del Segretariato Sociale svolta dai soggetti del Terzo Settore.</p> <p>Incrementare la coesione fra i Servizi Sociali dei comuni del distretto</p> <p>Garantire agli anziani la possibilità di frequenza dei servizi sul territorio anche attraverso il coordinamento dei trasporti</p> <p>Favorire gli erogatori dei servizi territoriali operativi nel territorio per promuovere la continuità assistenziale e il "know how" di distretto.</p> <p>Favorire l'organizzazione di reti di servizi che possano garantire all'anziano un'assistenza continuativa nelle varie fasi di fragilità</p> <p>Sostenere le famiglie nella scelta di assistere e curare i propri anziani nel loro contesto familiare</p> <p>Favorire l'omogeneizzazione dei criteri di compartecipazione alla spesa nella fruizione della rete delle Unità di Offerta sociali, socio-assistenziali e socio-sanitarie, allineando i criteri e le soglie ISEE in modo omogeneo nel territorio dell'Ambito</p>

Area MINORI	
CRITICITÀ	PROPOSTE
<p>Mancanza di un coordinamento degli interventi</p>	<p>Consolidamento delle realtà educative e culturali che in questi anni, in modo variegato e dislocato, si sono attivate nei territori del distretto e sostegno e implementazione delle attività e dei servizi che si occupano di prevenzione e di promozione della realtà giovanile.</p> <p>Creazione di un coordinamento dei diversi servizi che rifletta sul lavoro di rete, svolga una mappatura dettagliata delle progettualità esistenti, svolga una analisi del territorio e dei bisogni e individui le azioni e le attività ritenute più idonee e praticabili favorendo la collaborazione e l'integrazione degli interventi.</p>

Area EMARGINAZIONE E NUOVE POVERTA' ¹⁶	
CRITICITÀ	PROPOSTE
<p>Mancanza di progettazione condivisa e partecipata nel distretto</p> <p>Redditi insufficienti</p> <p>Precarietà o perdita del lavoro</p> <p>Assenza di alloggi dignitosi ed adeguati e ridotte risposte alternative da parte dei servizi</p> <p>Difficoltà al pagamento delle utenze domestiche e delle spese connesse all'obbligo scolastico</p> <p>Mancanza di strutture di prima accoglienza</p> <p>Mancanza di progetti di inclusione sociale per i cittadini stranieri</p>	<p>Avvio di un tavolo di confronto sulle tematiche indicate coinvolgendo gli attori del territorio e, in particolar modo, la scuola</p> <p>Individuare luoghi nel distretto da adibire a servizi di prima accoglienza (dormitori, pronto intervento per donne e minori, emergenza freddo)</p>

Area DISABILITA'	
CRITICITÀ	PROPOSTE
<p>Forte mancanza di coesione tra i diversi attori, nonostante la comunione di intenti. Le realtà presenti sul territorio, che intervengono in favore dell'integrazione dei soggetti disabili, vi provvedono singolarmente</p> <p>Mancanza di progetti educativi di coinvolgimento del minore diversamente abile per favorirne l'integrazione a partire dal gruppo classe fino al tessuto sociale in generale.</p> <p>Mancanza di criteri omogenei di contribuzione delle famiglie per l'accesso ai servizi.</p> <p>Mancanza di integrazione delle persone diversamente abili in tutti i contesti</p>	<p>Lavoro con gli insegnanti per aumentare l'offerta formativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di sensibilizzazione - formazione specifica, in integrazione con altre figure professionali che si occupano di disabilità (su modalità concrete di interazione con il gruppo classe di cui è parte integrante il minore diversamente abile)

Area SALUTE MENTALE E DISAGIO ADULTO	
SITUAZIONE	PROPOSTE
<p>Significativa presenza del terzo settore attraverso un gruppo di cooperative che opera in forte integrazione con il DSM di Iseo dell'Azienda Ospedaliera Mellino Mellini.</p> <p>Significativa presenza nel territorio delle Suore Poverelle di Passirano che in parte soddisfa le necessità del territorio di disagio adulto dovuto sia a problematiche di dipendenza che di emarginazione grave</p>	<p>AREA RESIDENZIALITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offrire opportunità di residenzialità alternativa dopo la comunità protetta che metta in risalto la dignità personale e sociale dei cittadini - Integrare programmi di residenzialità leggera con interventi a valenza sociale per favorire l'integrazione e il mantenimento della situazione abitativa - Garantire ai cittadini con disturbo psichiatrico di non essere costretti a vivere ai margini,

¹⁶ Con il termine "nuove povertà", il tavolo che ha elaborato le ipotesi intende la condizione generica di disagio sociale che interessa alcune fasce deboli dei cittadini. Alcuni cittadini stranieri in particolare vivono la situazione di disagio accentuata dalla difficoltà del processo di inclusione sociale.

<p>Necessità di procedere nella programmazione territoriale di interventi che integrino quelli già attuati delle istituzioni e siano di sostegno e completamento delle iniziative svolte dal terzo settore. Particolarmente nelle aree tematiche che necessiterebbero di maggiori interventi e di programmazione come previsto dalle finalità dei Piani di Zona (cfr. a lato)</p>	<p>sostenendone la capacità di relazionarsi e mantenere buoni rapporti con la collettività</p> <p>AREA SOCIALITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promuovere una rete relazionale che coinvolga e sensibilizzi le famiglie dei pazienti e, soprattutto, metta in rete le realtà di volontariato presenti - Avviare una micro-sperimentazione attraverso forme di educativa domiciliare aperta anche a pazienti psichiatrici (Vaucher) per ridurre l'isolamento sociale e relazionale <p>AREA ACCESSIBILITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consentire l'accesso e la circolazione dei pazienti con ridotta autonomia nei servizi psichiatrici, nelle cooperative o nelle sedi di socialità e di occupazione lavorativa <p>AREA LAVORO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorire l'inserimento nelle cooperative sociali di tipo B attraverso l'appalto di lavori in convenzione con gli Enti Pubblici - Sostegno ai percorsi di formazione e addestramento attraverso il reperimento di sedi per svolgere stage nei territori di provenienza dei pazienti - Costituzione di nuovi organismi che subentrino all'attuale gestione in delega del NIL in via di cessazione
---	--

<p>Area FAMIGLIA</p>
<p>SITUAZIONE</p>
<p>Nel corso di questi mesi non è stato possibile, per ragioni diverse, costituire il gruppo di lavoro sulle tematiche della famiglia; la mancanza di un pensiero e di una elaborazione sulle problematiche e la conseguente assenza di proposte risulta essere molto penalizzante per il lavoro complessivo finora svolto.</p> <p>Consapevoli che la famiglia oggi è sottoposta a forti pressioni sociali e finanziarie che inducono importanti cambiamenti e fragilità nel sistema, pensiamo sia opportuno investire ipotizzando, per il futuro, altre forme di coinvolgimento e aggraziane intorno a questo ambito.</p> <p>Le criticità e le proposte contenute in questo documento possono essere allocate, in parte o del tutto, alla famiglia.</p>

3. Le aree di intervento

Le aree di intervento del precedente triennio sono state le seguenti: *Anziani; Disabilità, Famiglia, minori e giovani; Immigrazione; Salute mentale; Disagio adulto; Dipendenze.*

In questa sede vengono sviluppati alcuni elementi di analisi e alcune ipotesi strategiche a partire da: le azioni concretamente messe in campo; gli aspetti carenti o non previsti della programmazione, anche in relazione ai fenomeni in mutamento, il punto sull'integrazione socio-sanitaria, altre considerazioni relative all'andamento del triennio passato anche alla luce delle necessità di trasformazione istituzionale e dei mutamenti in corso nel territorio.

Nella prima parte viene posto un problema di definizione dell'area come riferimento istituzionale e organizzativo, con gli obiettivi strategici previsti per il prossimo triennio. Nella seconda parte sono presentati alcuni elementi descrittivi e di verifica sui servizi e gli interventi e le linee di indirizzo e gli obiettivi di miglioramento per i prossimi tre anni.

Per quanto sopra discusso (cfr. § 2.1 e 2.2), l'attuazione di tali linee è fortemente correlata alla realizzazione degli obiettivi di miglioramento riferiti al sistema di governance e alla struttura organizzativa di ambito.

3.1 La definizione delle aree di intervento

3.1.1 Elementi di verifica

Allo stato attuale, tenuto conto di quanto descritto in merito al processo istituzionale e organizzativo sui precedenti trienni di programmazione, le *aree di intervento* possono oggi essere descritte come “**distinzioni formali**”, basate fondamentalmente sulla tipologia di destinatari e sulla distribuzione della spesa di una serie di interventi (prestazioni, servizi, progetti) solo parzialmente coordinati tra loro. Ad eccezione della tutela minori, che costituisce comunque una parte degli interventi individuati dall'area minori, le aree generalmente non rappresentano l'esito di una progettazione o programmazione complessiva. Tendenzialmente gli interventi individuabili riproducono risposte e modelli più o meno consolidati dalla gestione passata dei singoli comuni con alcuni aspetti di innovazione spinti o vincolati dall'alto (regolazione regionale) o promossi per iniziativa del singolo ente e con un elevato livello di individualizzazione e discrezionalità. Alcuni di questi sono comunque gestiti amministrativamente per via dell'Ufficio di Piano e/o in Interazione con i servizi sanitari dell'Asl.

Da questo tipo di organizzazione derivano, di conseguenza, diverse difficoltà di integrazione trasversale tra gli interventi della medesima area e tra interventi di aree di confine, e difficoltà, o mancata ottimizzazione delle conoscenze e delle risorse, nell'integrazione socio-sanitaria, nell'integrazione con altre politiche e nella collaborazione con altri enti, attori sociali e servizi che operano sui medesimi fenomeni e contenuti (es.: servizi per il lavoro, istituzioni scolastiche, servizi sanitari, di prevenzione e terapeutico-riabilitativi, di assistenza sociale ed economica, organizzazioni nonprofit, ecc.).

3.1.2 Obiettivi strategici

Il piano prevede un ri-orientamento istituzionale e organizzativo delle *aree di intervento*, che dovrebbero gradualmente assumere le caratteristiche di “**sistemi di co-programmazione e intervento**”, che operano a più livelli, comunali, sovra-comunali, di ambito e integrati), sono coordinati centralmente e costruiti in integrazione con l'Asl, i rappresentanti del terzo settore coinvolti attraverso il tavolo di consultazione e con altri enti/servizi (Acb, provincia, imprese nonprofit, volontariato, ecc.).

In base a questa prospettiva, ogni area è governata con un'ottica progettuale¹⁷ che promuove, coordina,

¹⁷ Cfr. per es. Donolo C., *Dalle politiche pubbliche alle pratiche sociali nella produzione di beni pubblici? Osservazione su una nuova generazione di policies*, in “Stato e mercato”, n. 73, 2005, pp. 33-65.

monitora, valuta una serie di interventi (progetti, servizi, prestazioni), si integra con l'azione volontaria presente nel territorio che opera sui medesimi contenuti/fenomeni e ne valorizza le risorse, capacità e motivazioni. Ogni area può interagire con le altre a partire da eventuali aspetti di sovrapposizione, da contenuti e condizioni di vita e di bisogno trasversali, e sulla programmazione di eventuali interventi trasversali alle aree.

In questo modo si intendere facilitare i processi di individuazione di bisogni, obiettivi e priorità, considerando il peculiare ruolo delle famiglie, come attori sociali costitutivi degli ambiti di relazione primaria per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona e della comunità. E nei confronti dei quali il sistema integrato deve promuovere interventi di sostegno alle responsabilità familiari, valorizzando e supportando le iniziative delle persone, dei nuclei familiari e delle loro organizzazioni, le forme di auto e mutuo aiuto e di reciprocità.

La ridefinizione della funzionalità delle aree ha dunque lo scopo di portare gradualmente al centro della programmazione gli interventi di promozione della qualità della vita, prevenzione, sostegno e assistenza, riducendo il rischio della delega senza sostegno, soprattutto nei casi di famiglie in difficoltà. Al contempo, ha lo scopo di sviluppare una logica di forte integrazione interistituzionale e operativo-funzionale tra operatori pubblici, famiglie, terzo settore, soggetti privati accreditati.

Le aree possono essere coordinate da referenti che fanno riferimento all'Ufficio di Piano, mentre l'interazione fra le aree è coordinata, orientata o diretta dall'Udp d'intesa con i referenti.

Le aree devono fondarsi su un minimo di definizione comune dei livelli essenziali di assistenza, dei criteri di accesso, compartecipazione al costo e di gestione, che costituiscono la base dei diritti sociali garantiti da cui promuovere progettualità in grado di sostenere ed eventualmente migliorare questo obiettivo.

I tavoli tematici costituiscono l'ambito di confronto, elaborazione e proposta da cui i referenti e le equipe di lavoro comprese nell'area possono trarre orientamenti, informazioni, elementi conoscitivi e feedback sulla domanda e l'offerta di servizi, i bisogni, i mutamenti in corso, ecc.

In questo modo, lo sviluppo delle aree costituisce la base per favorire apprendimenti di natura tecnica e organizzativa, la costruzione di procedure e lo sviluppo di metodi di lavoro che consentono di affrontare le questioni di natura strategiche, andando oltre il difficile equilibrio basato su continua alternanza fra routine ed emergenze amministrative. Inoltre potrebbe facilitare il passaggio degli apprendimenti e delle buone prassi tra operatori e tra diverse aree, grazie alle azioni formative e di coordinamento che coinvolgono le medesime e che si possono implementare.

Dal punto di vista organizzativo si prevede:

- Si individuerà un referente a livello tecnico e uno a livello politico per ogni area.
- Si individueranno i tavoli tematici sulle aree (valorizzando il percorso di cui al § 2.1).
- I referenti di area e i tavoli tematici monitoreranno i contenuti della programmazione e sostengono l'innovazione coordinati dall'Ufficio di Piano.
- I referenti (tecnici e politici) monitoreranno il livello di integrazione degli interventi e opereranno con l'Ufficio di Piano e con altri referenti per curare gli eventuali livelli di integrazione trasversali tra le aree.
- Le funzioni di programmazione e gestione saranno tenute distinte, per favorire una più chiara espressione dei bisogni, delle aspettative, degli interessi e delle competenze. Le prime faranno ai gruppi di lavoro nelle aree, ai tavoli tematici, al tavolo tecnico e a quello politico. Le seconde faranno capo agli organismi di gestione individuati.
- La gestione associata verrà sviluppata in coerenza alle esigenze di efficacia e di efficienza e al fine di perseguire un processo programmatico coerente con i paradigmi indicati dalle linee regionali in ordine ai principi della L.3/2008: (1) Uniformare l'accesso ai servizi adottando un modello incrementale, che procede dallo sviluppo integrato degli interventi a livello domiciliare e dalla costruzione di una "carta d'ambito" che favorisca la riduzione del c.d. "pendolarismo dell'utenza". (2) Sviluppare il segretariato sociale e l'integrazione socio-sanitaria mirando l'azione dei servizi di base ad una facilitazione dell'accesso, allo sviluppo di un'azione orientativa, ad una più efficace rilevazione della domanda e ad una più efficace presa in carico (Costruendo l'intesa con l'Asl e i punti unici di accesso). (3) Sviluppare il processo di integrazione secondo tre livelli principali: istituzionale (tra enti e istituzioni diversi, comuni, Asl, terzo settore), operativa (in base ad un'ottica progettuale e multidisciplinare) e socio-sanitaria (come integrazione tra politiche in grado di intervenire con situazioni multi-problematiche, le cui necessità non necessariamente trovano riscontri nel disegno istituzionale delle competenze).

3.2 Dati, elementi di verifica e obiettivi strategici delle aree specifiche

Di seguito riportiamo i principali elementi sviluppati dal lavoro di programmazione di ambito sulle singole aree. Per ogni area sono individuati:

- alcuni dati sui servizi assistenziali e socio-sanitari presenti
- gli elementi di verifica emersi dal tavolo del tavolo tecnico
- alcuni elementi di verifica che riassumono, rielaborano e portano a sintesi quanto emerso in termini di verifica e di analisi dalle varie componenti del processo di programmazione (analisi dei dati, tavolo tecnico, tavoli tematici, integrazione socio-sanitaria, leggi di settore, gruppo di coordinamento e ufficio di piano)
- gli obiettivi strategici e di miglioramento.

In allegato al piano sono individuati anche gli attori locali del terzo settore attraverso elenchi organizzati per area di intervento, che aiutano a delineare, pur in modo parziale, un abbozzo di quadro di alcune delle risorse locali non pubbliche.

Prima di entrare nel merito delle singole aree, occorre considerare e commentare alcuni dati sui servizi assistenziali di competenza dei comuni (singoli e associati) che verranno di seguito presentati.

Il metodo seguito ha utilizzato una duplice fonte (schema di rendicontazione e scheda di rilevazione dei servizi, con controllo incrociato). Tuttavia il tentativo di fare una precisa mappatura dell'esistente ha incontrato diversi tipi di difficoltà attribuibili in parte alle questioni organizzative e istituzionali trattate precedentemente che ostacolano la circolazione, il riconoscimento e la condivisione delle informazioni, dei compiti e dei metodi di lavoro (§ 2.1 e 3.1). Occorre inoltre tenere conto che le modalità e i criteri di produzione dei dati sui servizi non sono uniformi nei diversi comuni, come spesso avviene anche al di fuori del distretto n. 5. Infine, proprio per questo genere di difficoltà, si è dovuto ricorrere al solo utilizzo dei dati sul 2007, e non sull'intero triennio, ciò che rende la fotografia prodotta ancora più parziale. Motivo per il quale è importante sottolineare che i dati di seguito presentati sono *indicativi*, come tali si preferisce considerarli – ovvero come *stime* – e come tali verranno trattati nelle pagine seguenti: utili per produrre riflessioni, considerazioni e ipotesi, ma limitati dalle più che probabili imprecisioni dovute ai motivi citati.

Diviene dunque un *obiettivo di miglioramento* del triennio trovare il modo di migliorare la rilevazione e la gestione dei dati, delineando metodi più uniformi e precisi, pur senza necessariamente cambiare gli strumenti già in corso di utilizzo.

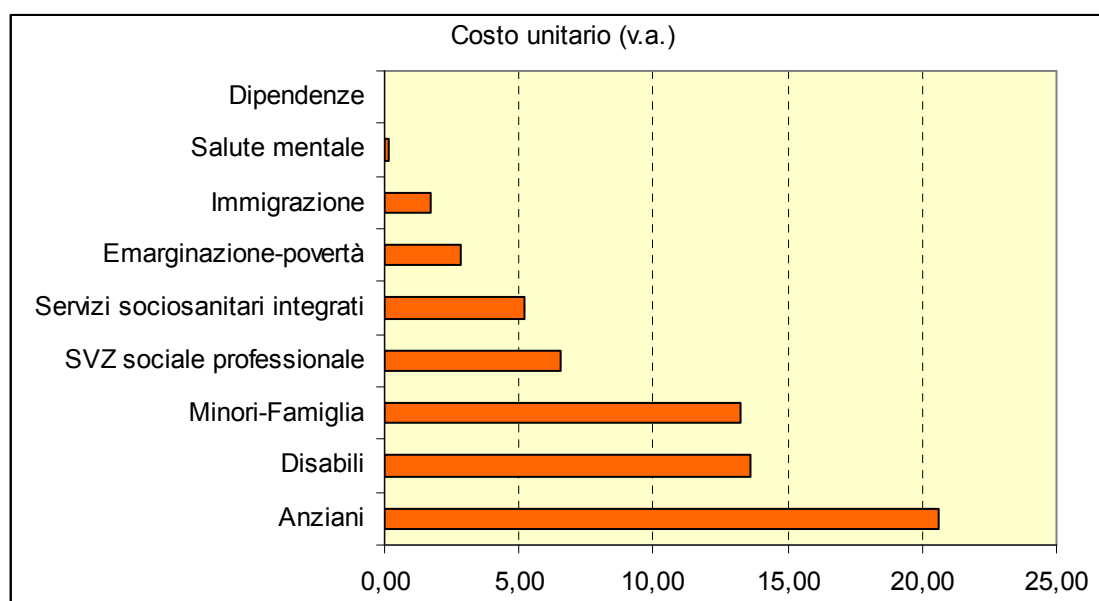


Fig. 3.1 – Costo unitario in rapporto alla popolazione totale del distretto degli interventi per area (Stime - anno 2007)

Entrando nel merito, i dati possono aiutare a svolgere almeno due tipi di considerazioni: sul rapporto tra le aree e sul rapporto tra i comuni.

