

Piano Sociale di Zona

Comuni del Rhodense

ANNI 2009 - 2012

ENTE GESTORE



Progetto Grafico: SER.CO.P.

SOMMARIO

1. INTRODUZIONE.....	1
2. IL PIANO DI ZONA 2006/08: VALUTAZIONE DEGLI ESITI E DEL GRADO DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI.....	6
3. QUADRO DESCRITTIVO DEL TERRITORIO: DEMOGRAFICO, SOCIO-ECONOMICO, DEI BISOGNI	17
3.1. QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO.....	17
3.2. LO SCENARIO DI RIFERIMENTO DEL PROSSIMO TRIENNIO: IL PIANO SOCIALE DI ZONA COME CROCEVIA VERSO IL GOVERNO DEI FENOMENI SOCIALI DEL TERRITORIO	25
3.3. LETTURA RAGIONATA DEI PROBLEMI DEL TERRITORIO (BISOGNO) DALLE RICERCHE E NEI RAPPORTI DI VERIFICA E VALUTAZIONE E ATTIVATE NEL RHODENSE.....	28
4. IL SISTEMA DI OFFERTA DEI SERVIZI	51
4.1. IL SISTEMA DELL'OFFERTA DI SERVIZI DEL RHODENSE: LE RISORSE E GLI UTENTI	51
4.2. IL PIANO DI ZONA E LA GESTIONE DEI SERVIZI DEL CONSORZIO SER.CO.P.	65
4.3. L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	68
4.4. IL TERZO SETTORE	69
4.5. LE UNITÀ DI OFFERTA E IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI	71
5. LA GOVERNANCE: ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI	75
5.1. QUADRO DI RIFERIMENTO	75
5.2. LA STRUTTURA DI GOVERNO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE.....	77
5.3. LA MAPPA DEI PORTATORI DI INTERESSE DEL PROCESSO PROGRAMMATARIO	84
6. IL PIANO SOCIALE DI ZONA PER MACROBIETTIVI E AZIONI OPERATIVE.....	86
6.1. MACROBIETTIVI E AZIONI (CONSOLIDAMENTO E INNOVAZIONE)	86
6.1.1. AREA ANZIANI	87
6.1.2. AREA DISABILI.....	92
6.1.3. AREA MINORI	96
6.1.4. INCLUSIONE SOCIALE	103
6.1.5. AREA SISTEMA.....	109
7. LA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE E DEI VOLUMI DEI SERVIZI	110
7.1. IL PIANO ECONOMICO DELLE RISORSE.....	110
7.2. LA PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO DEI SERVIZI	135
8. LA VALUTAZIONE	139
ALLEGATO 1: ELENCO DEGLI ASILI NIDO PRIVATI DEL RHODENSE	144
ALLEGATO 2: L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE	146

1. INTRODUZIONE

Il “sociale”, ambito di relazioni di prossimità, di assistenza e di solidarietà, esprime tutta la ricchezza di umanità che vive in un territorio dove il futuro si costruisce giorno per giorno. Per questo le politiche sociali si collocano al centro del programma di governo del territorio e si attuano attraverso una sussidiarietà estesa capace di comprendere le Istituzioni, le famiglie, le reti informali, il volontariato diffuso, il terzo settore, le imprese e i singoli cittadini, tutti coinvolti nel processo di “portare aiuto”.

Non è possibile affrontare la complessità e la pluralità di espressioni proprie di un territorio come il nostro senza la collaborazione convinta e costante di tutti i soggetti che in esso operano. In particolare, nell’area dei servizi alla persona, occorre far tesoro del patrimonio di conoscenza, competenze ed esperienze che la nostra comunità ha accumulato nel tempo. La storia di questo territorio è ricca di umanità, di esperienze consolidate nell’ambito del terzo settore e del volontariato e bisogna quindi lasciare spazio a quell’intelligenza sociale che il territorio sa esprimere perché vi sia da parte di tutti i soggetti sociali una assunzione di responsabilità piena ed attiva. È necessario quindi ascoltare e dialogare con il territorio per conoscerne le aspettative, le fragilità ed i bisogni, ma anche per valorizzare e coordinare le straordinarie risorse che già operano con discrezione a volte però senza il supporto di una progettualità condivisa.

La terza triennalità del Piano Sociale di Zona si inserisce in un nuovo contesto normativo caratterizzato dalla Legge Regionale n. 3 del 12 marzo 2008, riguardante il “governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario”.

Questa norma, esercitando la potestà legislativa esclusiva in materia sociale, attribuita alle Regioni dal riformato art. 117 della Costituzione, riordina la precedente normativa in tema di servizi sociali e socio sanitari ed attualizza principi ed obiettivi del sistema di welfare regionale. In particolare pone l’accento sul concetto di “rete di unità d’offerta” e sulla piena espressione delle capacità progettuali di soggetti pubblici e privati, con particolare attenzione a quelli appartenenti al terzo settore.