Relativamente ai primi, la figura 3.1 propone una presentazione della distribuzione della spesa tra le diverse aree calcolata in base al costo unitario (spesa/n. di abitanti) dell'insieme dei servizi. Occorre sottolineare che la spesa in politiche per gli anziani, i disabili e i minori risulta particolarmente legata alla domanda e quindi alla necessità di intervenire a fronte di situazioni di grave disagio che implicano ricoveri, inserimenti in strutture, interventi domiciliari, ecc., cui tutti i comuni sono tenuti a rispondere. Necessariamente, gli eventi che hanno all'origine processi di decadimento, emergenze, segnalazioni, ecc., risultano solo in parte prevedibili e producono un disegno dell'offerta "a posteriori", solo in parte dipendente dalle scelte politiche. In figura 3.2 e 3.3 esempi di stime sull'Area Anziani e disabili con confronti sui valori medi.

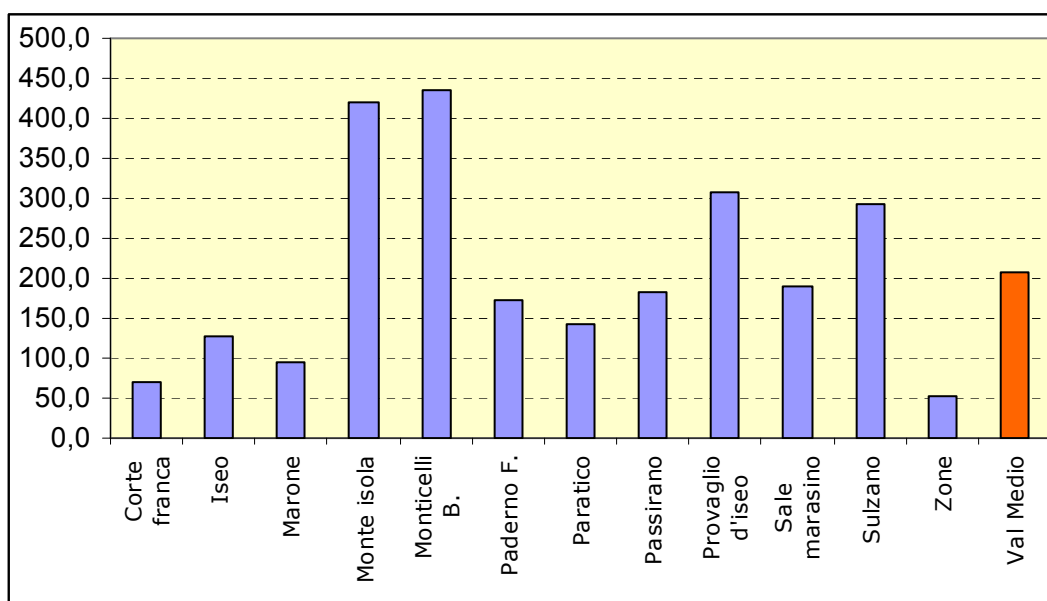


Fig. 3.2 – Numero di accessi per mille abitanti, per comune e valore medio, sull'Area Anziani (Stime - anno 2007)

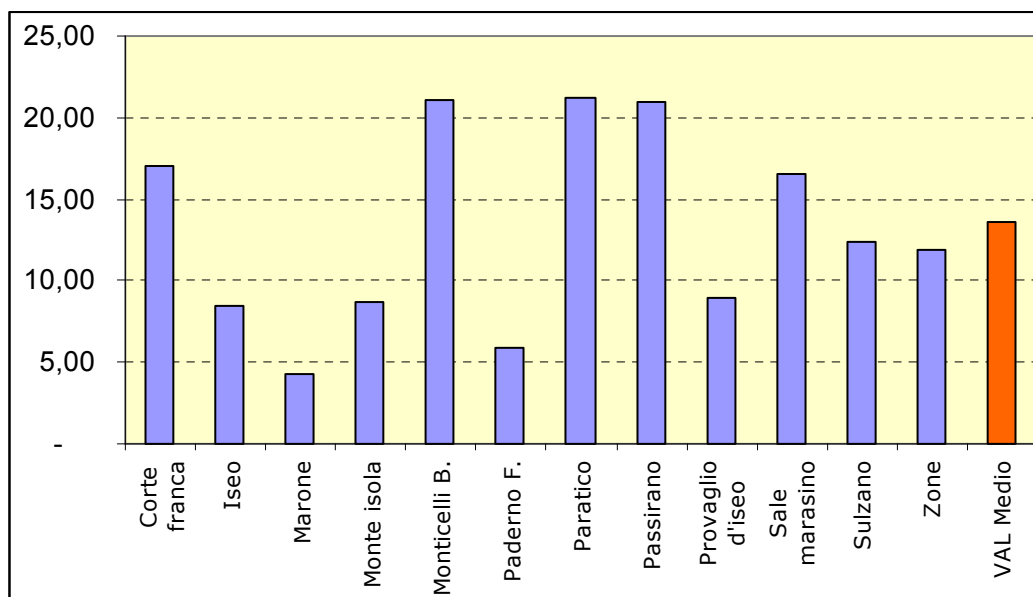


Fig. 3.3 – Costo unitario, per comune e valore medio, sull'Area Disabili (Stime - anno 2007)

Nelle altre aree, dove minor sono i vincoli istituzionali e la consapevolezza dei diritti dei cittadini, e minore è la dipendenza dalle emergenze, i risultati sono un intreccio di fenomeni ed emergenze, interpretazioni soggettive e scelte politiche e di bilancio.

Il dare conto di alcune differenze tra comuni, dovrebbe sottolineare questi vari meccanismi di formazione ed eventuale riconoscimento della domanda e dell'offerta, non per esprimere giudizi, mentre una valutazione richiederebbe altro spazio di tempo e altre modalità, ma per sostenere la necessità di un lavoro che dovrebbe poter avere diversi obiettivi:

- Valutare l'efficacia delle esperienze passate;
- Realizzare un confronto sulle scelte possibili in relazione all'insorgere dei fenomeni in più parti del piano descritte;
- Rinforzare i meccanismi di solidarietà per affrontare sulla base di risorse collettive le situazioni che più o meno imprevedibilmente possono ricadere sui diversi comuni che riguardano sempre e complessivamente l'ambito distrettuale e a questo livello possono trovare risposte più efficaci e ottimali dal punto di vista dell'impiego delle risorse.

3.2.1 Area Anziani

3.2.1.A dati sui servizi dell'area

Tipi di intervento dei Comuni	N. Accessi	N. Accessi / 1000 ab.
Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	418	8,02
Centri diurni per anziani - Centri sociali per anziani	320	6,14
Trasporto sociale	277	5,31
Assistenza Domiciliare (Buoni e Servizi)	227	4,36
Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	163	3,13
Canoni di locazione ed utenze domestiche	74	1,42
Casa Albergo e case di soggiorno	68	1,30
Assistenza economica generica	55	1,06
Telesoccorso e Teleassistenza	54	1,04
Altri interventi residenziali di carattere sociale	32	0,61
Contributi ad Enti / Associazioni	14	0,27
Totale complessivo	1702	32,66

Tab. 3.1 – Numero di Accessi Area Anziani sull'Ambito per tipo di servizi, totale e ogni 1000 abitanti (anno 2007)

Tipi di intervento dei Comuni	CT (%)
Anziani - Servizi di Assistenza Domiciliare	9,6%
Anziani - Centri diurni per anziani - Centri sociali per anziani	5,5%
Anziani - Casa Albergo e case di soggiorno	5,1%
Anziani - Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	5,0%
Anziani - Contributi ad Enti / Associazioni	2,4%
Anziani - Trasporto sociale	2,2%
Anziani - Canoni di locazione ed utenze domestiche	1,0%
Anziani - Buoni per interventi a sostegno della domiciliarità	0,6%
Anziani - Assistenza economica generica	0,4%
Anziani - Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	0,3%
Anziani - Telesoccorso e Teleassistenza	0,1%

Tab. 3.2 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (2007)

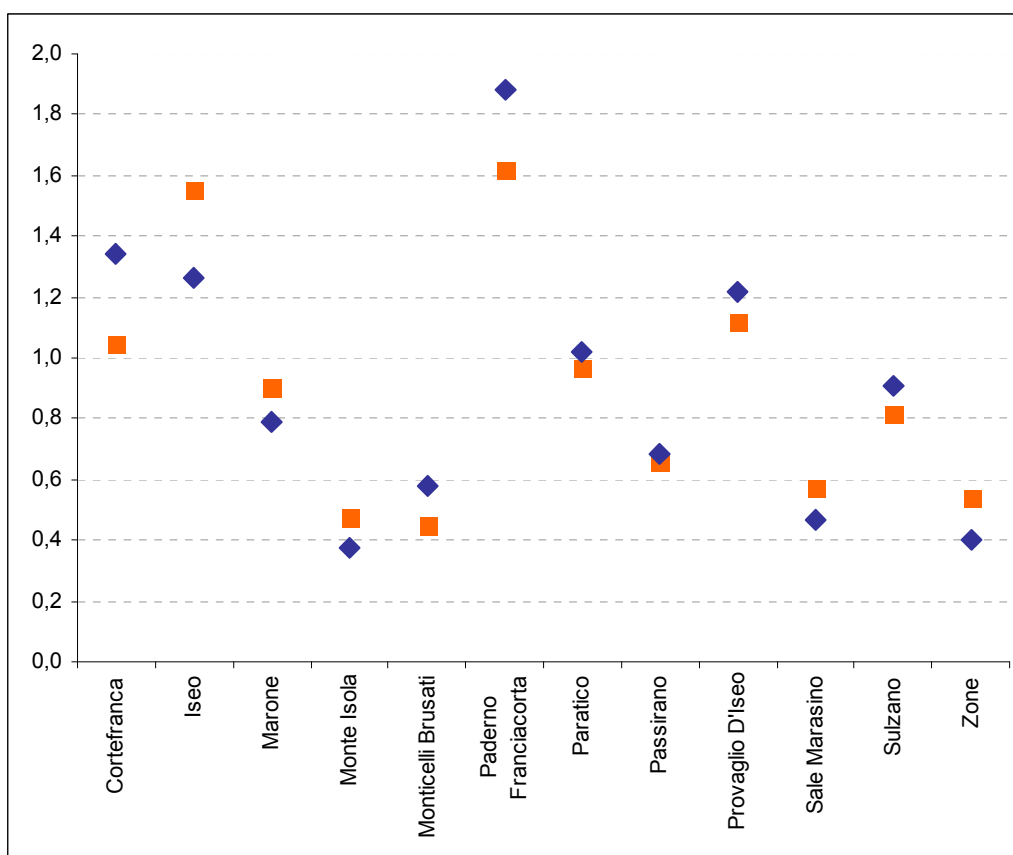


Fig. 3.4 – Spese servizi per l'Area Anziani sull'Ambito per comune in rapporto alla popolazione totale (■) e alla popolazione anziana (◆) (anno 2007)

Azioni in atto in ASL

- UCAM (Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale) dedicata alla valutazione dei bisogni sanitari e socio-sanitari dei pazienti fragili e all'orientamento dell'utenza nella rete dei servizi territoriale.
- Attività infermieristica estemporanea e programmata attraverso operatori ASL assistenza infermieristica e specialistica domiciliare per pazienti terminali e per pazienti affetti da SLA
- Contributo al caregiver di paziente con SLA (500 euro mensili retroattivi dal 1-2008)
- Protocollo per le ammissioni e dimissioni protette.
- Progetto domiciliarità: protocollo operativo per favorire il miglioramento dell'assistenza ed una maggior continuità a favore di anziani e/o malati con bisogni assistenziali
- Protocollo operativo infermieristico per la terapia endovenosa a domicilio.
- Inserimenti in RSA e CDI (protocollo SARA).
- Potenziamento dell'assistenza ai malati con SLA e oncologici terminali.
- Presenza di equipe dedicate al miglioramento degli stili di vita (gruppi di cammino, tabagismo, obesità) e prevenzione degli incidenti domestici.
- Tavolo con la Psichiatria, protocollo d'intesa per la presa in carico e orientamento nella rete territoriale dei soggetti in carico alla Psichiatria.

Tab. 3.3 – Integrazione socio-sanitaria - Area Anziani: Azioni in atto in Asl

3.2.1.B Sintesi dei principali elementi di verifica del tavolo tecnico

	Osservazioni	Punti di forza	Criticità	Obiettivi di miglioramento
Assistenza Domiciliare (Sad e pasti a domicilio)	<p>Il Sad dei comuni è gestito attraverso almeno tre formule diverse: buono mensile, gestione diretta comunale (Con Asa in organico), Attraverso appalto a cooperativa sociale</p> <p>Il servizio pasti è generalmente appaltato a cooperative o altre imprese che gestiscono catering. In alcuni comuni da lunedì a sabato, in altri fino a domenica</p> <p>E' in genere prevista una compartecipazione al costo con criteri diversi per comune</p>	<p>Personale: spesso molta esperienza (ma poca formazione) Sad: 1 ASA in organico (lunga esperienza e ottima conoscenza del territorio)</p> <p>C'è un buon livello di soddisfazione sulla qualità dell'intervento, sia del Sad che la gestione dei pasti</p> <p>Buono sociale favorisce elasticità e costi contenuti</p>	<p>In alcuni casi è sottolineato problema di tariffe alte</p> <p>Il livello di copertura dei comuni è piuttosto diverso, anche per i pasti, dove in maggiore sofferenza sono quelli più isolati geograficamente</p> <p>In qualche caso sembra non emergano domande anche dove i bisogni sono rilevanti. Alcuni tendono a risolvere i problemi in famiglia</p> <p>In qualche caso si rileva la necessità di consolidare modelli di intervento più strutturati da parte degli operatori e di tutelare meglio la privacy</p> <p>Buono sociale pone difficoltà nell'utilizzo non sempre mirato dei contributi</p>	<p>Buono Sociale: meglio andare verso una maggiore voucherizzazione</p> <p>Puntare ad un sistema di Sad unico distrettuale, con budget annuale, costi di compartecipazione uniformi e maggiore flessibilità di utilizzo e condivisione competenze e modelli</p> <p>Sviluppare interventi formativi per il personale a domicilio</p> <p>E' sottolineata la necessità di affrontare il problema dell'assistenza delle persone dializzate</p>
Residenzialità e strutture diurne	<p>Sono in aumento le richieste di ricovero in Rsa, dovute alla dinamica di invecchiamento</p>	<p>C'è un buon livello di soddisfazione per la procedura per i ricoveri e il rapporto con l'Ucam</p>	<p>Ci sono situazioni diverse, tra liste di attesa lunghe e strutture (Cdi o Case Albergo) in parte sottoutilizzate</p> <p>Ci sono problemi di posti e costi delle rette in Rsa che riflettono una situazione più ampia</p> <p>Appare carente una pianificazione e un coordinamento di ambito del sistema che coinvolge i diversi livelli dell'intervento residenziale e semiresidenziale: centri diurni, Case albergo, Rsa, Ricoveri di sollievo, Appartamenti protetti</p>	<p>Migliorare il coordinamento e l'informazione per valorizzare le strutture che ci sono</p> <p>Pianificare il sistema della residenzialità nel quadro della continuità assistenziale</p> <p>Intervenire sul sistema dei trasporti per facilitare l'accesso alle strutture diurne</p>

<p style="text-align: center;">Trasporti</p>	<p>Il servizio di trasporto sociale è utilizzato diversamente: ci sono comuni dove viene offerto solo o prevalentemente per l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie; in altri funziona anche per altri tipi di accompagnamento E' in genere prevista una compartecipazione al costo con criteri diversi per comune</p>	<p>Il servizio è gestito dal volontariato in diversi comuni senza problemi rilevanti. Spesso il servizio si basa su un rapporto stabile fra comune e una o più associazioni In alcuni casi è integrata una modalità a chiamata con una basata sulla programmazione</p>	<p>In alcuni comuni ci sono problemi di organizzazione: es. occorre chiamare i singoli volontari volta per volta, manca continuità e il servizio assume il profilo di un'azione eccezionale. C'è in qualche caso un problema per i <u>trasporti lunghi</u>, dove non sempre c'è un volontariato disponibile se non per i casi eccezionali a scopo terapeutico</p>	<p>Trasporti: Occorre forse più strutturazione In alcuni comuni si sta lavorando per arrivare a definire una convenzione e stanno organizzando il servizio in modo più stabile con le associazioni di volontariato Occorrerebbe forse distrettualizzare parte del servizio</p>
<p style="text-align: center;">Anziani soli</p>		<p>In qualche comune esiste un Servizio di compagnia realizzato attraverso il volontariato e sostenuto economicamente dai comuni</p>	<p>Anziani soli: c'è stato qualche tentativo non riuscito di intervenire con persone che non hanno bisogno del Sad ma vivono in condizione di isolamento In alcuni casi non c'è una rete di mutuo aiuto e risulta difficile la collaborazione reciproca</p>	<p>Si intende promuovere una riflessione su un'ipotesi Sed (Servizio Educativa Domiciliare) Sostenere azioni rivolte al mutuo aiuto e al sostegno reciproco nelle comunità locali</p>

3.2.1.C Principali elementi di verifica complessiva e obiettivi strategici

I servizi rivolti agli anziani sono tra quelli più consolidati nella gestione politica e tecnica delle amministrazioni comunali. Il Piano 2006-08 guardava perciò soprattutto ad uno sforzo di integrazione distrettuale e socio-sanitaria degli interventi di quest'area, individuando quattro principali indirizzi: (1) Consolidare il Servizio Sociale di base per la costruzione di forme di gestione integrata (valido per tutte le aree). (2) Consolidare il Tavolo Area Anziani come osservatorio privilegiato dei bisogni, promuovendo la concertazione partecipata delle politiche. (3) Favorire l'integrazione socio-sanitaria e il lavoro di rete per il sostegno alla domiciliarità e il sostegno dei prestatori di cure. (4) Promuovere lo sviluppo dell'associazionismo come sistema di rete, cercando di promuovere il ruolo attivo della persona anziana.

Di fatto gli obiettivi (1) e (3) rimangono per lo più in campo, anche per il rallentamento del processo di integrazione istituzionale sopra discusso (cfr. 2.1 e 2.2). Mentre per gli obiettivi (2) e (4) il percorso con i tavoli tematici ha prodotto interessanti prospettive su cui continuare a lavorare.

Le principali questioni aperte sui servizi dell'area sono perciò riferite ad un'organizzazione ancora per lo più comunale degli interventi, con molti livelli di differenziazione, nelle modalità di gestione, nei costi, nei criteri e nella compartecipazione e nei livelli di copertura. Che produce difficoltà all'integrazione socio-sanitaria.

C.1 Domiciliarità. Per quanto riguarda gli interventi domiciliari, si mira a sviluppare e migliorare l'integrazione a due livelli:

- (1) Tra i comuni, puntando ad un sistema di SAD unico sul distretto, con budget annuale comune e maggiore flessibilità di utilizzo. Il servizio in gestione associata permette di sviluppare una presenza professionale sul territorio, caratterizzata da maggiore continuità e flessibilità di utilizzo.
- (2) Socio-sanitaria tra comuni e Asl.

Lo sviluppo di un servizio distrettuale ha lo scopo di favorire l'integrazione, perseguendo i seguenti obiettivi:

- un miglioramento dei livelli di conoscenza e comunicazione tra servizi,
- l'identificazione delle rispettive esigenze,
- l'estensione del protocollo sulle dimissioni protette, redatto da Asl e Ao,
- l'attuazione (e l'eventuale concorso alla revisione) dei protocolli in generale,
- lo sviluppo di percorsi formativi (es. per Oss, Asa, Assistenti Familiari, Caregiver informali), in raccordo con l'Asl (ad esempio per estendere al territorio del Distretto 5 le attività di informazione e formazione sui problemi della demenza e dell'alzheimer, e rendere più efficace e rapida la segnalazione e la presa in carico delle situazioni che rivelano i primi sintomi di una patologia in corso).

Attualmente le diverse competenze non si sovrappongono ma faticano a comunicare reciprocamente. In particolare emergono alcune difficoltà a sviluppare una visione condivisa sulla domiciliarità e specifica sulle singole situazioni e ad interagire nella misura necessaria.

Il livello di interazione e conoscenza varia da comune a comune, anche in base a fattori diversi e contingenti, legati al turn-over e alle risorse delle singole amministrazioni. Una situazione, perciò, di relativa fragilità sanabile portando l'interazione al medesimo livello spaziale e istituzionale: quello del distretto socio-sanitario.

C.2 Ricoveri di sollievo. Sul territorio c'è una disponibilità di ricoveri di sollievo, diversamente distribuita per numero di posti e durata delle accoglienze in base alle scelte delle singole Rsa (nel distretto 5, in particolare, le strutture di Sale Marasino, il Guerini, e il Caciama). A Chiari, ci sono 20 posti accreditati per ricoveri di persone affette da Alzheimer (gli unici disponibili per i distretti di Chari, Iseo e Palazzolo). Mentre altri posti accreditati per persone affette da demenza e disturbi del comportamento del territorio sono quelli presso la struttura diurna (Cdi di Passirano, 19 posti di cui 15 accreditati).

Ad oggi il ricorso a tali risorse è prevalentemente gestito in base alle emergenze e alle risorse variamente individuabili dai singoli comuni nel territorio del distretto, della provincia o anche fuori provincia.

Obiettivi di miglioramento:

Nel triennio, l'obiettivo è sviluppare una capacità, a livello distrettuale, di valorizzare al meglio la disponibilità di ricoveri di sollievo e degli altri ricoveri specialistici (in particolare per persone affette da Alzheimer), sulle dimissioni protette e sugli interventi urgenti. Soprattutto per i casi di rapido decadimento, mettendo in rete le strutture residenziali, semiresidenziali e i servizi domiciliari.

C.3 Residenzialità. Sulla residenzialità non sono avvertiti particolari problemi di integrazione socio-sanitaria relativamente ai ricoveri in Rsa (con la presenza dell'UCAM e la lista unica di accesso). Tuttavia si avverte la mancanza di una pianificazione del sistema degli interventi residenziali, basato sui dati demografici che evidenziano la dinamica dell'invecchiamento della popolazione, aggravando perciò problemi maggiormente avvertiti dalle famiglie e dai comuni, quali la lunghezza delle liste di attesa, e il costo delle rette.

Si tratta, in realtà, di una criticità generale per tutta la Lombardia che, d'altro canto, è una regione con ampia disponibilità relativa. L'Asl di Brescia, in particolare, è una delle più ricche di strutture.

Obiettivi di miglioramento:

- (1) Stesura di un piano della residenzialità di distretto.
- (2) Valutazione dell'ipotesi, formulata dall'Asl, di garantire maggiore disponibilità di posti pagando posti con il meccanismo "vuoto per pieno", soprattutto per i comuni che non hanno Rsa, e da utilizzare anche per situazioni contingenti di difficoltà delle famiglie.
- (2) Monitoraggio ed eventuale riflessione congiunta su:
 - Carezza di posti di residenzialità leggera (es. Casa Albergo).
 - Complessità crescente delle situazioni che accedono alle Rsa.
 - Condivisione fra tutti gli operatori delle informazioni sui meccanismi delle liste di attesa.
 - Coordinamento e scambio informazione sull'utilizzo dei meccanismi di prenotazione.

C.4 Alloggi protetti.

(1) Stesura di un piano del sistema degli alloggi protetti, che vada ricompreso all'interno della legislazione regionale nella stesura dei Pgt dei singoli comuni in un'ottica di fabbisogno distrettuale.

C.5 Strutture diurne. Due i temi principali e i conseguenti obiettivi di miglioramento:

(1) Stesura di un piano dei centri diurni integrati di distretto e delle interdipendenze fra queste strutture, quelle residenziali e i servizi domiciliari.

(2) Intervenire sull'accessibilità dei Centri Diurni Integrati, facilitando la mobilità e il trasporto. Il trasporto sociale costituisce un aspetto nevralgico, che pone molteplici difficoltà e rappresenta una risorsa importante per il processo di integrazione del sistema di interventi. Tenuto conto che alcuni servizi non sono organizzati a livello comunale, il trasporto deve essere ripensato distrettualmente, e sostenuto da una maggiore programmazione. L'esempio è quello del Cdi di Passirano, che spesso non è pienamente utilizzato per i problemi di accessibilità che l'attuale organizzazione dei servizi di trasporto non riesce a risolvere.

C.6 Centri Sociali. Il piano prevede una riflessione sull'efficacia dei centri sociali e dei servizi di socializzazione nell'intercettare le situazioni degli anziani soli a domicilio, facendo seguire ai tentativi promossi dai comuni nel passato triennio un'azione più ampia, localizzata nei territori comunali ma sostenuta ed eventualmente coordinata a livello distrettuale. Ci si propone di individuare e promuovere forme di sostegno all'azione volontaria nei territori, e creare le condizioni a sviluppare in futuro interventi di sostegno alle relazioni di auto-aiuto nelle comunità locali (interventi formativi, di supporto e sensibilizzazione).

Alla luce della diversa tipologia di anziani che si va identificando nella società, anche le funzioni dei centri sociali dovranno essere ripensate complessivamente, secondo modelli più dinamici e flessibili.

Attraverso il sistema dei servizi di trasporto facilitare l'accesso ai centri sociali per facilitare l'inserimento nel contesto relazionale e la conoscenza con le strutture in vista di un eventuale futuro accesso e di una riduzione del rischio di un evento traumatico.

C.7 Bisogni. Dall'osservatorio del segretariato sociale è segnalata l'esigenza di individuare modalità più adeguate di rilevazione della domanda non espressa e che, per molteplici fattori culturali e strutturali, non emerge da alcune famiglie e individui.

Obiettivi di miglioramento:

(1) Riorganizzazione del segretariato sociale e del servizio sociale professionale di base deve sollecitare la capacità del distretto in questa direzione, eventualmente promuovendo azioni mirate di conoscenza, ricerca e studio (LR 3/2008 art. 18), e garantendo un'informazione capillare dei servizi esistenti coinvolgendo anche gli attori non pubblici del territorio.

(2) Individuazione di modalità di sostegno dell'impegno di cura delle famiglie nel proprio domicilio, attraverso l'attività formativa e il supporto ai caregiver.

C.8 Integrazione socio-sanitaria. Occorre migliorare l'interazione e la comunicazione fra Asl e comuni.

Obiettivi di miglioramento:

(1) In particolare il piano mira a ristabilire una continuità nelle relazioni fra i diversi livelli implicati (Tavolo zonale, Ufficio di Piano, Tavolo di consultazione del terzo settore, tavoli tematici, segretariato sociale) con i servizi sanitari per garantire la continuità assistenziale.

(2) Dal punto di vista della comunicazione l'obiettivo è arricchire il sistema informatizzato, curando l'aggiornamento sistematico della banca dati per consentire a tutti la conoscenza dei diversi servizi. Creare inoltre anagrafiche aggiornate che consentano la possibilità di avere statistiche puntuali anche sulla situazione dei contributi erogati a diverso titolo ai singoli cittadini.

3.2.2 Area Minori e Famiglie

3.2.2.A dati sui servizi dell'area

Tipi di intervento dei comuni	N. Accessi	N. Accessi / 1000 ab.
Centri ricreativi diurni	540	10,36
Centri di aggregazione giovanile	94	1,80
Assistenza economica generica	52	1,00
Canoni di locazione ed utenze domestiche	40	0,77
Servizio Tutela minorile	35	0,67
Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	34	0,65
Assistenza Domiciliare Minori	26	0,50
Comunità alloggio (per Minori e per Madri e Figli)	14	0,27
Contributi ad Enti / Associazioni	8	0,15
Nidi Famiglia	7	0,13
Cofinanziamento progetti relativi a leggi di settore	6	0,12
Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	4	0,08
Affidi familiari (L. 149/01)	2	0,04
Altri interventi di sostituzione del nucleo familiare	2	0,04
Totale complessivo	864	16,58

Tab. 3.3 – Numero di Accessi Area Minori e Famiglie sull'Ambito per tipo di servizi, totale e ogni 1000 abitanti (2007)

Tipi di intervento dei comuni	CT (%)
Minori-Famiglia - Comunità alloggio (per Minori e per Madri e Figli)	8,53%
Minori-Famiglia - Cofinanziamento progetti relativi a leggi di settore	1,87%
Minori-Famiglia - Centri ricreativi diurni	1,68%
Minori-Famiglia - Servizio Tutela minorile (escluse le rette e quanto già ricompreso nelle altre voci)	1,60%
Minori-Famiglia - Centri di aggregazione giovanile	1,59%
Minori-Famiglia - Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	1,42%
Minori-Famiglia - Assistenza economica generica	1,25%
Minori-Famiglia - Assistenza Domiciliare Minori	0,92%
Minori-Famiglia - Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	0,56%
Minori-Famiglia - Canoni di locazione ed utenze domestiche	0,34%
Minori-Famiglia - Altri interventi di sostituzione del nucleo familiare	0,31%
Minori-Famiglia - Affidi familiari (L. 149/01)	0,24%
Minori-Famiglia - Contributi ad Enti / Associazioni	0,21%
Minori-Famiglia - Nidi Famiglia	0,18%

Tab. 3.4 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (2007)

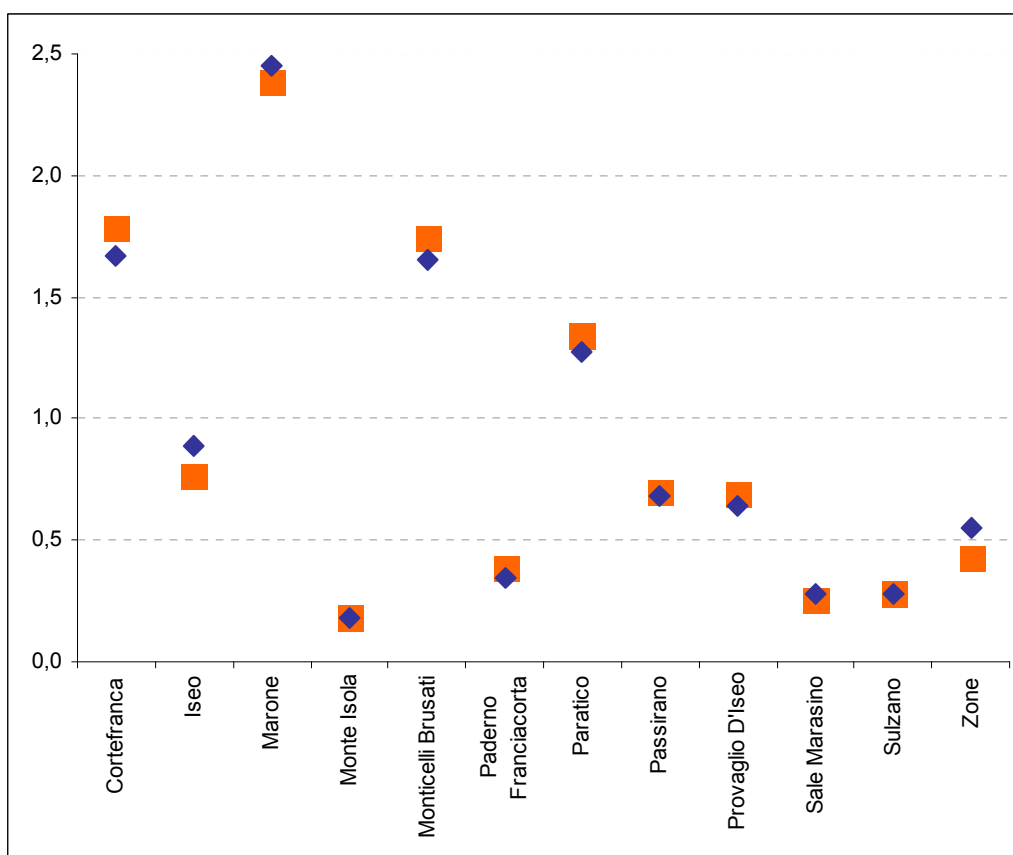


Fig. 3.5 – Spese servizi per l'Area Minori e Famiglie sull'Ambito per comune in rapporto alla popolazione totale (■) e alla popolazione anziana (◆) (anno 2007)

Azioni in atto in ASL	
-	Consultorio familiare: finalità è la promozione e la tutela della salute della donna, del bambino della coppia, della famiglia. Equipe di lavoro formata da ostetriche, assistenti sociali, psicologi e ginecologi (AO Mellino Mellini).
-	Area della prevenzione e salute della donna: diagnosi precoce dei tumori della sfera femminile (pap-test, è stato attivato da maggio 2008 lo screening per tutte le donne dai 25 ai 64 anni su tutto il territorio dell'ambito e la vaccinazione antipapilloma virus (HPV) per le femmine nate nel 1997; visite ginecologiche, consulenza per procreazione responsabile e contraccezione, IVG, menopausa. Incontri sul tema della menopausa.
-	Area della gravidanza: assistenza alla gravidanza fisiologica e a rischio, corsi di preparazione alla nascita per la donna, visita a domicilio dopo il parto, sostegno all'allattamento materno e consulenza di puericultura (spazio aperto settimanale di accesso alle mamme e neonati). Gruppo di massaggio infantile, incontri mensili con le mamme sulle tematiche specifiche dello sviluppo.
-	Area relativa alla famiglia: <i>consulenza socio-psicologica</i> in ordine a disagi personali e familiari e di coppia, sostegno alla genitorialità; <i>consulenza psicologica</i> e <i>sostegno psicologico</i> a adolescenti, adulti, per problemi relazionali, disagi e sofferenze individuali.
-	Adozione: consulenza e valutazione per l'idoneità all'adozione nazionale e internazionale. Percorso post-adoattivo. Sostegno e vigilanza dopo l'arrivo in Italia. Gruppi di formazione per neogenitori adottivi.
-	Area dell'educazione alla salute: realizzazione di progetti di intervento di educazione all'affettività e sessualità in rapporto con docenti studenti e genitori. Partecipazione ai progetti dell'Asl sugli stili di vita "alcol fumo e dintorni". <i>Cic</i> in alcuni istituti superiori. Promozione dei servizi consultoriali e la prevenzione delle patologie femminili a favore delle donne immigrate.
-	Area Tutela minorile: le attività relative ai minori interessate da provvedimenti della Magistratura sono definite tramite protocollo concordato con i Comuni dell'ambito. Gli psicologi dell'Asl effettuano psico-diagnosi e valutazione delle capacità genitoriale e condividono il progetto individuale sul caso.

Tab. 3.5 – Integrazione socio-sanitaria - Area Anziani: Azioni in atto in Asl

anno	UTENZA TOTALE (italiani, stranieri e non rilevati)			SOLO UTENZA STRANIERA			NAZIONALITA' NON RILEVATA		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
2006	310	1.850	2.160	9	214	223	178	165	343
2007	294	1.842	2.136	9	249	258			
2008	271	1.375	1.646	21	230	251			

Tab. 3.6 – Dati utenza del Consultorio familiare (anni 2006-08) – Fonte: Asl di Brescia

3.2.2.B Sintesi verifica del tavolo tecnico

	Osservazioni	Punti di forza	Criticità	Obiettivi di miglioramento
Tutela Minori	Gestito tramite 2 AS (15h + 30h) + coordinatrice - Sono diversi i casi seguiti: molto impegnativa - Si va verso maggiore autonomia rispetto alle AS dei singoli comuni. C'è scambio di informazioni e responsabilità che per ora è ancora dei singoli comuni (AS)	Il servizio funziona piuttosto bene; c'è buon livello di soddisfazione	Risorse sono un po' limitate. Ci sono alcuni piccoli problemi di tempi - comunicazione - interazione tra i diversi attori coinvolti. Comuni molto piccoli, è difficile la tutela della privacy	Occorre centralizzare di più le procedure e limitare/ controllare meglio lo scambio delle informazioni Verificare la possibilità di aumentare le ore a disposizione
Assistenza Domiciliare (Adm)	Udp cura la gestione amministrativa. La parte tecnica e la progettazione è gestita dai singoli comuni in collaborazione con cooperative sociali	In alcuni casi c'è soddisfazione per il lavoro degli operatori. Dipende molto dall'esperienza dei singoli	Qualità dipende forse troppo dall'esperienza dei singoli operatori (educatori). In alcuni casi non sono sufficientemente qualificati. Difficile trovare maschi Anche l'As che segue il caso non sempre ha competenze specifiche Con questo tipo di organizzazione (programmata in base ai casi) forse non c'è un pacchetto sufficiente di risorse (ore) per attrarre educatori esperti	Occorrerebbe un pacchetto sull'anno con numero operatori definito e criteri chiari di implementazione. Per consentire migliore qualità e continuità Eventualmente integrando un pacchetto Adm - Adh
Altro			Comunità: molto alto il costo delle rette per la comunità: il fondo di solidarietà non incide. Questo problema a volte incide sulle valutazioni nei percorsi	Risorse: Tentare di fare una valutazione della spesa guardando allo "storico" di alcuni anni

3.2.2.C Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

Le principali attenzioni su quest'area riguardano l'insorgere di fenomeni non diffusi ma di particolare problematicità all'interno delle famiglie, che suscitano segnalazioni ai servizi e, in alcuni casi, l'intervento del tribunale dei minori (TM). In alcuni dei comuni del territorio il numero di segnalazioni è in crescita: in parte ciò richiama la necessità di ridefinire il legame e le modalità di collaborazione con le agenzie territoriali e, in particolare, le scuole; in parte coinvolge il mutamento del contesto sociale, con famiglie più

piccole e più fragili e la presenza crescente di famiglie straniere. Per queste ultime, i cui processi di integrazione dei figli incontrano diverse difficoltà. Inoltre si segnalano fenomeni di nomadismo, nei confronti dei quali le istituzioni faticano a rapportarsi.

Per il resto non sembra presentare particolare rilevanza il fenomeno della dispersione scolastica (cfr. il rapporto “Il territorio verso nuovi orizzonti”, Sartori 2008), pur se si tratta di un dato da monitorare nel tempo e pur se il territorio presenta alcune sue peculiarità in merito alle carriere scolastiche. Tra queste, in particolare, una certa prevalenza nelle scelte degli indirizzi tecnico-scientifici in rapporto a quelli umanistici. Merita invece particolare attenzione la fascia adolescenziale e la necessità, già richiamata nel precedente piano, di sostenerne i processi di crescita attraverso una presenza relazionale territoriale di figure in grado di sostenerne lo sviluppo personale, l’aggregazione e la partecipazione attiva nel contesto attraverso una propria progettualità.

C.1 Il servizio di tutela minori, cessata da sei anni la delega all’Asl, è gestito dall’Ufficio di Piano, in integrazione con l’Asl per gli interventi psicologici (in base a un protocollo). Rappresenta la più rilevante gestione associata del distretto, con 2 assistenti sociali incaricate per i compiti operativi (rispettivamente a 15 e 30 ore settimanali) e una con funzioni di coordinamento. L’attività risulta di particolare impegno e complessità per la quantità e la multidimensionalità delle situazioni seguite, che appaiono viepiù complesse. Si segnala, d’altro canto, l’emersione di bisogni cui sarebbe importante poter dare risposta attraverso interventi di psicoterapia, e rispetto a cui occorre comprendere quali risorse mobilitare e mettere in campo per dotare il territorio di maggiori opportunità di quelle attualmente presenti. Eventualmente promuovendo una discussione a livello sovradistrettuale.

Da un punto di vista organizzativo e funzionale, il servizio tende verso una maggiore autonomia gestionale dai singoli comuni di residenza dei minori seguiti, pur mantenendo un costante scambio di informazioni e l’attribuzione di responsabilità a questi ultimi.

Tre sono gli obiettivi di miglioramento possibili per il prossimo triennio:

- (1) Individuare e incrementare le risorse dedicate al servizio (con il passaggio a 30 ore la settimana di entrambe le assistenti con compiti operativi)
- (2) Centralizzare maggiormente le procedure e la gestione dei dati sensibili (particolarmente in relazione ai problemi di tutela della privacy dei minori in carico nell’ambito dei piccoli comuni).
- (3) Migliorare l’efficacia e l’efficienza della comunicazione tra gli attori coinvolti: servizio tutela dell’Ufficio di Piano, comuni, Asl, Tribunale dei Minori, rete territoriale. Rispetto all’integrazione socio-sanitaria si segnala la necessità di verifica e aggiornamento costante del protocollo.

C.2 In quanto all’inserimento in comunità dei minori su provvedimento del TM, emerge un grave problema di risorse. In parte per i costi delle rette, rispetto a cui il fondo di solidarietà incide in modo limitato, in parte perché l’utilizzo delle medesime da parte dei singoli comuni rimane parzialmente soggetto a scelte discrezionali delle amministrazioni e, in parte, per l’imprevedibilità degli eventi di allontanamento che in comuni di piccole dimensioni assumono un peso rilevante dal punto di vista economico.

Obiettivi di miglioramento:

- (1) Si propone di effettuare uno studio longitudinale degli inserimenti in comunità nel corso degli ultimi 5 anni, non tanto per costruire previsioni, comunque difficili, quanto per aiutare a disegnare scenari sulla spesa e sui compiti del servizio a supporto della programmazione.
- (2) Si rende necessaria la definizione di criteri che riducano gli spazi di discrezionalità e una probabile maggiore centralizzazione delle funzioni tecniche e politiche connesse agli interventi del servizio tutela.
- (3) Si propone una valutazione di follow-up sui percorsi in comunità alloggio, per definire più puntuali criteri di qualità del sistema.

C.3 L’assistenza domiciliare minori (Adm) risente in parte delle difficoltà di gestione evidenziate per il Sad. L’Adm è infatti un servizio attuato, gestito e finanziato dal Distretto, con la partecipazione dei Comuni. Il Servizio, rivolto non solo ai minori soggetti a provvedimento della Magistratura, ed è finalizzato a prevenire situazioni che richiedano il ricorso alla tutela ed al TM.