La Regione Lombardia, con la Legge n. 3, ha per la prima volta riorganizzato la rete dei servizi e degli interventi sociali e socio assistenziali sul territorio ed ha definito i compiti degli enti pubblici, delle istituzioni e del no-profit, muovendosi nella direzione del consolidamento del modello di welfare community. I valori sottesi alla Legge sono quelli che hanno caratterizzato l’evoluzione del sistema sociale regionale degli ultimi anni, primi fra tutti la centralità della persona e il sostegno alla famiglia quale nucleo fondamentale per la cura della persona, la flessibilità dei servizi, la libera scelta dei cittadini rispetto alle unità di offerta della rete sociale e sociosanitaria, all’interno di un preciso sistema di regole.

È in questo nuovo contesto normativo che si inserisce la programmazione dei piani di zona per il triennio. L'articolo 18 della Legge Regionale definisce il Piano di Zona come strumento di programmazione ed a questo assegna vari compiti, tra i quali: l'indicazione degli obiettivi e delle priorità di intervento (art. 2), l'individuazione degli strumenti e delle risorse per la realizzazione degli obiettivi, la definizione delle modalità di accesso alla rete (art. 6), l'attuazione dell'integrazione tra la programmazione della rete sociosanitaria e quella della sanità, dell'istruzione e della formazione, oltre che delle politiche del lavoro e della casa. Il Piano di Zona diviene così strumento privilegiato per conseguire forme di integrazione tra le varie politiche attraverso l'analisi dei bisogni, la definizione delle priorità, la gestione innovativa, flessibile e partecipata del sistema di offerta.

Si tratta dunque di orientarsi verso la realizzazione di nuove modalità di risposta ai bisogni, soprattutto attraverso la costruzione di una rete aperta e dinamica che sappia leggere ed incontrare bisogni dei cittadini sempre più complessi e fluidi. Ponendo un forte accento sulla sussidiarietà orizzontale e verticale, la legge regionale definisce i compiti degli Enti Locali e degli altri soggetti pubblici e privati che concorrono alla programmazione, progettazione e realizzazione della rete di unità di offerta sociali e socio sanitarie.

Se la programmazione zonale del primo triennio ha rappresentato prevalentemente la pianificazione comune degli interventi finanziabili con il Fondo Nazionale Politiche Sociali, e quella del secondo triennio lo sviluppo del concetto di "programmazione e gestione associata", la terza triennalità dovrà evolvere verso la programmazione integrata degli obiettivi e degli interventi attuati nell'ambito distrettuale in materia sociale, con una particolare attenzione all'integrazione sociosanitaria e, più in generale, all'integrazione tra le diverse politiche a favore della persona e della famiglia, per un welfare che non sia solo riparativo e di tutela, ma anche promozionale e preventivo.

I PARADIGMI DELLA NUOVA PROGRAMMAZIONE

Questi i punti di riferimento della programmazione 2009-2012

- Si parte dall'importanza del governo della rete dei servizi e del sistema di accesso, anche nel rispetto del principio di libera scelta; occorre creare, a livello distrettuale, strumenti che portino ad una effettiva omogeneità dei servizi. In primis un'opera di regolamentazione ed armonizzazione dei criteri di accesso ed erogazione che si è già avviata nella precedente triennalità. Inoltre è cruciale un ragionamento rispetto alla Carta dei Servizi a livello di ambito.
- Un secondo punto fondamentale è quello dell'organizzazione delle funzioni del Segretariato Sociale. Se oggi questo servizio si configura come primo filtro della domanda, con la nuova programmazione dovrà essere in grado di: assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolar modo per le situazioni complesse; orientare il cittadino fornendo adeguate informazioni sulla rete dei servizi, sulle modalità di accesso e sui relativi costi; garantire e facilitare l'unitarietà di accesso alla rete delle unità di offerte sociali e sociosanitarie.
- Il terzo paradigma si identifica nell'integrazione sociale e sociosanitaria e questo costituisce il reale obiettivo per una presa in carico unitaria dei bisogni. In particolare, l'integrazione sociosanitaria dovrà riguardare gli interventi di continuità assistenziale, il raccordo tra titoli sociali e

sociosanitari e, in generale, gli interventi di tipo domiciliare, quelli a sostegno della genitorialità e la tutela minori, gli interventi nell'area della Salute Mentale, della Dipendenza e della promozione di sani stili di vita. Gli accordi di programma prevedranno, a questo proposito, la sottoscrizione di protocolli operativi per la regolazione delle rispettive competenze e per le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie da parte dell'ASL all'interno delle funzioni di competenza degli Enti Locali.