Obiettivi di miglioramento:

In questo caso si propone un ulteriore sviluppo dell'integrazione distrettuale del servizio di Adm per tutto il distretto, per garantire flessibilità di utilizzo, continuità al servizio oltre la singola situazione in carico e maggiore competenza alle figure professionali coinvolte.

C.4 Progetti e leggi di settore

I progetti della 285/97 gestiti direttamente dal Distretto e compartecipati economicamente da comuni sono: Sportello Ascolto, Orientamento, Indagine sulla dispersione scolastica.

Obiettivi di miglioramento:

(1) Principale obiettivo è la costruzione di una modalità di lavoro progettuale sull'area (cfr. 2.3.1.B) costruendo le premesse per lo sviluppo di interventi a valenza sovra-comunale o distrettuale ogni volta che ciò si rivela necessario o più efficace. Questo orientamento strategico si è rivelato ancora oggi difficile da assumere da parte degli attori locali, che per il 2009 concorreranno alla realizzazione di interventi prevalentemente municipali. Si tratta di un obiettivo a medio termine da perseguire al fine di ottimizzare le risorse e rispondere alle esigenze sopra citate di una maggiore capacità di intercettare le esigenze della fase di crescita adolescenziale.

(2) Si mira inoltre a definire meglio i rapporti con le scuole per le attività di segnalazione e di comunicazione, chiarendo le forme di collaborazione e i criteri e le priorità di intervento. A tal fine si tratta di mettere in opera alcuni protocolli già esistenti riferiti all'Assistenza ad Personam (cfr. area disabilità) e ai disturbi dell'apprendimento evitando un sovraccarico di richieste frammentate al sistema di interventi socio-sanitari.

(3) Infine occorre trovare modalità di sostegno delle attività culturali ed educative promosse da vari soggetti anche non pubblici del territorio, in grado di coinvolgere adolescenti e giovani attraverso iniziative e progettualità mirate.

C.5 Integrazione socio-sanitaria. L'integrazione degli interventi comunali deve condurre anche in questo caso ad una migliore integrazione con i servizi Asl, a partire dal consultorio familiare, di cui c'è una limitata conoscenza da parte di alcuni comuni (anche per motivi di turnazione del personale).

Obiettivi di miglioramento:

(1) Migliorare opportunità e modalità di collaborazione, sulle funzioni di supporto psicologico e sulla programmazione a attuazione delle attività di prevenzione.

(2) Sviluppare una mappatura costante dei servizi e delle iniziative in corso promosse dai diversi attori.

(3) Implementare rapide modalità di informazione reciproca tra i diversi attori.

(4) Avviare una riflessione e un confronto tra i vari attori in merito alla possibilità di promuovere azioni rivolte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra maternità e lavoro ed azioni a favore delle donne in difficoltà (e di prevenzione e contrasto della violenza contro le donne) (art. 4 LR 3/2008).

3.2.2/II Dipendenze

3.2.2/II.A dati sui servizi dell'area

Tipi di intervento dei comuni	N. Accessi
Cofinanziamento progetti relativi a leggi di settore	nr
Inserimenti lavorativi	nr
Contributi ad Enti / Associazioni	nr

Tab. 3.7 – Servizi nell'Area Dipendenze sull'Ambito (2007)

Tipi di intervento dei comuni	CT (%)
Dipendenze - Inserimenti lavorativi	0,04%
Dipendenze - Contributi ad Enti / Associazioni	0,04%
Dipendenze - Cofinanziamento progetti relativi a leggi di settore	0,03%

Tab. 3.8 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (2007)

Servizi ASL e del Terzo Settore

- Comunità Terapeutiche e Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.T.), rappresentano i servizi specialistici che operano nell'Area delle Dipendenze.
- Le Unità d'offerta delle Comunità Terapeutiche sono diversificate in: Servizi di accoglienza, Servizi terapeutico-riabilitativi, Servizi pedagogico-riabilitativi, Servizi di trattamento specialistico (per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari, per pazienti in comorbidità psichiatrica, per alcol e polidipendenti
- Sul territorio dell'ASL di Brescia sono presenti 22 Comunità Terapeutiche di cui 18 accreditate e 4 autorizzate al funzionamento.
- I Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.T) si occupano di prevenzione, cura e riabilitazione, per prevenire la diffusione dell'uso ed abuso di sostanze legali ed illegali e di intervenire a favore della salute psico-fisica delle persone che presentano questa problematica e delle loro famiglie
- Sul territorio dell'ASL di Brescia sono presenti due Ser.T., il Ser.T. 1 di Brescia ed il Ser.T. 2 di Orzinuovi, ciascuno a sua volta articolato sul territorio in Unità Operative (U.O.) ed Unità Funzionali. (U.F.). Per il Distretto di Sebino: U.O. di Iseo - Ser.T. 2 di Orzinuovi.
- Sul territorio dell'ASL di Brescia è presente un Servizio Multidisciplinare Integrato (SMI) gestito da un'organizzazione di terzo settore. E' un Servizio ambulatoriale accreditato dalla Regione Lombardia che offre gli stessi programmi, attività e prestazioni erogati dai SerT dell'ASL e risponde agli stessi requisiti, sia strutturali che organizzativi. La sede operativa è situata a Ospitaletto.

Tab. 3.9 – Servizi Asl e del Terzo Settore

3.2.2/II.B Sintesi verifica del tavolo tecnico

Per i contenuti della verifica del Tavolo Tecnico sull'Area Dipendenze si rimanda alla relativa scheda del § 2.3 ("L'integrazione socio-sanitaria").

3.2.2/II.C Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

In base alle Linee della Regione Lombardia, all'interno dell'area è inquadrato il sistema di interventi relativo alle dipendenze. L'intervento degli enti locali in quest'area guarda soprattutto alla prevenzione primaria e all'inserimento lavorativo, e si realizza tramite la partecipazione ai progetti di legge di settore (L.45/99), che

vedono la presenza del SerT e del privato sociale, i progetti di inserimento lavorativo e alcuni contatti e collaborazioni con il SerT e con il Servizio Multidisciplinare Integrato (Smi) riferiti ad alcuni casi individuali. Anche in questo caso le situazioni dei comuni sono molto diverse, con diversi gradi di conoscenza e partecipazione, dipendente da molteplici fattori.

Dalla verifica sull'integrazione socio-sanitaria emerge la ricchezza di esperienze, servizi e progetti avviati e in corso e di competenze professionali messe in campo, che si accompagnano alla presenza di ricche esperienze di organizzazioni nonprofit presenti nel territorio impegnate da tempo nell'area delle dipendenze, attraverso la gestione di servizi residenziali e semi-residenziali e di progetti di prevenzione e reinserimento. Si rileva tuttavia una limitata conoscenza reciproca tra i vari attori e, soprattutto, una mancata condivisione della conoscenza del fenomeno e di strategie di integrazione tra gli attori e volte alla prevenzione nel territorio.

La programmazione degli interventi sulla L.45, si sviluppa dunque in un contesto in cui manca una cornice di riferimento, di conoscenze e di modalità di collaborazione, a livello di ambito, in cui è possibile collocare il senso e le aspettative degli attori coinvolti. Tuttavia, facendo leva su una collaborazione piuttosto consolidata tra alcuni attori del privato sociale, il tavolo tecnico (per via di un referente individuato) il SerT e il Dipartimento Dipendenze, ha avuto il pregio di definire un unico progetto distrettuale,

Dal punto di vista dell'integrazione socio-sanitaria, viene dunque stabilito un unico obiettivo per il triennio: migliorare il raccordo e l'integrazione tra le azioni promosse dai diversi enti, attraverso:

- il miglioramento delle procedure di attuazione e informazione;
- l'organizzazione di incontri periodici di condivisione delle linee generali dei piani annuali di educazione alla salute;
- il miglioramento e la condivisione delle conoscenze e l'eventuale costruzione di banche dati;
- la valutazione congiunta annuale sui bisogni e sull'attuazione della programmazione;
- la continuità nell'attivazione di collaborazioni per le attività di prevenzione.

Dal punto di vista della progettazione specifica, questa si muove sempre più verso una costruzione distrettuale, per agire in coerenza a dinamiche e fenomenologie locali (di spostamento, di aggregazione, di usi, di culture e relazioni, ecc.) che non si determinano nel contesto limitato dei confini amministrativi municipali: emergono attraverso la presenza e lo spostamento di persone e gruppi di pari presso alcuni luoghi e punti di incontro, e si possono intercettare e coinvolgere anche presso istituzioni di riferimento non necessariamente a carattere comunale (es. le scuole).

Si intende perciò, nel corso del triennio, creare le basi per allargare il raggio d'azione nel territorio del distretto, coinvolgendo più gruppi e individui (adolescenti, giovani e famiglie) cercando comunque di concentrare e ottimizzare l'uso delle limitate risorse. Ad esempio guardando agli abitanti di territori oggi in parte scoperti che è possibile intercettare attraverso la scuola, le sedi scolastiche, le famiglie ad esse connesse e attraverso interventi in altri ambiti di tempo libero.

Per rinforzare questa prospettiva, soprattutto a partire dal 2010, si intende individuare le risorse per sviluppare la rete tra gli attori già coinvolti nella progettazione e gli altri soggetti locali pubblici e privati e le famiglie. Dando riferimenti organizzativi distrettuali al lavoro degli operatori sul campo (di coordinamento, formativi, di confronto, di reazione interorganizzativa e socio-sanitaria, ecc.), sviluppando modalità di comunicazione/restituzione continuativa con tutti i comuni del distretto e intensificando il livello di interazione con l'organismo politico distrettuale (Assemblea dei Sindaci).

Di qui il tentativo di superamento del rischio di frammentazione delle azioni, sviluppando le medesime su un piano che, per quanto circoscritto dalle risorse, risulti più complessivo e sinergico, prevedendo interventi (in coerenza con le linee guida regionali di cui alla DGR n. 6219 del 19.12.2007) di: (1) prevenzione delle diverse forme di dipendenza tra preadolescenti e adolescenti; (2) educazione e sostegno relazionale, anche mirati a prevenire il bullismo, promuovere conoscenza consapevolezza e informazione condivisa e cultura della legalità; (3) azioni di raccordo e coordinamento tra le varie iniziative e di confronto culturale e di approccio al tema delle dipendenze.

3.2.2/II.C.1 Il progetto L.45/99 anno 2009

Nel triennio 2005/2007 e, come continuità nel 2008, nel territorio del distretto è stato realizzato un intervento di prevenzione trasversale alle fasce d'età individuate come target privilegiato (14/35 anni) attivando azioni mirate in contesti significativi e sensibili: parrocchie, scuole, aziende, luoghi informali, locali notturni.

Il progetto *prevenzione delle dipendenze nelle diverse fasi della vita* (anno 2008), in particolare, ha prodotto:

- una ricerca sociale il cui obiettivo era conoscere opinioni, modi di pensare, di sentire e di agire dei lavoratori sulla tossicodipendenza, da cui sono state promosse azioni di tipo formativo e informativo rivolte, in particolare, ai dipendenti di una grande azienda del territorio.
 - una serie di report contenenti esiti di questionari di gradimento e autovalutazione di impatto del progetto.
- Durante il periodo di attività del progetto sono inoltre state rilevate una serie di considerazioni sullo stato del fenomeno e alcune richieste, che vengono di seguito riportate.

In primo luogo, in relazione al fenomeno emergono le seguenti considerazioni:

- Si segnala un incremento del numero di pre-adolescenti che si avvicinano al mondo delle sostanze psicotrope, a partire dal fumo e dall'alcol.
- E' sottolineata la presenza diffusa, pur se spesso "sommersa" del bullismo (rispetto a cui gli interventi previsti mirano a sostenere l'assunzione di responsabilità tra i coetanei e ad agire a livello di classe e del sistema scolastico nel suo complesso).
- Si rileva notevole prossimità e facilità al consumo di alcolici e sostanze rispetto a cui appare difficile effettuare interventi che possano contenere i consumi con risultati a breve termine.
- Emerge anche come la conoscenza di ragazze e ragazzi su sostanze e aspetti correlati, sulla sessualità e sui comportamenti a rischio sia sommaria.

L'intervento in quest'area deve inoltre tenere conto di alcune condizioni e aspettative che possono tradursi in altrettante risorse per sviluppare adeguate risposte al fenomeno:

- il bisogno, da parte di adolescenti e giovani, di interazione emotiva con gli adulti, di riflessione sul sé;
- la possibilità di costituire contesti semi strutturati e spazi di espressione del sé anche attraverso strumenti creativi e artistici (musica, danza, ecc.);
- la necessità da parte degli adulti di acquisire informazioni corrette sul tema e strumenti, conoscenze e pratiche per affrontare i problemi che nascono nella relazione con i figli e il mondo giovanile e adolescenziale in genere.

Da cui si individuano alcune linee guida degli interventi sull'area:

- Promuovere approfondimenti e attività formative sulla relazione d'aiuto, sulle sostanze stupefacenti e sui servizi territoriali dedicati.
- Sviluppare una continuità informativa sul territorio sul tema delle dipendenze.
- Realizzare forme di "presidio", di presenza educativa, relazionale e di sostegno nel territorio, al fine di prevenire le dipendenze.
- Mantenere e sviluppare la rete degli attori per dare continuità alla capacità di rispondere alle esigenze emergenti, anche con l'unità operativa di prevenzione del Ser.T. 2 di Palazzolo.

Il progetto L.45/99 anno 2009 definisce alcune aree di intervento specifiche, per i cui dettagli si rimanda alla scheda di presentazione del progetto medesimo:

1. *Area d'interesse pre-adolescenti*: Interventi di prevenzione e informazione sulle tematiche relative all'età della pre-adolescenza nella scuola secondaria inferiore. Finalità: Promozione di percorsi informativi e formativi integrati rivolti ai ragazzi e agli adulti di riferimento per accrescerne le competenze sociali, relazionali ed affettive e la capacità di rilettura di alcune situazioni.
2. *Area d'interesse all'adolescenza e giovani*: Interventi di prevenzione, informazione e formazione nei locali notturni, rivolto ai fenomeni di consumo di alcol e sostanze stupefacenti, anche con lo scopo di offrire contatti e opportunità sul territorio utili nel percorso di crescita.
3. *Area d'interesse trasversale adolescenti, giovani, adulti*: Intervento per la prevenzione dell'uso di sostanze nel mondo del lavoro.
4. *Area d'interesse trasversale adolescenti, giovani, adulti*: Interventi di prevenzione nel tempo libero, mirati a rafforzare i fattori protettivi e inclusivi a livello individuale e nel contesto, favorendo la partecipazione di ragazze e ragazzi alla vita comunitaria.

3.2.3 Area Emarginazione - Povertà':

3.2.3.A Dati sui servizi dell'area

Tipi di intervento dei comuni	N. Accessi	N. Accessi / 1000 ab.
Canoni di locazione ed utenze domestiche	177	3,40
Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	62	1,19
Assistenza economica generica	12	0,23
Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	5	0,10
Contributi ad Enti / Associazioni	5	0,10
Servizi di accoglienza diurni/notturni	2	0,04
Totale complessivo	263	5,05

Tab. 3.10 – i Accessi Area Emarginazione e NP sull'Ambito per tipo di servizi, totale e ogni 1000 abitanti (2007)

Tipi di intervento dei comuni	CT (%)
Emarginazione-povertà - Canoni di locazione ed utenze domestiche	2,80%
Emarginazione-povertà - Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	1,15%
Emarginazione-povertà - Assistenza economica generica	0,18%
Emarginazione-povertà - Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	0,13%
Emarginazione-povertà - Contributi ad Enti / Associazioni	0,13%
Emarginazione-povertà - Servizi di accoglienza diurni/notturni	0,03%

Tab. 3.11 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (anno 2007)

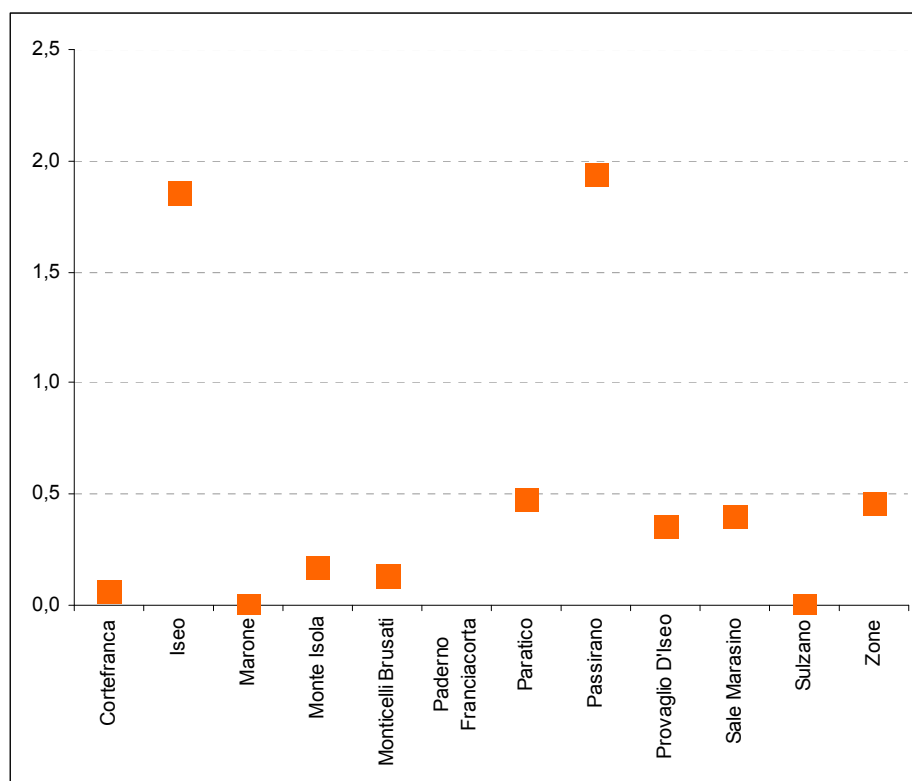


Fig. 3.6 – Spese servizi per l'Area Emarginazione e Nuove Povertà sull'Ambito per comune in rapporto alla popolazione totale (■) (anno 2007)

3.2.3.B Sintesi verifica del tavolo tecnico

Osservazioni	Punti di forza	Criticità	Obiettivi di miglioramento
<p>I comuni stanziavano un budget a inizio anno ma nel corso dell'anno possono intervenire molteplici fattori che richiedono sensibili incrementi, fino a triplicare e oltre il budget iniziale, anche per una singola situazione di difficoltà economica per cui occorre intervenire)</p> <p>Tendenzialmente i contributi sono solo finalizzati. Altre risposte sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - voucher alimentari, medicinali, ecc. - distribuzione pacchi - invio alle organizzazioni di Terzo Settore - Garantire Asilo (e mensa) per i bambini <p>Diversi comuni partecipano al bando sull'affitto oneroso della regione Lombardia che implica un significativo co-finanziamento comunale</p> <p>Da quando si è diffusa la voce dell'esistenza delle attività e organizzazioni di distribuzione di cibo è notevolmente incrementata la domanda delle famiglie, soprattutto nel 2008, e soprattutto di famiglie con figli minori (fino a 40 domande in un anno in un solo comune di medie dimensioni nel distretto).</p> <p>Qualità e quantità della domanda in quest'area è completamente mutata nel corso del 2007 e del 2008</p>	<p>Ci sono diverse organizzazioni attive nella distribuzione di cibo (ma sarebbe un'attività da coordinare a livello distrettuale)</p> <p>Lavoro: alcune collaborazioni con il Centro per l'Impiego, e con alcune agenzie interinali</p> <p>Alcuni comuni hanno contrattato con alcune cooperative di tipo B percorsi di inserimento lavorativo</p>	<p>Sostegno economico: sono in notevole aumento le richieste dovute a perdite di reddito da lavoro (chiusura aziende, CIG, contratti a termine non rinnovati). Un segnale già attivo nel 2007 e molto incrementato in questi ultimi mesi. Si prevede un ulteriore peggioramento nei primi mesi del 2009</p> <p>Crescenti domande agli sportelli del segretariato sociale riguardano: cibo, vestiti, bollette, mutuo, affitto (es. anticipazione contributo regionale), rette nido e costi asilo d'infanzia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erogazione di contributi economici: situazione diversa per ogni comune, modalità e criteri diversi. <p>Casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non c'è disponibilità ERP - Ci sono più case all'asta per sfratti - I Mutui in qualche caso pongono difficoltà di accesso o mantenimento (es. famiglie extracomunitarie con molti figli) 	<p>Coordinare a livello distrettuale le attività di distribuzione di cibo</p> <p>Rivedere il sistema delle politiche passive dei contributi economici e intervenire sulla frammentazione delle medesime</p> <p>Sviluppare ipotesi di politiche distrettuali di area, in base ad una logica progettuale</p> <p>Rivedere il ruolo degli enti locali in relazione alle politiche attive, a partire dalla restituzione delle attività in delega di inserimento lavorativo (NIL)</p> <p>Sviluppare una rete con gli attori delle politiche attive e con gli attori economici del territorio</p>

3.2.3.C Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

L'area emarginazione e nuove povertà è una di quelle di maggiore attenzione del piano (cfr. anche § 1) e come, in parte, per l'immigrazione, nell'attuale contingenza unisce la duplice caratteristica di emergenza del fenomeno, in termini quantitativi oltre che qualitativi, e di mancanza di sistematicità e consolidamento dell'intervento assistenziale. Un problema determinato in parte dalla regolazione politica nazionale e in parte dalla frammentarietà del sistema di interventi locale. La spesa e la definizione degli interventi per ogni

comune risulta molto varia, gestita principalmente per via dei singoli comuni con interventi di tamponamento delle situazioni di maggiore difficoltà. Queste appaiono in enorme crescita producendo un fenomeno parzialmente nuovo che si traduce in un forte incremento della domanda presso gli uffici del segretariato sociale. Ciò che ha caratterizzato parte del 2007 ed ha conosciuto un deciso salto di qualità a partire dalla seconda metà del 2008, per gli effetti della crisi tuttora in corso e che interesserà verosimilmente almeno tutto il 2009.

Nel piano 2006-08 si segnalava come le nuove richieste che giungevano ai servizi sociali del distretto 5 avevano cessato di essere di esclusiva provenienza di famiglie indigenti, di giovani in difficoltà nella ricerca del primo impiego o di persone coinvolte in percorsi di grave emarginazione. Si segnalavano i primi accessi di persone definite "ex benestanti", o comunque, occupate, eventualmente con famiglia, ma la cui traiettoria di vita aveva iniziato ad assumere un profilo di rischio di esclusione: a partire dalla perdita dell'occupazione, di un'attività imprenditoriale, di difficili vicende familiari o di problemi sanitari. Situazioni che richiedevano un intervento istituzionale volto a contrastare un accelerato processo di impoverimento ed esclusione.

Nell'ultimo periodo, tuttavia, questo fenomeno ha conosciuto un salto di qualità, non coinvolgendo più situazioni individuali, per quanto non insignificanti dal punto di vista numerico, ma riguardando la realtà collettiva di una fetta di popolazione coinvolta dalla crisi economica e dalle conseguenti difficoltà per il tessuto produttivo locale.

Le domande che si presentano ai servizi (cfr. la tabella con i dati di verifica) sono infatti spinte da crescenti eventi di perdita del lavoro per chiusura delle aziende e mancato rinnovo dei contratti a termine, o di avvio della cassa integrazione. Eventi che incidono su situazioni familiari basate su delicati equilibri economici, per i costi dovuti all'abitazione, ai consumi, alle rette per gli asili nido e/o per eventuali indebitamenti pregressi.

Ad oggi i comuni non appaiono in grado di far fronte efficacemente al fenomeno, in parte per l'assenza di una politica nazionale adeguata¹⁸, in parte perché hanno a disposizione pochi strumenti e risorse di natura assistenziale e dispongono di limitate competenze nelle politiche del lavoro. I comuni non possono giocare un ruolo sostitutivo della politica nazionale. Tuttavia devono trovare le modalità per fronteggiare una crescente dinamica di impoverimento che unisce eventuali difficoltà e situazioni di deprivazione culturale e sociale, condizioni di fragilità sul mercato del lavoro (per titoli, qualifiche, età, dimensioni e varietà dei network di riferimento) a situazioni di crescente difficoltà economica. Le strategie qui indicate hanno lo scopo di portare verso una maggiore razionalizzazione e incisività della spesa, e una maggiore capacità di operare in rete con gli attori delle politiche che guardano allo sviluppo locale e all'avviamento al lavoro.

Un orientamento strategico che però dipende dalla trasformazione del servizio sociale professionale attraverso una gestione associata in grado di implementare una disponibilità qualitativamente e quantitativamente più ampia di strumenti e di competenze, di ottimizzare le risorse e di produrre un lavoro di equipe intorno al fenomeno e alle situazioni da seguire.

Obiettivi di miglioramento:

C.1 In primo luogo, si rende necessaria una maggiore **razionalizzazione dell'azione assistenziale** e una definizione di standard minimi o essenziali di intervento con budget previsionali annuali. In particolare occorre andare verso una maggiore omogeneità dei criteri di accesso, una chiara distinzione e tipologizzazione tra interventi di sostegno del reddito di carattere generalista (oggi quasi assenti), interventi urgenti di contenimento delle situazioni di emergenza, e interventi economici finalizzati (per l'affitto, gli alimenti, le utenze, le rette dell'asilo, ecc.). Potendo in questo modo, gli stessi, svolgere funzioni diverse, più mirate ed efficaci nell'intervento dei comuni con le situazioni individuali.

C.2 Si propone, inoltre, di introdurre una **logica progettuale** nell'intervento assistenziale, finalizzato a contrastare effettivamente i rischi di impoverimento ed esclusione e ad accompagnare i percorsi di inserimento e sostegno. Per evitare il rischio della cronicizzazione e più gravi effetti di impoverimento conseguenti la minore capacità di produrre reddito da lavoro in misura crescente.

C.3 L'intervento assistenziale dovrebbe assumere inoltre una **logica maggiormente attiva**, soprattutto in ordine alla definizione di possibili percorsi progettuali (e procedurali) su due temi fondamentali: il rapporto

¹⁸ L'Italia è uno degli unici tre paesi nell'Europa a 27 a non disporre di una misura universale di sostegno del reddito.

assistenza- abitazione, e il rapporto assistenza-lavoro (dove, a livello provinciale, è in corso di definizione il futuro del NIL, in seguito alla restituzione dei servizi in delega all'Asl a partire dal 2010).

(a) Per quanto riguarda la casa si rende necessario un investimento a medio-lungo termine in progetti di housing sociale in grado di valorizzare l'eventuali disponibilità di immobili sul territorio, di cui è obiettivo primario costruire un'azione di monitoraggio. Tali progetti possono guardare a due differenti tipi di esigenze:

(i) situazioni di grave emarginazione o di particolare disagio sociale (es. ex detenuti, o persone in reinserimento da strutture residenziali socio-sanitarie); (ii) situazioni di rischio di esclusione sociale che coinvolgono individui e famiglie che devono trovare modi alternativi al mercato privato per risolvere il problema abitativo in periodi di particolare difficoltà. Ciò, eventualmente, contestualmente ad un intervento istituzionale di tipo assistenziale e/o lavorativo.

(b) In ambito lavorativo, le strategie definite guardano a processi che intervengono a livelli diversi del sistema istituzionale locale, di cui i comuni in forma associata possono farsi promotori e/o partecipanti attivi in collaborazione con altri soggetti.

- Il primo riguarda il NIL (Nucleo Inserimenti Lavorativi) la cui delega all'Asl cessa a fine 2009. La riprogettazione e ridefinizione istituzionale del servizio è in corso a livello di tavolo centrale di coordinamento degli uffici di piano della provincia. Tale processo può consentire innovazioni strategiche sostenute dal presente piano di zona su due livelli: sul modello di collaborazione e integrazione tra funzioni assistenziali dei comuni e percorsi di inserimento; sulla definizione delle competenze, dei destinatari e dei compiti, per cui può essere previsto un ampliamento verso le situazioni di rischio di esclusione sociale e di disagio non certificato, compreso il reinserimento delle persone ex detenute in carcere, che sempre più caratterizzano le domande di intervento dei comuni attraverso il segretariato sociale.

- Il secondo riguarda l'integrazione con i servizi per il lavoro e la formazione professionale della provincia attraverso lo sviluppo di accordi distrettuali, sistemi informativi, di invio, ecc., e attraverso azioni progettuali ad hoc rispetto a cui la partecipazione dell'ambito dei comuni può favorire il radicamento territoriale, l'invio e l'accesso di persone coinvolte in situazioni di disagio e difficoltà e l'integrazione (coordinata) dell'intervento assistenziale con i percorsi di avviamento formativo, professionale e al lavoro (es. nei casi di riqualificazione professionale per soggetti adulti). A questo livello possono essere pensate le misure di contrasto della dispersione scolastica (che non sembra costituire un dato allarmante nel distretto) non solo con obiettivi di prevenzione.

- Il terzo riguarda l'interazione con il mondo della produzione e la gestione di un sistema informativo che coinvolge, attraverso accordi, le imprese, le cooperative di inserimento lavorativo e i servizi per il lavoro sugli andamenti del mercato, i fattori di trasformazione, la congiuntura e le crisi aziendali, e l'eventuale (futuribile, ma per cui si intende iniziare a porre alcune condizioni sul terreno) costruzione di intese per gestire situazioni particolari e ricercare finanziamenti sul territorio, anche a livello sovra-distrettuale.

- Il quarto riguarda le limitate, ma comunque presenti, possibilità di creazione di posti di lavoro per percorsi di reinserimento con il concorso della cooperazione sociale e attraverso la gestione servizi di pubblica utilità; ciò in connessione con eventuali progetti di sviluppo e tutela del territorio promossi da varie agenzie, anche a livello sovra-distrettuale.

C.4 L'ultima ipotesi strategica riguarda l'attività di **Prevenzione**, che non può incidere sull'attuale contesto di crisi ma rappresenta un'importante azione di contrasto ai rischi di esclusione e impoverimento degli attuali e futuri lavoratori (giovani e donne, in particolare). In questo ambito si possono considerare azioni diverse, tra interventi di sensibilizzazione e sviluppo delle conoscenze, a interventi di comunità a sostegno dei legami di auto aiuto tra individui, famiglie e gruppi locali, al coordinamento delle azioni di sostegno ai percorsi di istruzione e formazione, che rappresenta tuttora il più forte fattore preventivo dai rischi di esclusione.

C.5 Per quanto riguarda gli interventi nell'**area carcere**, si rimanda a quanto in corso a livello sovradistrettuale attraverso l'azione del Coordinamento provinciale degli Uffici di Piano.

3.2.4 Area Immigrazione:

3.2.4.A dati sui servizi dell'area

Tipi di intervento dei Comuni	N. Accessi	N. Accessi / 1000 ab.
Canoni di locazione ed utenze domestiche	94	1,80
Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	29	0,56
Assistenza economica generica	10	0,19
Mediazione culturale	7	0,13
Contributi ad Enti / Associazioni	2	0,04
Trasporto sociale	1	0,02
Totale complessivo	143	2,74

Tab. 3.12 – Numero di Accessi Area Immigrazione sull'Ambito per tipo di servizi, totale e ogni 1000 abitanti (2007)

Tipi di intervento dei Comuni	CT (%)
Immigrazione - Canoni di locazione ed utenze domestiche	2,04%
Immigrazione - Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	0,24%
Immigrazione - Assistenza economica generica	0,21%
Immigrazione - Contributi ad Enti / Associazioni	0,10%
Immigrazione - Mediazione culturale	0,05%
Immigrazione - Trasporto sociale	0,02%

Tab. 3.13 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (2007)

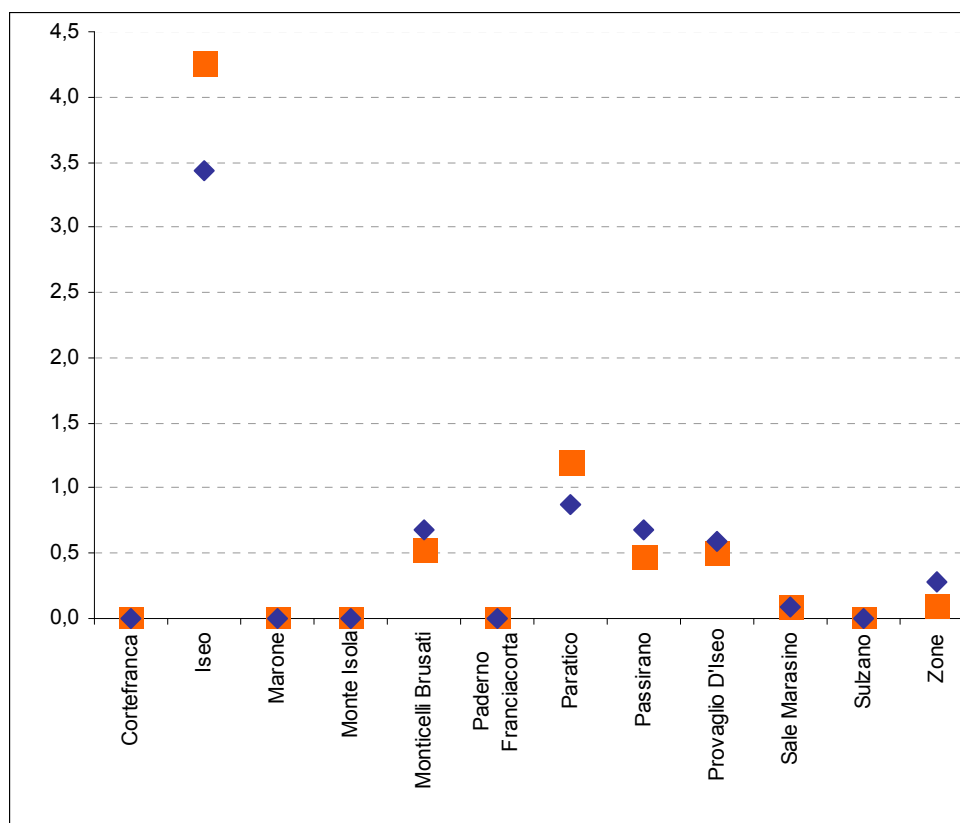


Fig. 3.7 – Spese servizi per l'Area Immigrazione sull'Ambito per comune in rapporto alla popolazione totale (■) e alla popolazione anziana (◆) (2007)

3.2.4.B Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

Oltre ai dati demografici che sottolineano il fenomeno in crescita (§ 1.2) non emergono molti altri elementi di osservazione e comprensione del fenomeno di cui, un'indagine recentemente condotta nel territorio, ne ribadisce gli elementi di generalità e diffusione.

Le osservazioni informali rilevate attraverso la verifica del piano, oltre a ribadire l'importanza del tema per il territorio del Sebino, ne sottolineano alcune peculiarità, non solo in quanto area di intervento istituzionalmente definita, ma anche come fattore di differenziazione dei modelli relazionali tra servizi e cittadini nelle diverse aree (es. disabilità e salute mentale), dove l'interazione con culture diverse pone differenti condizioni all'efficacia degli interventi.

In generale si possono fare le seguenti considerazioni:

- Non si rileva una significativa politica sull'immigrazione a livello distrettuale in area assistenziale. Gli interventi attuali realizzati con i fondi di bilancio o con fondi regionali (fondo sostegno affitti) sono prevalentemente di sostegno economico e riguardano criteri ed oggetti dell'area precedentemente discussa.
- Pochi comuni dichiarano interventi in corso specificatamente diretti a favorire l'integrazione attraverso azioni di mediazione linguistica e culturale.
- Tramite le leggi di settore (L. 40/98) con finanziamento congiunto tra fondi della L. 40 e compartecipazione alla spesa della Comunità Montana (che è l'ente proponente e capofila del progetto) sono stati aperti e gestiti gli sportelli informativi che fungono da punto di riferimento soprattutto sugli aspetti legali e formali connessi ai permessi di soggiorno, alla ricongiunzione familiare, al lavoro e ad altre informazioni a cui accedono, o con cui hanno rapporti, tanto le persone migranti, quanto i servizi e gli enti locali, pubblici e privati, e gli imprenditori locali.

Dalla gestione degli sportelli, nasce l'ipotesi di rilanciare l'attività informativa integrandola con interventi finalizzati, da un lato a promuovere e favorire l'integrazione e la mediazione linguistica e culturale, dall'altro a sostenere l'inserimento delle persone migranti nel contesto socio-economico (scuola e lavoro, in particolare) e, dall'altro ancora, a promuovere una maggiore sensibilità culturale e innalzare il profilo delle competenze presenti sul territorio.

Si intende, in quest'ottica, intervenire in modo coordinato sulle priorità finalizzate all'integrazione: apprendimento della lingua, interventi nelle scuole e nei presidi istituzionali frequentati dalle famiglie straniere, mediazione linguistica, mediazione culturale, emergenze abitative, inserimento lavorativo; mediazione culturale per favorire il reinserimento delle persone ex detenute in carcere.

Da cui, sono due le priorità individuate (obiettivi di miglioramento) in un quadro che prevede l'assunzione di una politica distrettuale sull'immigrazione che ad oggi, riguarda quasi il 10% della popolazione residente.

B.1 Sviluppare un **osservatorio qualitativo** del fenomeno, rendendo più sistematiche e connesse in rete i dati e gli elementi di conoscenza che i diversi attori raccolgono attraverso la propria attività caratteristica, e promuovere e sostenere l'elaborazione di strumenti di diffusione e modalità di analisi e co-progettazione.

B.2 Sviluppare strumenti per favorire l'**accesso** delle persone migranti ai servizi delle varie aree di intervento, accompagnando l'interazione con le istituzioni ordinarie dove le differenze culturali mettono in discussione le premesse consolidate e gli strumenti ordinari di intervento (come nel caso della disabilità, e della salute mentale).

3.2.5 Area Disabilita'

3.2.5.A dati sui servizi dell'area

Tipi di intervento dei Comuni	N. Accessi	N. Accessi / 1000 ab.
Trasporto sociale	51	0,98
Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	36	0,69
Centri Socio Educativi - CSE	32	0,61
Servizio Inserimento lavorativo	24	0,46
Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	23	0,44
Servizi di formazione all'autonomia - SFA	19	0,36
Assistenza economica generica	12	0,23
Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili	11	0,21
Altri interventi residenziali di carattere sociale	3	0,06
Cofinanziamento progetti relativi a leggi di settore	3	0,06
Contributi ad Enti / Associazioni	3	0,06
Comunità alloggio per disabili	1	0,02
Totale complessivo	218	4,18

Tab. 3.14 – Numero di Accessi Area Disabilità sull'Ambito per tipo di servizi, totale e ogni 1000 abitanti (anno 2007)

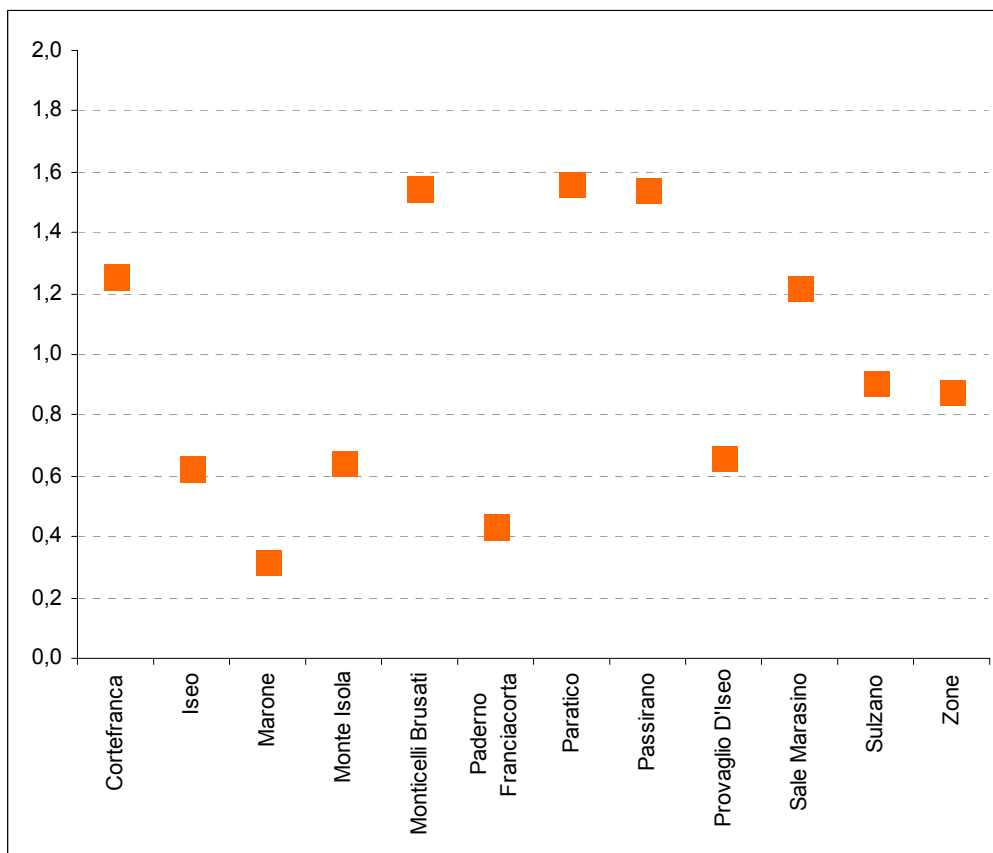


Fig. 3.8 – Spese servizi per l'Area Disabilità sull'Ambito per comune in rapporto alla popolazione totale (anno 2007)