Gli obiettivi della terza triennalità si sviluppano lungo due assi:

- Continuità e consolidamento di quanto fatto fin'ora, sia rispetto al sistema di governance sia rispetto alla qualificazione del sistema d'offerta, sia per quanto riguarda lo sviluppo dei servizi e l'utilizzo sempre più mirato dei titoli sociali.
- Innovazione, legata soprattutto alla centralità della famiglia e al principio di corresponsabilità sociale diffusa e condivisa nonché agli interventi previsti per la piena attuazione di questo concetto. La famiglia e la comunità quindi come "luogo" in cui emergono, convergono, si confrontano e si integrano le diverse politiche. Se il fulcro dell'azione di governo sono la famiglia e la comunità, lo strumento operativo è certamente quello della sussidiarietà, promuovendo continuamente il contributo di ogni soggetto sociale alla crescita del bene comune. In questo modo le istituzioni, che non abdicano al proprio ruolo di governo del sistema e di gestione di servizi considerati strategici, sono percepite più vicine ai cittadini, capaci di ascoltare i loro bisogni e organizzare una rete di risposte che incidono positivamente sulla qualità della vita di ciascuno.

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL NUOVO PIANO SOCIALE DI ZONA

Avviare una programmazione sociale d'Ambito, alla luce di nuove linee legislative e con la necessità di riorientare e potenziare il sistema verso forme più articolate e partecipate, più ricche ma anche più complesse, non è stato semplice.

Rispetto al contesto in cui è nato il precedente piano di zona molte cose sono cambiate ed evolute; si può senza dubbio affermare che l'ambito del rhodense, inteso come luogo di pensiero di programmazione e di gestione sovracomunale, si è notevolmente rafforzato: sia con il consolidamento dello spirito di lavoro unitario che lo aveva caratterizzato fino dal primo piano di zona, sia con il principale risultato di questo lavoro, dato dalla nascita in seno al piano di zona del consorzio SER.CO.P. quale ente di gestione dei servizi dei comuni del rhodense. Il percorso di costruzione è stato quindi agevolato dalla presenza di questo nuovo soggetto (del quale fa parte l'ufficio di piano, quale ramo aziendale) che rappresenta certamente una risorsa importante in termini di professionalità ed efficacia nella realizzazione del processo programmatico.

Ciò non toglie che è stato ancora una volta cruciale il lavoro svolto insieme dalle amministrazioni comunali e dagli assessorati ai servizi sociali, che intorno ad un tavolo hanno lavorato armonicamente per l'avvio di questa nuova progettazione che, fin dalla sua primissima presentazione, è stata definita come "incrementale".

LE TAPPE

Nel mese di settembre 2008 il Tavolo Politico ha avviato la nuova programmazione attraverso la costituzione di un Gruppo Integrato di Progettazione, composto da membri del Tavolo Politico (Assessori alle Politiche Sociali), del Tavolo Tecnico (Responsabili dei Servizi Sociali) e del Forum Rhodense del Terzo Settore, di SER.CO.P., dell'ASL e dell'Azienda Ospedaliera.

Questo al fine di aderire da subito ad una sensibilità che veda nell'integrazione tra i diversi attori operanti - soprattutto in ambito sociale e sanitario - uno degli elementi chiave della nuova programmazione. L'idea di base è di connettere pensieri, obiettivi e responsabilità diverse di soggetti differenti ma accomunati da una capacità di lettura del territorio e dei suoi bisogni e risorse.

La sfida assunta è stata quella di voler mettere in complementarità e sinergia queste diverse appartenenze, partendo dalla considerazione che insieme, ciascuno con le proprie specifiche responsabilità, si riesce meglio e con maggiore compiutezza a programmare un intervento per una comunità, a partire dai suoi bisogni sociali ed assistenziali.

Perché di questo si tratta; partire dal bisogno, dal disagio, dalla difficoltà che ci chiede interventi puntuali e sistematici, e da questi bisogni arrivare, progressivamente, ad una capacità di intervento complessiva per e con quella comunità.

Capacità allora non solo di connettere attori diversi, ma anche politiche programmatiche diverse, che dall'ambito più propriamente sociale ed assistenziale si "contaminino" con quelle sanitarie, ma anche con le politiche educative e formative, del lavoro e dello sviluppo, della cultura, dell'urbanistica.

Si tratta di costruire le condizioni per un Welfare comunitario reale, capace di perseguire il vero benessere delle persone e della comunità tutta; si tratta di integrare i diversi soggetti territoriali, realizzando una condivisione di intenti ed una corresponsabilità dove la funzione pubblica (istituzionale) si sposi alla vocazione pubblica (società civile), dove il territorio sia luogo e spazio della comunità.

Il momento della partecipazione alla costruzione del piano si è quindi estrinsecato nelle seguenti fasi:

- giornata seminariale del 25 settembre 2008, che ha visto un'ampia partecipazione di tutti i gli attori coinvolti e nella quale sono state raccolte idee, sollecitazioni, saperi in merito ai macroobiettivi relativi al nuovo Piano di Zona.
- operatività del gruppo integrato di progettazione, che ha lavorato nei mesi di novembre e dicembre ad una elaborazione fine dei macroobiettivi e alla definizione della struttura generale del Piano di Zona.
- giornata di lavoro del 15 gennaio 2009, con partecipazione aperta a tutti gli attori territoriali, nella quale sono stati restituiti e rielaborati, suddivisi per aree tematiche, i macroobiettivi così come elaborati dal gruppo integrato di progettazione.