Tipi di intervento dei Comuni	CT (%)
Disabili - Altri interventi territoriali o domiciliari di carattere sociale	6,0%
Disabili - Centri Socio Educativi - CSE	3,5%
Disabili - Altri interventi relativi a prestazioni di natura economica	3,5%
Disabili - Servizi di formazione all'autonomia - SFA	2,2%
Disabili - Altri interventi residenziali di carattere sociale	1,6%
Disabili - Servizi di Assistenza Domiciliare Disabili	1,5%
Disabili - Trasporto sociale	1,4%
Disabili - Servizio Inserimento lavorativo	0,9%
Disabili - Assistenza economica generica	0,3%
Disabili - Cofinanziamento progetti relativi a leggi di settore	0,2%
Disabili - Contributi ad Enti / Associazioni	0,1%

Tab. 3.9 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (anno 2007)

Servizi ASL e del Terzo Settore

- Equipe operative handicap (psicologi e assistenti sociali) attive sui poli di Iseo-Palazzolo s.O.-Chiari e Rovato: presa in carico dei soggetti con disabilità 0-65 anni, elaborazione di progetti individualizzati di intervento.
- Nil: progetti di integrazione lavorativa di soggetti con disabilità o a rischio di emarginazione su segnalazione delle Eoh, servizi sociali comunali, Sert, Cps.
- Nsh: nucleo servizi diurni e residenziali dell'area disabilità. monitoraggio situazione dei servizi, valutazione accessi. consulenza agli operatori ed ai servizi; controlli appropriatezza della prestazioni erogate.
- Collegio per l'accertamento handicap (dpcm 185/ 2006): valutazione richieste di accertamento per il rilascio del verbale necessario ai fini dell'integrazione scolastica.
- Accoglimento richieste ai sensi della l. 23 commi 4,5 (richiesta di contributo per ausili ad elevato contenuto tecnologico) ed elaborazione progetti individualizzati ;
- Partecipazione alle commissioni per l'accertamento della invalidita', legge 68/99, legge 104.
- Gestione sportelli informativi per utenza ed enti e sportello settimanale per consulenze dedicato alle scuole.
- Progetti di formazione, informazione e supervisione su richieste delle scuole.
- Collaborazione con enti (associazioni, amministrazioni comunali, etc.) per progettazione di interventi sul territorio
- Applicazione protocollo asl per minori con gravi disabilità

Tab. 3.10 – Servizi Asl e Terzo Settore sulla disabilità

	31.12.2006	31.12.2007	31.12.2008
UTENTI IN CARICO	158	158	187
TIPOLOGIA H			
Fisico	4	4	9
Psichico/intellettivo	67	58	58
Intellettivo	39	41	53
Sensoriale	0	5	5
Plurimo	48	50	61
ETA'			
0-3	0	0	0
3-6	11	4	6
6-11	60	21	33
11-15	29	23	24
15-18	3	29	37
Oltre i 18	55	81	87
UTENTI INSERITI IN STRUTTURE			
CSE/CDD	28	30	32
RSD	4	4	4
Comunità Alloggio	2	4	2
Strutture riabilitative	2	2	2
SFA	13	16	16
SAD	3	2	4
SED	7	3	4
Altre strutture	0	4	8

Tab. 3.11 – Utenti in carico alla equipe operativa handicap anni 2006 - 2007 – 2008 – fonte: Asl di Brescia

3.2.5.B sintesi verifica del tavolo tecnico

Osservazioni	Punti di forza	Criticità	Obiettivi di Miglioramento
<p>Su disabilità e salute mentale occorre riflettere: Forse occorre maggiore realismo (es. su integrazione e autonomia). Rischio: illudere e alimentare aspettative di cittadini disabili e famiglie. Questa cosa si trova molto nella testa degli operatori. Difficile dire certe cose (es.: “mio figlio non farà mai...”) Diversa la cultura degli stranieri, più portata ad accettare le condizioni date</p>	<p>Gruppo di auto-mutuo aiuto creato dalla Comunità Montana: un progetto partito due anni fa: per i familiari e rappresenta una possibilità. Area coperta molto bene. Collaborazione stretta con l’area disabilità dell’ASL Il NIL funziona molto bene.</p>	<p>Problemi di collocazione di persone che stanno tra la salute mentale, disabilità, e condizione anziana: rende più complesso o rallentato l’intervento istituzionale sociale e sanitario. Il servizio sociale del comune deve comunque farsene carico. In alcuni casi la definizione delle competenze tra sociale e sanitario appare troppo rigida rispetto a situazioni che appaiono di confine e non facilmente collocabili Costo troppo elevato delle RSD</p>	<p>La forma del gruppo di auto-mutuo aiuto: potrebbe essere una risorsa per il territorio, eventualmente da estendere Avviare una riflessione anche culturale sulla concezione e la condizione di disabilità</p>
<p>Attivazione progetto “Comunità Haccogliente”</p>	<p>Crea momenti di sensibilizzazione della comunità sul tema</p>	<p>Scarsa adesione dei genitori/parenti di persone disabili</p>	<p>Sviluppare strategie che permettano di aumentare l’adesione</p>
<p>Servizio AAP</p>	<p>Le Assistenti Ad Personam seguono lo stesso bambino per più anni nonostante l’appalto con l’ente gestore sia annuale Difficoltà nel gestire le segnalazioni con le scuole</p>	<p>Appalto con l’ente gestore Annuale. Ogni anno è necessario riorganizzare le modalità di lavoro e di comunicazione. Mansionario poco specifico. Accesso all’intervento neuropsichiatrico</p>	<p>Affrontare il problema della continuità del servizio Collaborare con Scuole e altri enti per migliorare l’intesa</p>
<p>Adh</p>	<p>Gestione dall’Udp e uguale per tutto il distretto</p>	<p>Turn-over degli educatori sui progetti</p>	<p>Creare le condizioni per evitare un turn-over così frequente</p>

3.2.5.C Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

Le questioni principali legate a questa area di intervento sono le seguenti.

Si osserva un’elevata copertura rispetto ai bisogni ad oggi individuati, di una significativa rete di servizi; in particolare, è sottolineata la presenza di:

- (1) equipe operative in rete con istituzioni, servizi e associazioni che si occupano di persone disabili;
- (2) equipe specifiche per il raccordo Equipe operativa handicap (Eoh)/comune/strutture nella individuazione di percorsi di reinserimento in servizi appropriati;

- (3) sportelli informativi gestiti da Asl, comuni e terzo settore;
- (4) organizzazione di percorsi di inserimento lavorativo.

Inoltre si segnala l'accordo di programma provinciale per l'integrazione scolastica e l'istituzione di un ufficio di Protezione Giuridica a livello di Asl.

C.1 Su quest'area, dal punto di vista dell'intervento **assistenziale**, emergono due problemi legati soprattutto ai costi e alle disponibilità delle residenze e all'efficacia ed efficienza dell'assistenza domiciliare.

Il primo riflette un problema generale dell'area, i cui costi dei servizi risultano tutti elevati. Il problema sostanziale, che coinvolge l'integrazione socio-sanitaria, è la mancanza di strutture e, quindi, la scarsa possibilità di inserimento in strutture residenziali ad alta densità assistenziale (Rsd). Non ce ne sono sul territorio dei tre distretti di riferimento e quelle attualmente utilizzate sono generalmente piene. La criticità è dunque sulle liste di attesa.

Obiettivi di miglioramento:

- (1) Rispetto ai costi è da valutare un'ipotesi emersa nel corso della programmazione di istituire un fondo di solidarietà per la parte assistenziale, anche in quanto le necessità, in base all'osservatorio del segretariato sociale, paiono in aumento
- (2) Il secondo problema, l'assistenza domiciliare, presenta lo stesso tipo di sottolineature e di possibili soluzioni discusse nelle aree Anziani e Minori, particolarmente in relazione alla necessità di andare verso un servizio distrettuale più stabile, continuativo e flessibile.

C.2 Emergono poi ulteriori criticità sull'area in merito all'**integrazione socio-sanitaria**, oltre a quanto già segnalato in merito alle Rsd.

In primo luogo si evidenziano difficoltà di raccordo tra operatori dei vari enti nella definizione di progetti sostenibili e tra sportelli informativi. In secondo luogo, si rileva la quasi totale assenza di accordi distrettuali per l'integrazione scolastica. In terzo luogo, ancora, è segnalata una disomogenea presenza nel territorio di riferimenti per l'attivazione dell'amministrazione di sostegno. Quindi si segnalano due passaggi cruciali per il superamento delle deleghe all'Asl della gestione di servizi: il primo è quella relativa al Nsh (Nucleo servizi Handicap), il secondo al Nil (Nucleo Inserimenti Lavorativi)

Vengono dunque individuati i seguenti obiettivi di miglioramento:

- (1) Formulare accordi operativi tra comuni e Asl per la gestione integrata dei progetti di presa in carico individualizzati.
- (2) Definire una nuova organizzazione per l'accesso ai servizi, sperimentando un lavoro di equipe integrate Asl e comuni.
- (3) Sperimentare progetti in risposta a bisogni urgenti e non rinviabili per affrontare la mancanza di risposte residenziali.
- (4) Potenziare il raccordo tra i gestori dei diversi sportelli presenti nel territorio.
- (5) Definire un accordo distrettuale per l'integrazione scolastica.
- (6) Predisporre un protocollo fra Asl e ambito per la definizione dei percorsi e delle procedure di gestione dei ricorsi per l'amministrazione di sostegno.
- (7) Seguire il percorso di presa in carico del Nil a livello provinciale, nell'interazione fra i diversi attori coinvolti (Provincia, Asl, comuni, imprese sociali).

C.3 Altre questioni riguardano il **tempo libero delle persone disabili e il sostegno alle famiglie**. Nel primo caso gli interventi sembrano non essere sufficienti a favorire maggiore integrazione nel contesto sociale.

L'obiettivo di miglioramento, in questo caso, indica la necessità di migliorare il più possibile la comunicazione e l'informazione fra tutti gli attori coinvolti negli interventi aggregativi e di socializzazione nel territorio, pubblici, privati, di volontariato, al fine di rendere accessibili le opportunità presenti e favorire, anche attraverso il coordinamento del piano di zona, la valorizzazione delle risorse territoriali e istituzionali di riferimento delle diverse aree.

Nel secondo caso, sostenere il compito assistenziale delle famiglie e la loro salute mentale, ad oggi non sembra opportuno pensare ad un nuovo servizio sul territorio del distretto. Attualmente una funzione su questo punto è svolta dall'Admh. E' possibile, comunque, come obiettivo di miglioramento, considerare la

possibilità di valorizzare il servizio di Chiari, che accoglie nei fine settimana le persone disabili al fine dare sollievo alle famiglie nei compiti di cura.. E' un servizio non accreditato e che non riceve finanziamenti dal Ssn. I costi, piuttosto elevati (circa 70€ / weekend), sono a carico delle famiglie e di soggetti privati finanziatori. Ad oggi, inoltre, non risulta pienamente utilizzato. E' da valutare un eventuale intervento dei comuni a sostegno di questa opportunità.

C.4 E' posta una riflessione in merito al funzionamento dell'**Assistenza Ad Personam (AAP)** che coinvolge scuola, enti gestori (cooperative sociali), enti locali e Asl (neuropsichiatria infantile). Gli enti locali sottolineano alcuni problemi nei meccanismi di segnalazione (che partono dalle scuole) che eccedono nelle richieste a fronte di crescenti difficoltà che hanno però, spesso, natura diversa da quella della disabilità. Di fatto alcuni intereventi sono rivolti a minori non certificati, risultando sostitutivi di altri interventi.

Come obiettivi di miglioramento, in questo caso:

(1) Si punta ad utilizzare la risorsa in modo maggiormente mirato, rispetto alle situazioni di effettiva necessità relativa alla fattispecie della misura, ottimizzando la risorsa e riducendo i rischi di utilizzo eccessivo delle ore a disposizione. Orientando le domande che sorgono dalla scuola, connesse alla mancanza di risorse, all'incremento di situazioni difficili, alla crescente presenza di minori stranieri con difficoltà nella lingua e appartenenze culturali diverse, ma non effettivamente riguardanti la disabilità, agli ambiti, alle istituzioni e alle aree di intervento più consone. Occorre sottolineare che parte dell'incremento delle richieste di intervento è dovuto alle domande che provengono dalle scuole superiori e dovuto all'innalzamento dell'obbligo scolastico (Diritto Dovero all'Istruzione e alla Formazione), mentre non si registra alcun incremento nelle certificazioni che possa in qualche modo giustificare in altro modo l'incremento di segnalazioni.

(2) Si punta, inoltre, all'applicazione del protocollo provinciale approvato ormai da diversi anni ma ad oggi poco valorizzato.

C.5 Rispetto all'**integrazione socio-sanitaria**, si segnala la necessità di affrontare alcuni problemi di comprensione e interazione tra attori diversi emersi in alcuni casi, ad esempio intensificando la collaborazione sull'analisi delle situazioni individuali molto diversificate che ricadono in quest'area e, quindi, sulla progettazione degli interventi (es. L. 162/98).

Obiettivi di miglioramento:

Una più forte interazione rappresenta la premessa per fare maggiore chiarezza e avere criteri univoci rispetto alla compartecipazione al costo delle famiglie e per affrontare alcune difficoltà più recenti, quali quelle connesse alla presenza di persone disabili che appartengono ad altre lingue e culture, rispetto a cui occorre pensare ad un maggiore investimento nella mediazione linguistica e culturale (oggi sostenuta con la L.285). Ma anche per ragionare, più in generale, sui problemi di continuità assistenziale degli interventi tra residenziale, terapeutico e domiciliare (a casa e a scuola), e tra sociale sanitario, rispetto a cui occorre valutare le eventuali incoerenze del disegno e le difficoltà pragmatica di interagire fra i diversi servizi coinvolti (psichiatria e disabilità) e i comuni.

C.6 Come ambito si pone attenzione al **problema culturale**, che interseca quello tecnico negli aspetti di comprensione del fenomeno. Informazioni e significati intorno al problema della disabilità in generale e delle diversissime condizioni individuabili all'interno di questa categoria, risultano spesso poco condivise, poco chiare o poco concretamente utilizzabili, a prescindere dalla qualità dei processi diagnostici, dei criteri sottostanti e degli interventi. Si tratta di un problema di interazione fra istituzioni e servizi coinvolti (sanitari e sociali, scuole, imprese sociali, associazioni, ecc.) e di interazione fra culture diverse di intervento e fra culture diverse per storia, appartenenza ed etnia.

3.2.6 Area Salute Mentale

3.2.6.A dati sui servizi dell'area

Tipi di servizio dei Comuni	N. Accessi
Altri interventi residenziali di carattere sociale	1
Assistenza economica generica	2
Servizi di Assistenza Domiciliare	1
Totale complessivo	4

Tab. 3.12 – Servizi nell'Area Salute Mentale sull'Ambito (2007)

Tipi di servizio dei Comuni	CT (%)
Salute mentale - Altri interventi residenziali di carattere sociale	0,19%
Salute mentale - Assistenza economica generica	0,04%
Salute mentale - Servizi di Assistenza Domiciliare	0,04%

Tab. 3.13 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (anno 2007)

Struttura	Posti Letto Ordinari	Posti Letto Day Hospital
A.O. Spedali Civili di Brescia	74	18
A.O. M. Mellini di Chiari	16	4
A.O. Desenzano del Garda	31	-
Totale	121	22

Tab. 3.14 – Numero posti letto ordinari e Day Hospital (DH) per Aziende Ospedaliere – Asl di Brescia

Offerta Servizi Territoriali e Semiresidenziali (DSM A.O. M. Mellini di Chiari)		
N. 1	Centro Diurno	Palazzolo s.O
N. 1	Centro Diurno	Orzinuovi – in attesa di contratto
N. 3	CPS	Rovato, Iseo, Orzinuovi
N. 2	Ambulatori Periferici	Articolazione dei CPS
N. 3	Poli territoriali neuro psichiatria infantile	Chiari, Palazzolo s.O., Orzinuovi
<u>N. 1</u>	<u>Centro Diurno</u>	<u>Iseo – in attesa di autorizzazione</u>

Tab. 3.15 – Servizi Territoriali e Semiresidenziali¹⁹

¹⁹ Per altri servizi Asl e Terzo Settore, cfr. “Patto per la salute mentale”, Asl di Brescia (Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale).

3.2.6.B Sintesi verifica del tavolo tecnico

Osservazioni	Punti di forza	Criticità	Obiettivi di miglioramento
Comuni e Cps condividono informazioni relativamente all'utente solo in caso di utenti in carico a entrambi	Funzionamento delle strutture diurne Cps: confronto tra medici e operatori sociali del Cps e As dei comuni Progetti di inclusione sociale in collaborazione tra CPS e Servizio sociale di base	Necessità di migliorare la collaborazione tra As e medici della psichiatria In alcuni casi non c'è piena intesa tra Comuni e Cps sui rispettivi compiti e ruoli. Alcune difficoltà si riverberano nel rapporto con le famiglie Difficoltà nella presa in carico per le situazioni a cavallo tra la disabilità e la salute mentale	Definizione più accurata della condizione necessaria per avviare la presa in carico Connettersi meglio con i processi avviati tramite la creazione dell'Organismo di coordinamento per la salute mentale

3.2.6.C Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

In ambito psichiatrico, soprattutto al livello territoriale, appare necessaria una maggiore collaborazione tra DSM e amministrazioni comunali al fine di favorire l'inclusione sociale di persone che presentano situazioni particolarmente complesse e problematiche.

La collaborazione fra DSM ed enti locali dell'Ambito distrettuale n. 5, è iniziata fin dall'istituzione del dipartimento stesso, attraverso l'integrazione fra interventi sanitari e servizio sociale di base e in particolare con: interventi di prevenzione del disagio, attività di sensibilizzazione e collaborazione su progetti individualizzati (es.: servizio domiciliare, contributi economici e servizio trasporti).

Con il presente piano si intende dare maggiore sistematicità al processo di integrazione e favorire una più articolata serie di interventi sul territorio, rispetto a cui, in base ai bisogni e alle domande degli utenti che afferiscono ai servizi del DSM, le aree di maggior criticità risultano essere: *residenzialità, socialità, accessibilità, lavoro*.

C.1 Residenzialità. Si tratta di un tema complesso che necessita di proposte articolate e diversificate, qui presentate sinteticamente.

Analisi del bisogno.

Attualmente nel DSM dell'Ao M.Mellini di Chiari sono presenti quattro strutture residenziali: il Cra di ROvato (15 posti letto), una Comunità protetta a bassa protezione (gruppo appartamenti) ad Adro (7 posti), una Cpa ad Adro (Comunità La Lanterna, 14 posti) e una a Iseo (Comunità Clarabella, 17 posti). Entrambe le due Cpa sono gestite in collaborazione con la Fondazione Isparo.

Quest'anno sono inoltre stati attivati 5 posti di Residenzialità leggera.

Con deliberazione 4221 del 28/02/2007, la Regione Lombardia ha riqualificato le strutture psichiatriche introducendo criteri più rigidi rispetto al tetto massimo concesso per permanervi, incrementando conseguentemente la percentuale di dimissioni. Diventa perciò prioritario permettere ai pazienti psichiatrici gravi, con un decorso clinico stazionario, che possiedono un livello minimo di autonomia e che spesso presentano scarse risorse economiche e familiari, di accedere a strutture abitative del territorio in una situazione che presenti le seguenti caratteristiche: continuità, protezione e normalità.

Obiettivi

- Offrire un'opportunità di residenzialità alternativa dopo la comunità protetta che metta in risalto la dignità personale e sociale di ognuno.
- Integrare programmi di residenzialità leggera con interventi a valenza sociale per favorire l'integrazione e il mantenimento della situazione abitativa.
- Garantire ai cittadini con disturbo psichiatrico di non essere costretti a vivere ai margini, essendo in grado di relazionarsi e mantenere buoni rapporti con la collettività.

I destinatari sono: pazienti con bisogno abitativo, in dimissione da strutture protette; pazienti con una rete familiare deficitaria; pazienti giovani con necessità di rendersi autonomi dalla famiglia di origine.

Gli interventi previsti sono:

- Reperimento di appartamenti e mantenimento di soluzioni abitative attraverso il pagamento di quota giornaliera per le spese di affitto e vitto.
- Concessione di immobili vecchi e non più utilizzati che potrebbero essere convertiti in alloggi di housing sociale.

In quanto alle risorse si prevede (reperendole anche tra le risorse non pubbliche):

- N. 2 appartamenti di riferimento nell'Ambito distrettuale, ognuno dei quali potrebbe ospitare 2/3 persone.
- Pagamento del canone di locazione annuale da parte dell'Ambito distrettuale.
- Contributo alle spese inerenti la quotidianità dei singoli pazienti inseriti (15 € /die) da parte del comune di residenza.
- Personale messo a disposizione del DSM e dalla Fondazione ISparo per garantire un buon livello di vita agli utenti inseriti.