Tutti i documenti che progressivamente sono stati prodotti sono stati in queste tappe diffusi e resi pubblici, ed il sito del consorzio (www.sercop.it) ha da subito reso disponibile il lavoro di definizione dei macroobiettivi.

Il presente Piano è il frutto di tutto questo percorso.

Un percorso partecipato, plurale, lungo, articolato.

Un itinerario lungo il quale ciascuno dei soggetti a vario titolo coinvolti ha avuto la possibilità di contribuire, di proporre, di intervenire.

ALCUNI CONTENUTI

L'Ambito del rhodense, in continuità con quanto avvenuto nella passata tornata programmatoria, ha elaborato con la Provincia una forma di partnership relativa al solo anno 2009 per il raggiungimento di alcuni obiettivi ritenuti strategici per l'Ambito, ottenendo finanziamenti per l'implementazione di alcune azioni previste dal Piano.

Rispetto al tema delle risorse e del livello di programmazione (cap. V) ci si è posti un orizzonte che comprendesse tutto l'ammontare delle fonti di finanziamento che ad ogni titolo entrano nel sistema sociale del rhodense; operazione quindi ambiziosa e complessa, che non si limita a programmare e definire Fondo Nazionale Politiche Sociali e Fondo Sociale Regionale, ma pone un tentativo di riassumere ed esporre tutto l'insieme del volume delle fonti che afferiscono al rhodense, dalle risorse proprie dei Comuni ai recuperi dall'utenza. Ne esce quindi un quadro complessivo del sistema sociale territoriale, almeno per quanto attiene alle fonti di finanziamento del sistema. Vero è che la presenza di un ente gestore unico per numerosi servizi, facilita e di fatto rende significativa questa operazione.

Rispetto all'impostazione generale, vi è da considerare che questo Piano di Zona ha assunto di lanciare due sguardi differenti sulla prossima triennalità: il primo e tradizionale è quello legato ai macroobiettivi e alle azioni che dovranno ispirare l'attività del rhodense nel prossimo triennio (cap. 3); il secondo riguarda invece uno sguardo più ampio al territorio del rhodense, non costituito solo da azioni da realizzare con le risorse a disposizione, ma che tiene conto di uno scenario economico e di sviluppo che l'ambito vivrà nei prossimi anni in connessione con fenomeni di grande trasformazione (come ad esempio l'Expo) che non potranno non avere rilevanza anche dal punto di vista sociale. L'organizzazione della programmazione zonale si pone e si propone allora come crocevia e connettore di politiche e scelte che, lungi dall'essere dipendenti dalla programmazione sociale, possono trovare in questa un luogo di sintesi e di governo delle connessioni che interessano il territorio.

2. IL PIANO DI ZONA 2006/08: VALUTAZIONE DEGLI ESITI E DEL GRADO DI REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI

Una analisi e valutazione pur sommaria del trascorso Piano di Zona è necessaria in quanto pone le basi sulle quali costruire la nuova programmazione zonale; ovvero risulta essenziale una rilettura oggettiva e critica di quanto realizzato per poter valutare, da un lato, la capacità di implementazione da parte dell'ambito rispetto alle finalizzazioni poste, dall'altro l'effettiva realizzabilità degli obiettivi guardati con nuovi occhi, a distanza di tre anni dalla loro formulazione.

La considerazione generale rimane comunque la necessità di guardare avanti, di pensare al nuovo sistema di servizi, di mettere in campo idee e pensieri innovativi, tenendo però conto in modo essenziale dell'esperienza trascorsa e prendendo le mosse dalle opportunità e dagli errori che quella esperienza ci ha insegnato: in quest'ottica una valutazione degli esiti del precedente Piano di Zona diventa anche un essenziale processo di apprendimento, nel momento in cui si parte dall'analisi del passato per costruire le basi per il futuro.

È opportuno basare la valutazione degli esiti su tre dimensioni di analisi che congiuntamente considerate consentono di delineare un quadro d'insieme degli accadimenti della trascorsa triennalità:

Dimensione relativa agli obiettivi di salute e benessere nei confronti della comunità	Si riferisce agli obiettivi e agli interventi a favore dei cittadini realizzati nella aree anziani, minori, disabili e inclusione sociale: comprende quindi tutti gli interventi i servizi e i progetti diretti a favore della comunità.
Dimensione relativa agli obiettivi organizzativi e gestionali	Riguarda gli aspetti relativi all'organizzazione del sistema, le modalità di gestione dei servizi, la definizione della rete delle risorse, lo sviluppo di professionalità etc.
Dimensione relativa agli obiettivi strategici di costruzione del sistema ambito	Fa riferimento invece a tutti gli aspetti che favoriscono lo sviluppo dell'ambito, dei rapporti tra gli attori che interagiscono, le modalità della programmazione, la gestione complessiva del sistema: in una parola lo sviluppo del modello di governance.

OBIETTIVI DI SALUTE

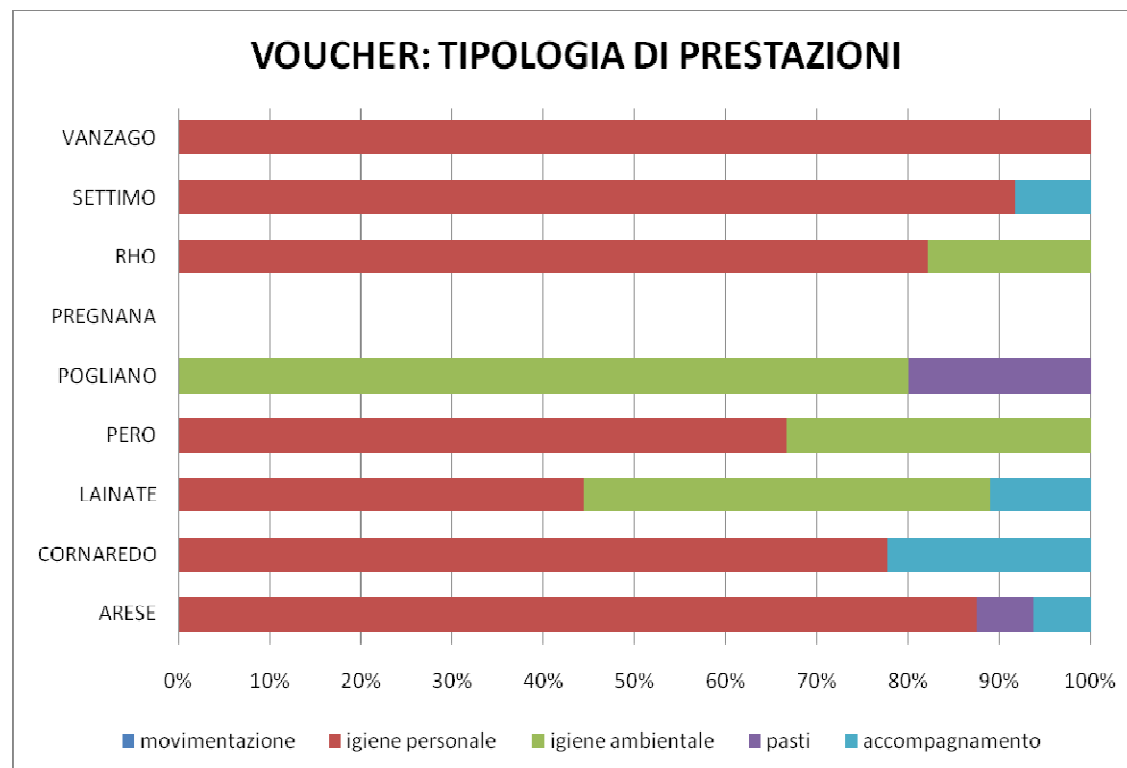
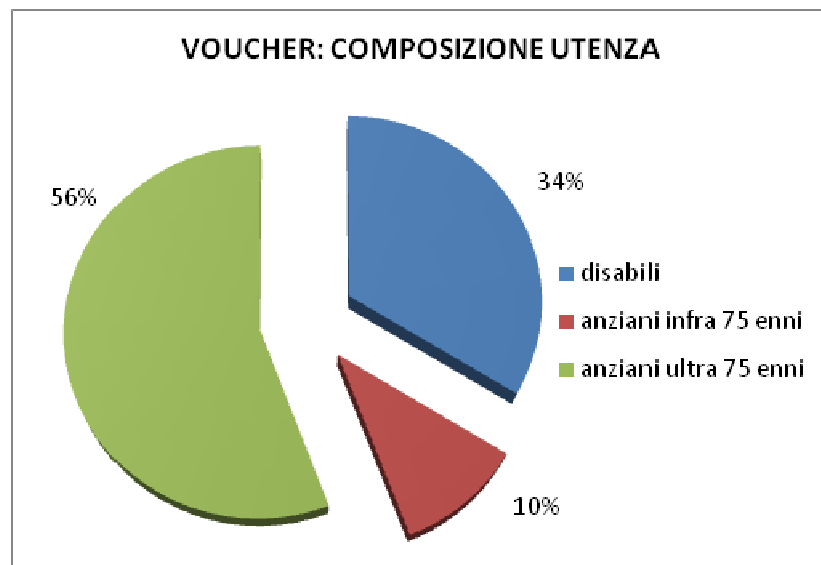
Questa dimensione può essere indagata a partire dai macroobiettivi così come definiti nel precedente piano; si procederà quindi ad una analisi qualitativa della realizzazione dei suddetti macroobiettivi, considerando più in generale la qualità dei processi e dei prodotti che sono stati realizzati.