C.2 Socialità.

Analisi del bisogno.

Da riflessioni condotte all'interno del DSM si è individuata una frattura fra l'intervento di presa in carico che viene attuato all'interno dei servizi territoriali (Cps e Cd) e l'effettivo inserimento sociale nel territorio di appartenenza durante l'orario di chiusura di detti servizi. Occorre infatti considerare la natura pervasiva della malattia mentale e la sua capacità di compromettere le relazioni del contesto di vita, con tutti coloro che stanno vicino al paziente: familiari, vicini, amici, colleghi, ecc. Facilmente l'isolamento, la vergogna, la solitudine, il silenzio e la sordità dell'ambiente si traducono in uno stato di marginalità per la persona malata e la famiglia, che conduce ad una progressiva ed inesorabile chiusura.

Emerge perciò il bisogno di sostenere il riavvicinamento tra i pazienti e la società locale che, in seguito al percorso riabilitativo e al discreto compenso psichico ne è risultato, incontrano diverse difficoltà a ricostruire i legami sociali ed affettivi.

Obiettivi

- Promuovere una rete relazionale che coinvolge e sensibilizzi le famiglie dei pazienti e, soprattutto, metta in rete le realtà del volontariato presenti del territorio.
- Avviare una microsperimentazione attraverso forme di educativa domiciliare aperta anche a pazienti psichiatrici (voucher) per ridurre l'isolamento sociale e relazionale dei soggetti destinatari.

Destinatari

- Pazienti alti utilizzatori dei servizi psichiatrici che necessitano un supporto continuativo e costante (tutti i giorni della settimana) al fine di ridurre episodi di crisi e mantenere le autonomie raggiunte.
- Pazienti giovani per i quali l'intervento ha l'obiettivo di ridurre la cronicizzazione e l'isolamento del territorio di provenienza.

Risorse (da reperire anche tra le risorse non pubbliche)

- Operatori sociali / educatori che operino nel territorio nelle fasce orarie di chiusura dei servizi psichiatrici e durante i weekend (ca. 150 ore / mese).

C.3 Accessibilità

I punti cardine dell'assistenza psichiatrica del DSM sono la modulazione della presa in carico del paziente, la continuità terapeutica, un'offerta differenziata, articolata e flessibile degli interventi. In tal senso occorre interpretare i presidi del DSM come nodi di una rete di servizi integrati e reciprocamente connessi, per cui occorre garantire la libera circolazione dell'utenza tra i medesimi. L'accessibilità risulta infatti indispensabile per ottimizzare le risorse terapeutiche e riabilitative, ampliarne l'offerta e contenerne i costi.

A tal fine risultano di ostacolo la dislocazione geografica del territorio afferente al DSM (che comprende tre diversi ambiti distrettuali), la scarsa funzionalità dei mezzi pubblici e la gravità della patologia di alcuni utenti che ne limita l'utilizzo da parte loro.

Appare dunque non differibile la realizzazione di un sistema di collegamento rivolto a pazienti gravi, con un sistema di minibus che consenta la circolazione di utenza tra i diversi servizi del territorio (Cps, Cd, Cra, Gruppo Appartamento e Comunità protette).

Obiettivo

- Consentire l'accesso e la circolazione dei pazienti con ridotta autonomia tra i presidi UOP.

Destinatari

- 30 utenti gravi in carico al DSM, per ogni distretto

Risorse (da reperire anche tra le risorse non pubbliche)

- Autista e mezzo di trasporto

C.4 Lavoro

Analisi del bisogno

Negli ultimi anni è stato possibile percepire i segnali di un lento ma progressivo cambiamento di atteggiamento e di cultura nella società rispetto all'integrazione e all'inclusione sociale dei pazienti psichiatrici, pur se le tematiche dell'inserimento lavorativo restano quelle maggiormente problematiche. Questo è dovuto ad una serie di fattori di natura diversa che concorrono a definire un quadro complesso:

1. Ancora oggi l'immagine del paziente psichiatrico rimane troppo spesso ancorata a pregiudizi e stereotipi sociali.
2. Le difficoltà derivanti dalla patologia, in particolare gli elementi di discontinuità e di frammentazione, rappresentano generalmente l'ostacolo maggiore all'inserimento in luoghi di lavoro ordinari.
3. La legge 68/99 prevede la chiamata nominativa per i candidati affetti da patologia psichiatrica e rende quindi ineludibile un lavoro preliminare di conoscenza e di superamento di rappresentazioni negative da parte del mondo imprenditoriale.
4. Il mondo della cooperazione sociale, insieme ad enti specifici quali il Nil, ha sopperito nel corso di questi anni alla domanda di lavoro per questa categoria di soggetti, valorizzando le dimensioni cooperativistiche e tutelanti che tengono conto sia degli aspetti economico-produttivi, sia di quelli socio-relazionali. Occorre tuttavia tenere conto del fatto che la possibilità di accoglienza in queste tipologie di postazioni non è illimitata e si iniziano a registrare difficoltà rilevanti, che rischiano di aggravarsi ulteriormente in una congiuntura negativa quale quella in corso (cfr. § 2.4 e 3.2.3).

Obiettivi

- Favorire l'inserimento nelle cooperative sociali di tipo B attraverso l'appalto di lavori in convenzione con gli Enti Pubblici
- Sostenere percorsi di formazione e addestramento attraverso il reperimento di sedi per svolgere stage nei territori di provenienza dei pazienti
- Partecipare alla costituzione di nuovi organismi che assumono le funzioni del Nil (in chiusura dal 2010; cfr. § 2.2).

Destinatari

- Pazienti per i quali sia stata individuata una prognosi lavorativa
- Pazienti per i quali è ancora da valutare la presenza di risorse lavorative
- Pazienti con il riconoscimento dell'invalidità civile

Risorse (da reperire anche tra le risorse non pubbliche):

- Indennità motivazionale per percorsi propedeutici e di inserimento lavorativo.
- Retribuzione degli operatori adibiti all'affiancamento di tali percorsi.

C.5 Aspetti generali dell'integrazione socio-sanitaria. L'interazione fra il servizio sociale e le strutture sanitarie appare in alcuni casi non semplice, in assenza di accordi chiari e condivisi di funzionamento. I problemi si individuano soprattutto sui "casi di confine" di competenza, tra disabilità e salute mentale, e nei casi di doppia diagnosi, e sul rapporto fra intervento sanitario e sociale e integrazione delle strutture. In parte ciò dipende dalla capacità degli enti locali di sviluppare maggiore integrazione interna. In parte dall'interazione fra competenze sanitarie differenti. In parte dal fatto che si tratta di situazioni per lo più difficili, rispetto a cui non sempre è possibile implementare risposte chiare e preordinate.

Altro problema di rilievo è l'intervento con persone straniere, dove le differenze culturali e i problemi di salute mentale, costituiscono barriere alla comunicazione, e alla comprensione, estremamente difficili da superare.

Obiettivi di miglioramento

L'istituzione degli Organismi di coordinamento per la salute mentale OCSM, prevista con il Piano Regionale

Triennale della Regione Lombardia, costituisce l'occasione per affrontare istituzionalmente i problemi legati alla collaborazione fra enti diversi (cfr. circolare n. 19/SAN). Rispetto a tali organismi, occorre individuare un meccanismo di interazione e coordinamento fra il Piano di Zona e i Tavoli Tecnici Distrettuali, e definire le modalità per produrre contributi che nascono dalle pratiche e dalle conoscenze locali, nella costruzione del Patto Territoriale per la Salute Mentale, nella Conferenza Territoriale per la Salute Mentale ed, eventualmente, in altri Gruppi di Lavoro ad hoc che si andranno a costituire.

3.2.7 Servizio Sociale Professionale

3.2.7.A Dati sui servizi dell'area

Tipi di servizio dei Comuni	N. Accessi
Partecipazione ai costi per la gestione del Piano di Zona (UDP)	nr
Segretariato sociale (comprensivo di costi generali di struttura e costi per il personale)	nr
Servizio sociale (comprensivo di costi generali e di strutture e costi di personale)	nr

Tab. 3.16 – Servizi nell'Area Servizio Sociale Professionale sull'Ambito (anno 2007)

Tipi di servizio dei Comuni	CT (%)
SVZ sociale professionale - Servizio sociale (comprensivo di costi generali e di strutture e costi di personale)	7,17%
SVZ sociale professionale - Segretariato sociale (comprensivo di costi generali di struttura e costi per il personale)	2,77%
SVZ sociale professionale - Partecipazione ai costi per la gestione del Piano di Zona (UDP)	0,27%

Tab. 3.17 – % Costi servizi dell'Area sul totale della spesa assistenziale (anno 2007)

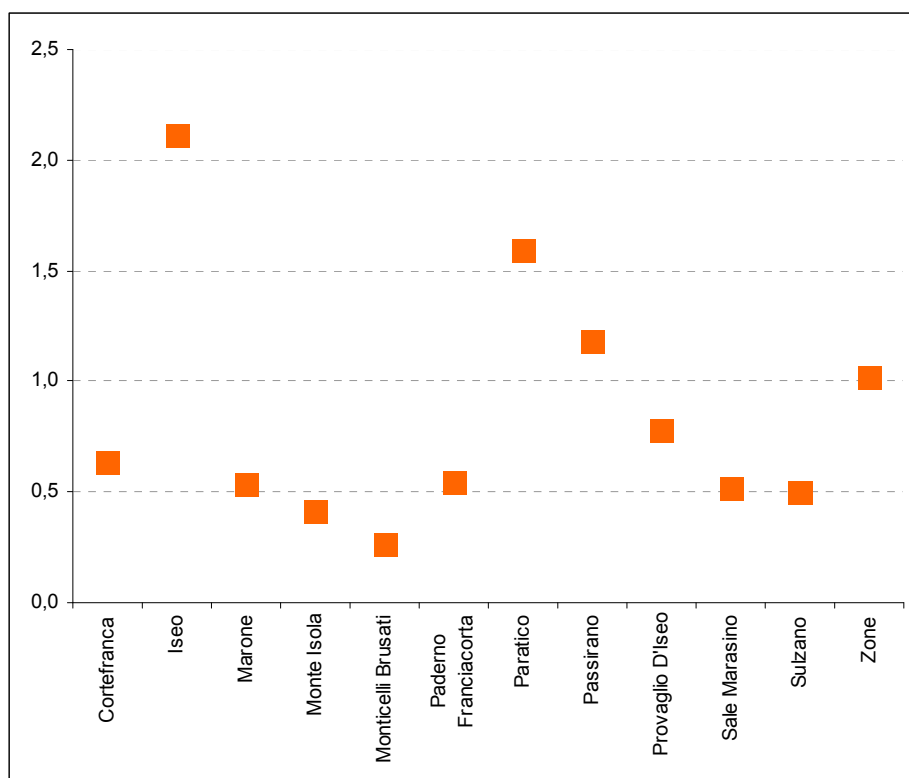


Fig. 3.9 – Spese servizi per l'Area SSP sull'Ambito per comune in rapporto alla popolazione totale (2007)

3.2.7.B sintesi verifica del tavolo tecnico

Osservazioni	Punti di forza	Criticità	Obiettivi di miglioramento
Segretariato Sociale Processi di presa in carico	Collaborazione con Assistenti Sociali dei servizi specialistici. Tutela minori, servizi per la salute mentale, servizi di promozione ecc..	Elevato turn-over in alcuni dei comuni, discontinuità riferimenti per la rete e passaggio conoscenze e relazioni Frammentazione delle funzioni a livello di distretto Difficoltà di intesa tra As e medici di base (es. cura dei malati terminali) Limitata collaborazione fra comuni e servizi pubblici per le tossicodipendenze	Maggior interazione e integrazione tra comuni Maggior investimento e partecipazione alla supervisione al SSP Aumentare la collaborazione tra servizi per poter rendere il servizio sociale più specialistico e professionale possibile

3.2.7.C Principali elementi di verifica e obiettivi strategici

Gli eventuali sviluppi nel funzionamento e nell'organizzazione del Servizio Sociale Professionale dipendono da due livelli di integrazione possibile e dal modo in cui i medesimi verranno implementati: (1) l'integrazione fra comuni in tema di gestione associata; (2) l'integrazione con l'Asl, per costruire l'Intesa (LR 3/2008, art. 6) nell'organizzazione del segretariato sociale al fine di facilitare l'accesso e l'orientamento dei cittadini, le funzioni di ascolto e consulenza, la presa in carico, particolarmente per le situazioni complesse e multiproblematiche.

E dipendono dall'ipotesi strategica che il piano assume in relazione alla funzione e alla definizione delle aree di intervento come discussa nel § 3.1.

Nell'attuale organizzazione questo obiettivo risulta difficilmente perseguibile per la frammentazione del servizio tra i comuni, alcuni molto piccoli, che devono affrontare molteplici problemi pratici quotidiani con poche risorse. Le difficoltà nella relazione tra servizi sociali e sanitari derivano da questi aspetti e nella carenza di comunicazione che, in questi anni, a volte anche con esiti positivi, si è basata sulle relazioni informali tra gli operatori meno soggetti al turn-over.

Obiettivi di miglioramento:

C.1 Il perseguimento di una **strategia** quale quella descritta al § 3.1, delinea la possibilità di un salto di qualità nella capacità di sviluppare percorsi di accoglienza, orientamento e presa in carico, facendo leva sulle risorse territoriali anche diverse da quelle pubbliche. Ad esempio sviluppando intese, funzioni di coordinamento e scambio delle informazioni con gli enti territoriali, i patronati e quant'altri nel distretto 5 svolgono tali funzioni.

C.2 In generale è importante organizzare le occasioni di scambio, confronto e definire efficaci modalità di **comunicazione**. Ciò rappresenta la base anche per fare percorsi di valutazione comune, mettere insieme la lettura sociale e quella sanitaria sulle diverse situazioni incarico, sulle emergenze, sulla continuità assistenziale. La carenza di comunicazione ha reso difficile o imprecisa la conoscenza reciproca e la possibilità di tenere conto delle prerogative ed esigenze altrui.

C.3 Intensificare e rendere più rapido lo **scambio di informazioni**, per esempio sulle procedure che cambiano, sui dati necessari a fornire informazioni corrette ai cittadini da entrambe le parti, sull'eventuale gestione di dati riferiti alle medesime persone in carico (cartelle). Diviene essenziale per svolgere una funzione di orientamento dei cittadini e gestire correttamente l'avvio della presa in carico per le gestioni complesse.

C.4 Un livello più avanzato di questa strategia, che può essere definito sul medio termine, mira ad una maggiore **integrazione degli approcci**, obiettivo verso cui è possibile tendere – con gradualità – per esempio, attraverso un'attività formativa e di aggiornamento, con incontri guidati a cadenza fissa tra

operatori dei comuni e dell'Asl.

C.5 La possibilità di garantire e facilitare **l'unitarietà di accesso** alla rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie rimane un obiettivo istituzionale fondamentale ma richiede che siano affrontati e risolti i passaggi intermedi sopra evidenziati. Viene perciò individuato come un obiettivo del triennio la creazione delle condizioni di reciproca collaborazione che consenta di muovere in questa direzione.

4. Obiettivi di sistema della programmazione 2009-11

Gli obiettivi di sistema del piano, in base alle verifiche sopra presentate, ai processi istituzionali in corso e alle linee regionali mirano a promuovere elementi di continuità, consolidamento e innovazione dell'azione assistenziale integrata, tanto rispetto al sistema di governance, di cui si è già discusso degli elementi e dei criteri di innovazione necessari, sia rispetto alla qualificazione del sistema di offerta, dove si mira a consolidare l'esperienza di questi anni, individuare più proficue modalità di riconoscimento e diffusione, e favorirne l'innovazione organizzativa e nella relazione con le risorse territoriali (familiari, comunitarie, associative, private). In particolare per sostenere e valorizzare il ruolo le funzioni delle famiglie nelle diverse fasi del ciclo della vita, del nucleo e dei propri membri, per muovere verso una maggiore capacità di realizzazione di interventi di prevenzione, di lungo periodo, di sostegno del benessere e della qualità della vita.

“Continuità” e “innovazione” devono essere sostenute da:

- una maggiore integrazione istituzionale, per assicurare il coordinamento, la comprensione di domande e bisogni, e l'uso ottimale delle risorse (cfr. § 2.1);
- una maggiore integrazione tra attori e tra politiche, con particolare riferimento a quelle sociali, socio-sanitarie e sanitarie; ma anche a quelle del lavoro, dell'abitazione e del territorio (cfr. § 2.3 e 2.4)
- una maggiore integrazione degli interventi (servizi, progetti, prestazioni, forme di sostegno alla reciprocità familiare e comunitaria) per assicurare maggiore personalizzazione dei medesimi, una presa in carico complessiva ed efficace della persona, una migliore integrazione fra risorse istituzionali ed informali (cfr. § 3.).

4.1 Continuità e consolidamento

In seguito alla sperimentazione nei passati trienni dell'utilizzo di *buoni e voucher sociali*, nel prossimo triennio si rende necessario svilupparne maggiormente l'inserimento e la complementarietà con l'intero sistema di intervento, rendendo più efficace la destinazione e, compatibilmente con le risorse, più diffusa la copertura territoriale. A tal fine il piano punta a migliorare la capacità organizzativa delle funzioni e delle competenze tecniche e progettuali di ambito, a partire dall'organizzazione del segretariato sociale e dei processi di presa in carico individualizzata (orientamento, apprendimento, libertà di scelta, erogazione delle misure, ecc.) valorizzando le risorse fin qui espresse e supportandole da un punto di vista formativo.

Anche nella capacità di integrazione tra titoli sociali e prestazioni socio-sanitarie.

Si conferma il Fondo di solidarietà minori e vengono ridotti, a partire dal 2009, i buoni sociali anziani a favore dei voucher (cfr. § 5), come strumento atto a facilitare un intervento distrettuale a più elevata integrazione progettuale e una presa in carico più individualizzata dei cittadini.

In coerenza a quanto indicato dalle linee regionali, il piano punta ad una sempre migliore *capacità di utilizzo delle risorse del FNPS* e di gestione del budget unico. Le linee stesse definiscono il seguente obiettivo per il triennio:

- impegno delle risorse del FNPS assegnate nel triennio per almeno il 90%
- liquidazione entro il 31.12.2011 pari almeno al 70% dell'assegnato nel triennio.

E sottolineano come la capacità di spesa rappresenterà uno dei parametri sul quale verrà costruito il meccanismo di assegnazione alla fine della triennalità, oltre che per quota procapite, anche sulla base del raggiungimento degli obiettivi indicati per il triennio di riferimento. Cui segue l'applicazione di criteri premiali indicati, basati sulla correttezza dei dati rendicontati a preventivo e consuntivo e sulla capacità di programmazione e utilizzo delle risorse in una logica di budget unico.

Con ciò sottolineando come, nei passati trienni, non ci sono stati particolari problemi in quanto a capacità di spesa. Relativamente alla costituzione dell'equipe per la costruzione della rete socio-assistenziale sono stati utilizzati i residui sul triennio 2006/2008 del FNPS già impegnati per nuove progettualità per un ammontare di € 25.000. Il servizio di ADM è coperto per il 2009 con residui da trasferimenti da Comuni per € 25.840.

4.2 Innovazione

La nuova programmazione è finalizzata a creare le condizioni per una migliore capacità di osservazione, analisi e risposta (anche in forme innovative), ai bisogni emergenti e alle situazioni di maggiore complessità, multiproblematiche e multidimensionali. Le prime in relazione, in particolare alle dinamiche di fragilizzazione delle famiglie che trovano, con i più recenti eventi di crisi del sistema economico-sociale, un ulteriore fattore di sviluppo dagli effetti solo parzialmente prevedibili. Le seconde in relazione alle dinamiche e alle condizioni dell'invecchiamento e ai processi migratori, la cui consistenza richiede di ragionare non solo sul fenomeno migratorio in sé, ma sulla crescente presenza di situazioni in cui si combinano diversità culturali e fenomeni di disagio e patologia. Situazioni in cui il contesto comunicativo-relazionale della relazione tra servizi e cittadini o utenti risulta in sé di particolare complessità.

Da una parte, come detto (§ 2.1), promuovendo innovazione organizzativa e modalità di implementazione delle misure fondate su un più elevato livello di integrazione. Dall'altra attraverso la definizione e i contenuti degli obiettivi strategici, che tengono conto delle trasformazioni in corso, oltre che delle indicazioni normative (L. 328/00, LR 23/1999 e LR.3/2008). E, quindi, guardano al contesto degli interventi e alle risorse in esso mobilitabili comprendendo tra queste non solo i servizi istituzionali, ma anche gli attori economici e del mercato, l'impresa sociale, il volontariato e le risorse della reciprocità familiare e comunitaria.