Prima di passare all'analisi dettagliata è importante sottolineare che i diversi obiettivi posti nel seguito comportano gradi di complessità nella realizzazione, decisamente diverse l'una dall'altra, che in qualche modo ne condizionano la realizzazione ma anche le energie e le attività profuse.

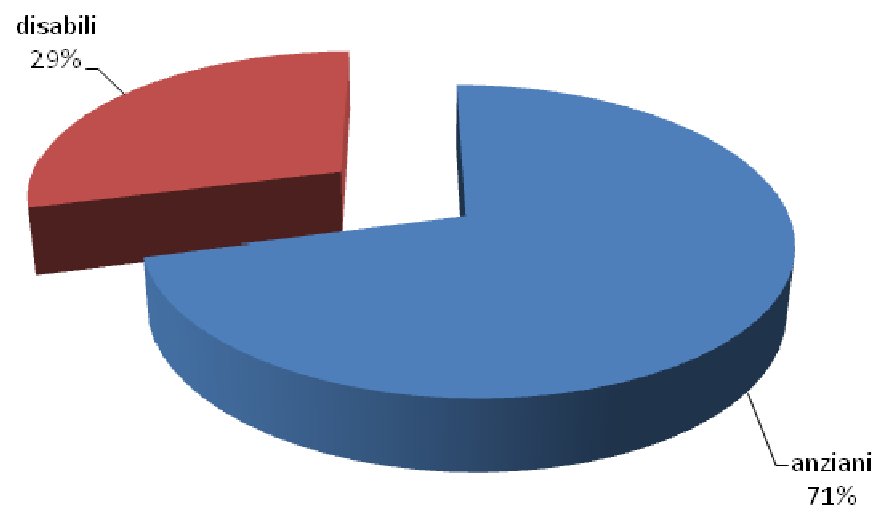
AREA ANZIANI

MACROBIETTIVO	REALIZZAZIONE %	PRODOTTI
SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ	Totale	L'obiettivo si è realizzato con il consolidamento sul territorio dell'utilizzo dei titoli sociali (assegno di cura e voucher), in particolare con una estensione a tutti i comuni dell'utilizzo del voucher. Tutti gli strumenti sono gestiti a livello di ambito senza alcuna divisione di quote a livello comunale, rispondendo quindi ad un criterio di utilizzo laddove si riscontra un bisogno più intenso. Nel 2008 è stato incrementato in modo consistente il budget dell'assegno di cura per un totale di €385.000 annui. Al termine del 2008 i due strumenti presentano i seguenti volumi medi di utilizzo: - voucher anziani infra 75enni: 9 utenti, - voucher anziani ultra 75enni: 48 utenti, - assegno di cura: 110 utenti. I grafici di seguito evidenziano alcuni dati relativi ad assegno di cura e voucher.
ARMONIZZAZIONE DEI REGOLAMENTI QUALE LUOGO DI RICONOSCIMENTO DEI DIRITTI (elemento di base per la costruzione del sistema integrato dei servizi)	Parziale	Il regolamento relativo all'utilizzo del voucher SAD è pienamente applicato in tutti i Comuni sia per quanto attiene ai criteri di accesso ai servizi che per la tipologia di prestazioni. È stato applicato in maniera estensiva anche come base per l'accesso alle prestazioni SAD da parte dei comuni. È rimasto ancora da sciogliere il nodo relativo ad una tariffazione omogenea a livello di ambito per il servizio SAD.
INTEGRAZIONE CON ALTRI SERVIZI TERRITORIALI	Parziale	È stato conseguito nel 2008 l'obiettivo di un protocollo di intesa con ASL e Azienda Ospedaliera per le dimissioni protette, che sta producendo i suoi effetti. Non è stato possibile pervenire invece alla definizione di un protocollo comune per l'accesso alle RSA.
REGOLAZIONE E QUALIFICAZIONE DEL MERCATO DELLE BADANTI	Totale	Da ottobre 2008 è aperto il servizio di assistenza alla famiglia (sportello badanti) con sedi a Rho e Lainate; lo sportello non si limita a gestire l'albo delle badanti ma provvede attivamente all'incontro tra domanda di interventi da parte delle famiglie e offerta da parte delle assistenti familiari; le attività consistono nell'accoglienza delle esigenze delle famiglie e nella combinazione con le disponibilità delle badanti. È stato realizzato un corso per la qualificazione di badanti in partnership tra Piano di Zona, Coop Intrecci e Fondazione Clerici, che ha avuto completo successo.

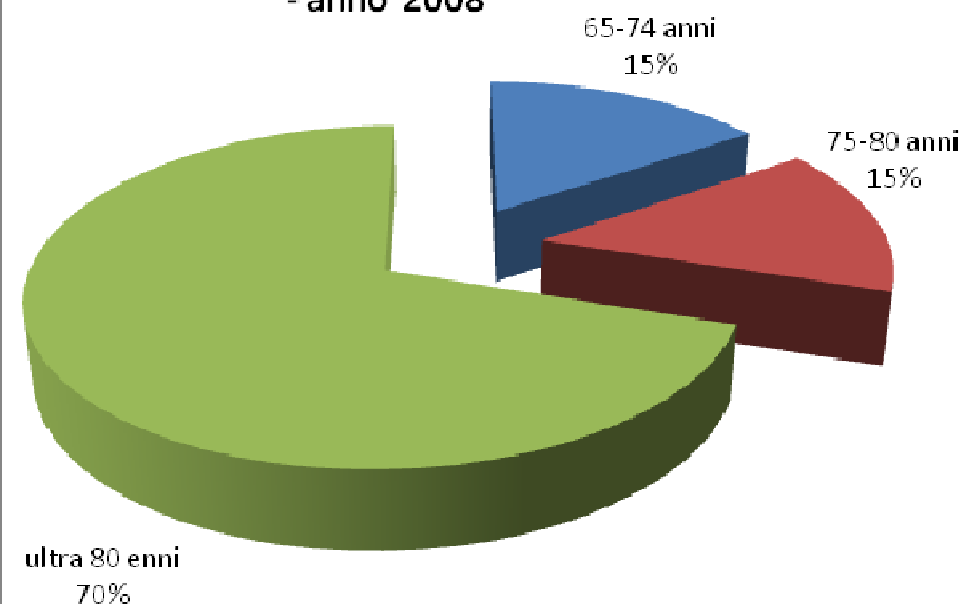
TUTELA E PROMOZIONE DEL BEN-ESSERE DELL'ANZIANO	Non realizzato	Non sono state poste in essere azioni specifiche, avendo definito nel corso del triennio diverse priorità.
---	----------------	--