In particolare, nel corso del triennio, si prevede di promuovere azioni volte al sostegno sono previste azioni volte al sostegno delle responsabilità genitoriali, alla conciliazione tra organizzazione familiare e lavoro (anche attraverso un'organizzazione flessibile del sistema dei servizi, in connessione con il Pto, come indicato nel § 2.4 "Integrazione con altre politiche") e tra maternità e lavoro, ed azioni a favore delle donne in difficoltà (es. il progetto "Madri nubili").

Nell'ottica dell'ampliamento del sistema di risposta ai bisogni delle famiglie, si collocano i titoli sociali rivolti alle famiglie con figli minori ed in particolare alle famiglie numerose²⁰, il sostegno alla domiciliarità, attraverso la valorizzazione del lavoro di cura a domicilio, tramite il sistema dei buoni sociali e tramite il supporto formativo dei caregiver, oltre ai voucher asili nido.

Infine, si colloca la riorganizzazione strategica degli interventi rivolti ai fenomeni dell'emarginazione e delle nuove povertà (§ 3.2.3).

4.3 Strategie di prevenzione

La nuova definizione delle aree di intervento (§ 3.1) ha, come detto, lo scopo di promuovere un'ottica progettuale nella programmazione e attuazione delle politiche e di portare gradualmente al centro della programmazione gli interventi di promozione della qualità della vita e di prevenzione (L. 3/2008 art. 18 c. 3), oltre che di sostegno e assistenza. Ciò dipenderà dalla capacità delle aree stesse di sviluppare conoscenza e consapevolezza sui fenomeni in corso e le traiettorie di vita delle persone e delle famiglie in relazione a molteplici fattori socio-economici e culturali caratterizzanti il contesto territoriale. Ad oggi, il livello di frammentazione istituzionale, rende più difficile intraprendere questo genere di trasformazione.

Tuttavia, il piano non si accontenta di rimandare a data da destinarsi l'individuazione di almeno alcune delle strategie di prevenzione che dovrebbero orientare gli interventi di questo tipo nel territorio. Di seguito, perciò, vengono riportate le principali strategie di prevenzione già parzialmente discusse per singole aree, qui raccolte, sintetizzate e integrate in forma trasversale.

E' segnalata la necessità di aumentare l'attività (e il livello di integrazione tra gli attori) nelle attività di prevenzione, sostegno ed educazione alla salute, particolarmente per il sostegno delle persone anziane e per il sostegno psicologico ai familiari impegnati nella cura di propri membri in difficoltà, con problemi di autosufficienza e di salute mentale. Un'indicazione è quella di promuovere gruppi di auto aiuto per i familiari anche a livello sovradistrettuale e altre forme di supporto anche formativo ai caregiver informali.

²⁰ Quelle composte da almeno 6 membri erano 206 nel 2001 (Fonte: Istat), ovvero l'1,1% del totale.

Lo scopo è, da un lato, prevenire l'istituzionalizzazione delle persone (anziane e disabili) e, dall'altro, sostenere la qualità della vita e il livello di benessere all'interno delle famiglie coinvolte in compiti onerosi di cura. Evitando cioè un eccesso di delega a queste ultime.

Inoltre è proposta un'approfondita riflessione, che potrebbe assumere la forma di attività seminariali, formative o di gruppi di lavoro, sull'efficacia dei centri sociali e dei servizi di socializzazione nell'intercettare le situazioni degli anziani e delle persone sole a domicilio. L'intento è valorizzare, sostenere ed eventualmente innovare le forme di accesso, le attività e le strutture localizzate nei territori comunali ma con un processo capace di guardare alla dimensione distrettuale, da cui promuovere sostegno e processi di elaborazione che nelle esperienze locali possono avere significative ricadute.

Legato a questo punto è la promozione forme di sostegno all'azione volontaria nei territori, a prescindere dalle categorie e dalle persone a cui si rivolge e la riflessione sulle condizioni, che occorre creare, per sviluppare in futuro interventi di sostegno alle relazioni di auto-aiuto e di auto-promozione nelle comunità locali (interventi formativi, di supporto e sensibilizzazione, azioni di sviluppo delle comunità locali). Azioni per cui oggi è difficile anche individuare le risorse necessarie, che potranno essere cercate anche al di fuori della sfera pubblica, una volta che la governance del piano si sarà dotata degli strumenti organizzativi necessari.

Una parte importante dell'attività di prevenzione è legata ai rapporti con le scuole e alle forme di collaborazione in atto o implementabili. Si tratta di trovare un migliore coordinamento dell'azione congiunta e a volte frammentata di attori diversi e definire conseguenti azioni in grado di valorizzare il ruolo della scuola, come istituzione educativa e di socializzazione, oltre che di istruzione, e come entità di riferimento territoriale, che aggrega persone e famiglie di provenienza, locale, etnica, culturale e socio-economica differente. Evitando cioè di trattare la medesima come un mero contenitore di azioni contingenti e scoordinate.

Particolare attenzione è inoltre dedicata alla fascia adolescenziale e alla necessità, già richiamata nel precedente piano, di sostenerne i processi di crescita attraverso una presenza relazionale territoriale di figure in grado di sostenerne lo sviluppo personale, l'aggregazione e la partecipazione attiva nel contesto attraverso una propria progettualità. In relazione a questo punto sono promossi i progetti delle leggi di settore che riguardano i minori, ma anche si intende favorire le modalità di sostegno delle attività culturali ed educative promosse da vari soggetti del territorio in forma più o meno spontanea e coordinata.

Gli sviluppi attuali di crisi socio-economica sollecitano la necessità di pensare azioni di contrasto ai rischi di esclusione e impoverimento degli attuali e futuri lavoratori (giovani e donne, in particolare). Si possono qui considerare azioni diverse, tra interventi di sensibilizzazione e sviluppo delle conoscenze, interventi di sostegno dei legami di auto aiuto tra individui, famiglie e gruppi locali e il coordinamento delle azioni di sostegno ai percorsi di istruzione, formazione e riqualificazione²¹.

Occorre in particolare pensare ad interventi di conciliazione tra famiglia e lavoro e a pensare all'intervento assistenziale di sostegno economico, non tanto in un'ottica di contenimento e tamponamento di eventi o situazioni problematiche, quanto di contrasto e inversione di possibili e pericolose traiettorie di impoverimento e cronicizzazione (perdita del lavoro e della casa, indebitamento, perdita di legami di sostegno, uscita dal circuito assistenziale o rischio di dipendenza dal medesimo).

In ultimo occorrerebbe promuovere un, ad oggi futuribile, legame tra politiche di assistenza e politiche di sviluppo, disegnando un ruolo degli attori del sistema di interventi distrettuali sociali nella relazione con i principali attori economici del territorio.

Lo sviluppo di strumenti e azioni per favorire l'accesso delle persone migranti ai servizi "ordinari" delle varie aree di intervento, diviene un obiettivo essenziale per promuovere e ampliare la cittadinanza sociale ed evitare il rischio di esclusione e la creazione di separazioni e conflitti la cui natura finisce per basarsi su una differenziazione delle possibilità di accesso dovute a barriere linguistiche e culturali.

²¹ Il tasso di istruzione, pur in un contesto di crisi e di contenuta domanda di elevate qualifiche e titoli di studio, continua tuttora a rappresentare il più forte fattore di contrasto ai rischi di esclusione. L'ambito distrettuale n. 5 presenta tassi più elevati rispetto alla media provinciale, e quindi una situazione favorevole che si tratta soprattutto di sostenere (cfr. Report di Indagine "Il territorio verso nuovi orizzonti", Sartori T., 2008).

5. Le risorse disponibili

La programmazione delle risorse economico- finanziarie destinate alla realizzazione degli obiettivi del Piano è predisposta in considerazione del fatto che l'assegnazione del FNPS è ancora in fase di elaborazione e quindi ancora non comunicata agli ambiti distrettuali. Risulta quindi fondata sulle stime, e rinviata la definizione di dettaglio al momento in cui sarà fornito all'Ufficio di Piano il nuovo applicativo relativo alla programmazione economico-finanziaria dei Piani di Zona.

Il quadro fornito nelle pagine seguenti è perciò costituito in base ai seguenti punti:

- Il FNPS per il 2009 è stato stimato sulla media del triennio precedente, nel 2010 è stata applicata una diminuzione del 5% e nel 2011 un ulteriore 5%
- La Compartecipazione dei Comuni nel 2009 è stata mantenuta a 1 € per abitante, nel 2010 è previsto la compartecipazione di € 1,5 per abitante e nel 2011 di € 2
- Nel 2010 e 2011 è previsto un aumento dell'importo orario di rimborso ADM da parte dei Comuni

Inoltre, per il triennio 2009/2011, i buoni sociali Anziani sono stati ridotti a favore dei Voucher, mentre le leggi di Settore sono state mantenute come al medesimo livello del 2008.

Infine è stata prevista una voce di spesa di 25.000 € denominata “equipe d’ambito” destinata a coprire i costi di figure tecniche che verranno specificatamente dedicate al lavoro di ridefinizione organizzativa e in affiancamento alla figura di responsabile dell'Ufficio di Piano. Tale spesa costituisce un fondamentale gradino per muovere verso la nuova struttura organizzativa come verrà definita nel corso del 2009, in base a quanto discusso al § 2.1.

PREVISIONE RISORSE DISTRETTO 5 - TRIENNIO 2009-2011 / (A) ENTRATE

CAP	ENTRATE	ACCERTATO 2008	PREVISIONE 2009	PREVISIONE 2010	PREVISIONE 2011
2276	TRASF REG PIANO DI ZONA di cui:	536.353,07	450.000,00	447.000,00	427.000,00
	Fondo Nazionale Politiche Sociali	474.845,00	420.000,00	400.000,00	380.000,00
	Fondo Riequilibrio 2007	23.676,07	-		
	Vigilanza Funzioni Distretto	7.832,00	-		
	Circ. 4 ADM x Uff.Piano	30.000,00	30.000,00	47.000,00	47.000,00
2278	TRASF DA COMUNI PER PDZ, di cui	105.170,91	127.091,80	113.000,00	137.600,00
	Compartecipazione Comuni Funzioni Udp	53.116,00	53.116,00	78.000,00	100.000,00
	Bando Famiglie Numerose Una Tantum	6.500,00	-		
	Rimborso ADM Comuni (Previsione)	33.113,91	30.000,00	35.000,00	37.600,00
	Rimborso ADM Comuni a Residuo		25.840,80		
	Compartecipazione Comuni L.285		18.135,00		
	Compartecipazione Comuni L.285 Cap 2272	12.441,00			
2283	TRASF REG DEL 8243 22/10/08	77.071,00	100.000,00	100.000,00	100.000,00
	TOT UFF.PIANO	718.594,98	677.091,80	660.000,00	664.600,00
2309	TRASF DA PROV PER PDZ MADRI NUBILI	3.487,17	-	-	-
2310	TRASF DA COMUNI PDZ MADRI NUBILI				
	TOT MADRI NUBILI	3.487,17	-	-	-
2280	TRASF REG. SERVIZI SOC EX CIRC 4	425.157,31	-	-	-
	TOT CIRCOLARE 4	425.157,31	-	-	-
	TOT GENERALE	1.147.239,46	677.091,80	660.000,00	664.600,00

PREVISIONE RISORSE DISTRETTO 5 - TRIENNIO 2009-2011 / (B) USCITE

CAP	SPESE	IMPEGNATO 2008	PERVISIONE 2009	PERVISIONE 2010	PERVISIONE 2011
	SPESE GESTIONE PIANO DI ZONA	345.270,63			
	AREA ANZIANI		110.000,00	110.000,00	110.000,00
13049	Buoni sociali anziani		100.000,00	100.000,00	100.000,00
13039	Voucher domiciliarità anziani		10.000,00	10.000,00	10.000,00
	AREA DISABILI		40.000,00	40.000,00	40.000,00
13039	ADMH		30.000,00	30.000,00	30.000,00
13039	ADMH Estiva		10.000,00	10.000,00	10.000,00
	AREA MINORI E FAMIGLIA		177.000,00	177.000,00	177.000,00
13039	Tutela Minori		60.000,00	60.000,00	60.000,00
13039	Fondo solidarietà minori		15.000,00	15.000,00	15.000,00
13039	ADM		87.000,00	87.000,00	87.000,00
13039	Voucher Asili Nido		15.000,00	15.000,00	15.000,00
	AREA SALUTE MENTALE		10.000,00	10.000,00	10.000,00
13039	Fondo solidarietà psichiatria		10.000,00	10.000,00	10.000,00
	SPESE FUNZIONAMENTO 2%		8.400,00	8.000,00	7.600,00
	SPESE GESTIONE UFFICIO		30.000,00	35.000,00	40.000,00
	TRASFERIM. PIANO DI ZONA LR 328/00	103.812,35			
	LEGGI DI SETTORE 33%		201.691,80	180.000,00	180.000,00
13057	PROGETTO LEGGE 285/97	102.441,00	111.691,80	90.000,00	90.000,00
13048	SPESE LEGGI DI SETTORE L.45	25.000,00	25.000,00	25.000,00	25.000,00
13043	SPESE LEGGI DI SETTORE L.162/98	20.000,00	20.000,00	20.000,00	20.000,00
13044	SPESE LEGGI DI SETTORE L.40/98	45.000,00	45.000,00	45.000,00	45.000,00

PREVISIONE RISORSE DISTRETTO 5 - TRIENNIO 2009-2011 / (B) USCITE (continua)

CAP	SPESE	IMPEGNATO 2008	PERVISIONE 2009	PERVISIONE 2010	PERVISIONE 2011
	TRASF PDZ REG DEL 8243 22/10/08		100.000,00	100.000,00	100.000,00
13063	TRASF PDZ NON AUTOSUFFICIENZE	30.048,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00
13064	TRASF PDZ ASS.FAMILIARI	27.394,00	35.000,00	35.000,00	35.000,00
13065	TRASF PDZ FAMIGLIE NUMEROSE	19.629,00	30.000,00	30.000,00	30.000,00
		- 718.594,98	677.091,80	660.000,00	664.600,00
13046	TRASF PROGETTO MADRI NUBILI (ENTE CAPOFILA A COMUNI)	3.487,17			
		- 3.487,17	-	-	-
13047	TRASF A ENTI EX CIRC.4	425.157,31	-	-	-
		- 425.157,31	-	-	-
		- 1.147.239,46	677.091,80	660.000,00	664.600,00
	EQUIPE D'AMBITO FINANZIATA CON I RESIDUI	-	-	-	-
			25.000,00		

6. Responsabilità gestionali e soggetti istituzionali e privati maggiormente coinvolti

Partecipano alla realizzazione del presente Piano di Zona i Comuni appartenenti all'ambito distrettuale n. 5 del territorio dell'ASL di Brescia: Corte Franca, Iseo, Marone, Monte Isola, Monticelli Brusati, Paderno Franciacorta, Paratico, Passirano, Provaglio di Iseo, Sale Marasino, Sulzano e Zone. L'Assemblea dei Sindaci dei Comuni sottoscrittori l'Accordo di Programma, costituiscono l'Organismo Politico di cui al § 2.1.

Ai sensi dell'art. 34 del decreto legislativo n. 267/00, detti soggetti sono definiti i soggetti istituzionali del territorio, i quali si assumono la responsabilità principale nella realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete.

Attraverso l'accordo di programma le diverse amministrazioni interessate all'attuazione del piano coordineranno 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, il finanziamento e gli adempimenti necessari alla realizzazione degli obiettivi.

Per tutto il primo anno di durata del piano, e fino ad una eventuale diversa definizione istituzionale e organizzativa (in base al § 2.1), è identificato il Comune di Iseo quale ente capofila cui sono attribuite le competenze amministrative e contabili per l'attuazione del presente accordo. Il Responsabile amministrativo, individuato nel Responsabile dell'Area Amministrativa del Comune Capofila è, ai sensi del D. Lgs 18.08.2000, n. 267, il referente per le questioni di carattere amministrativo e contabile relative al Piano di Zona, adottate attraverso competenti atti sulla base della vigente normativa.

All'Ente Capofila vengono conferite le risorse necessarie alla realizzazione delle attività previste nel Piano di Zona e al funzionamento della struttura tecnico-organizzativa costituita dall'Ufficio di Piano.

I Soggetti del Terzo Settore saranno prioritariamente coinvolti a livello locale nella progettazione e gestione dei servizi e degli interventi sociali nonché nella individuazione di criteri di valutazione e verifica della realizzazione degli obiettivi del Piano. I soggetti del Terzo Settore sono inoltre chiamati a partecipare ai Tavoli Tematici di area (§ 2.1 e 2.5) esprimendo propri rappresentanti, al fine di favorire una efficace e articolata azione progettuale di area, fondata sulla co-partecipazione di attori diversi per natura, esperienza e competenza.

Per valorizzare la partecipazione del Terzo Settore e il ruolo degli altri soggetti istituzionali e non, presenti e operanti sul territorio distrettuale, interessati alla costruzione e organizzazione della rete dei servizi e delle unità di offerta sociali, è prevista la loro adesione all'Accordo di Programma, come soggetti che aderiscono agli obiettivi del Piano di Zona e si impegnano a concorrere alla realizzazione degli obiettivi del Piano di Zona attraverso l'apporto di specifiche risorse aggiuntive, siano esse economiche, professionali, di volontariato, strutturali o strumentali.

7. Risultati attesi, modalità di verifica e condizioni di valutazione del Piano di Zona

In relazione a quanto descritto, ci si limita a individuare nei risultati attesi lo sviluppo di azioni concrete per almeno il 50% degli obiettivi di miglioramento indicati nelle singole aree e il conseguimento degli obiettivi strategici del sistema istituzionale che riportiamo in questa sede e sono parte integrante dell'accordo di programma:

Per i primi dodici mesi (aprile 2009 – marzo 2010):

- Sviluppo e consolidamento dell'azione dell'organismo politico
- Sviluppo e consolidamento delle professionalità e dei modelli organizzativi dell'Ufficio di Piano
- Sviluppo e consolidamento delle professionalità e dei modelli organizzativi del tavolo tecnico delle Assistenti Sociali

- Avvio e implementazione del tavolo di consultazione del III settore e dei tavoli tematici
- Consolidamento dell'integrazione in termini di continuità e struttura nella relazione fra Ambito dei comuni e Asl
- Verifica di efficacia ed eventuale riformulazione della Gestione associata, attualmente realizzata attraverso il Comune Capofila, in relazione alle ipotesi di sviluppo del sistema dei servizi presentate nel piano.

Successivi dodici mesi (aprile 2010 – marzo 2011)

- Eventuale costituzione di un nuovo soggetto giuridico.
- Sviluppo dell'integrazione dell'Ambito Distrettuale anche ai seguenti livelli istituzionali, progettuali e di intervento. (1) Con gli *attori locali* nei singoli comuni che rispondono a bisogni ed esigenze specifiche e locali e favoriscono l'espressione di domande e potenzialità. (2) Nella progettazione degli interventi, a partire dalle leggi di settore. (3) In riferimento a *Diritti sociali, Criteri di accesso, Costi di compartecipazione*, per cui l'ambito distrettuale deve definire modelli uniformi, per ottimizzare le risorse e i servizi e parità di diritti ed efficacia degli interventi

Ultimo anno di programmazione (aprile 2011 – marzo 2012)

- Ri-orientamento istituzionale e organizzativo delle *aree di intervento*, verso lo sviluppo di "sistemi di co-programmazione e intervento", che operano a più livelli, comunali, sovra-comunali, di ambito e integrati, coordinati centralmente e costruiti in integrazione con l'Asl, i rappresentanti del terzo settore coinvolti attraverso il tavolo di consultazione e con altri enti/servizi.

E' istituito per curare l'attuazione del percorso di transizione verso una nuova organizzazione il Gruppo di coordinamento di piano (come da accordo di programma; cfr. anche § 2.1.3).

Il Gruppo di coordinamento cura la tempistica e la verifica di attuazione degli obiettivi strategici e relaziona all'assemblea dei sindaci.

Cessata la funzione del Gruppo di coordinamento, il compito è assunto dall'Ufficio di Piano.

Il Gruppo di coordinamento e poi l'Ufficio di piano costituiscono i referenti per le comunicazioni sull'attuazione del piano, per cui si demanda all'Accordo di Programma.

Sono inoltre incaricati dei referenti di area per promuovere, sostenere e monitorare gli sviluppo delle azioni ipotizzate nelle singole aree dei referenti di area e per sostenere la realizzazione entro l'ultimo anno di programmazione del ri-orientamento delle funzioni di Area (§ 3.1).

Si rimane in attesa della definizione delle risorse certe per dettagliare gli obiettivi di dettaglio.

Lo sviluppo del processo di governance da un punto di vista della costruzione delle interazioni fra le parti rappresenta la principale condizione di efficacia anche della valutazione del piano. I referenti alle funzioni di coordinamento dovranno cercare di restituire alle altre parti gli esiti delle osservazioni e rilevazioni condotte area per area e ambito per ambito, per facilitare circolazione e condivisione delle informazioni.