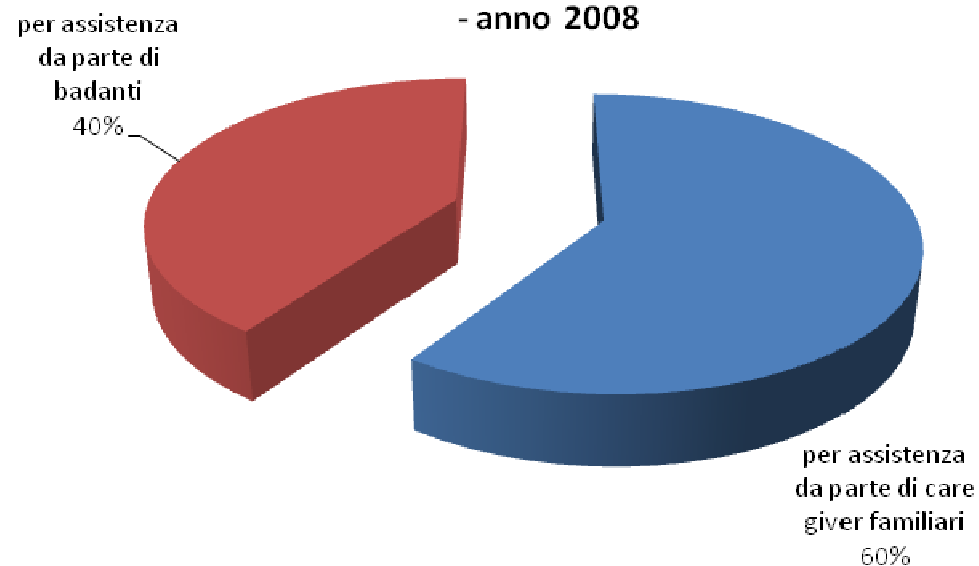
Assegno di cura: utenza - anno 2008



Assegno di cura: utenza anziani per fasce età - anno 2008



Assegno di cura: categorie di destinazione - anno 2008

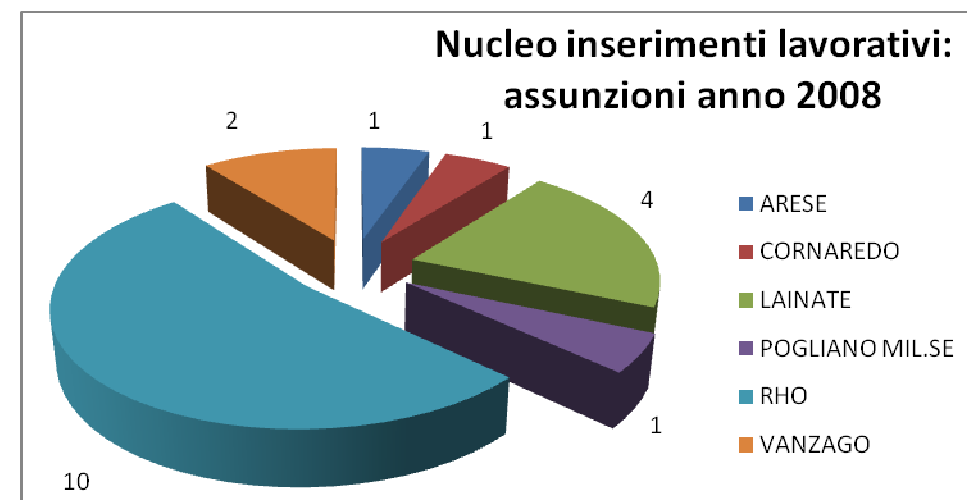
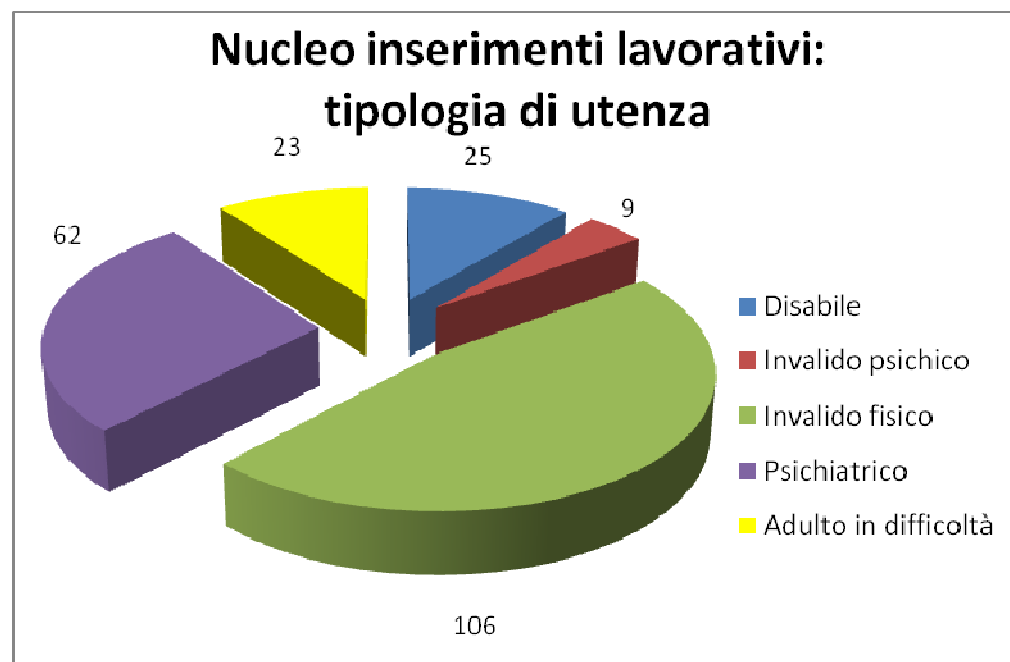


Vi è stato complessivamente un importante investimento e lavoro sull'area anziani, che ha interessato tutto il triennio: si può dire che la realizzazione dei macroobiettivi ha teso ad un rafforzamento della rete di relazione, promozione e aiuto comunitaria ed in primo luogo della famiglia; alla limitazione del ricorso alla istituzionalizzazione; a rafforzare la capacità di intervenire a favore delle persone più fragili nel contesto nel quale vivono, integrando le risorse e le competenze di tutti i soggetti che operano in ambito territoriale (Enti Locali, Terzo Settore, associazioni, organismi di tutela ed altri). In questo senso, l'apertura dello sportello di assistenza alla famiglia rappresenta in particolare un importante risultato, che consente di intervenire con una azione regolativa su un'area di totale solitudine delle famiglie e di costruire, attraverso le attività dello sportello, una importante rete di conoscenze e relazioni.

AREA DISABILI

MACROBIETTIVO	REALIZZAZIONE %	PRODOTTI
FAVORIRE MANTENIMENTO AL DOMICILIO DEL SOGGETTO DISABILE MEDIANTE SOSTEGNO E SOLLIEVO ALLA FAMIGLIA ED INTERVENTI PER IL BEN-ESSERE E L'AUTONOMIA DEL DISABILE	Parziale	L'obiettivo si è realizzato con il consolidamento sul territorio dell'utilizzo dei titoli sociali (assegno di cura e voucher), in particolare con una estensione a tutti i Comuni dell'utilizzo del voucher. Tutti gli strumenti sono gestiti a livello di ambito senza alcuna divisione di quote a livello comunale, rispondendo quindi ad un criterio di utilizzo laddove si riscontra un bisogno più intenso. Per l'assegno di cura stati definiti bandi dedicati all'area disabili. Al termine del 2008 i due strumenti presentano i seguenti volumi medi di utilizzo: - voucher: 29 utenti, - assegno di cura disabili: 45 utenti. Non sono state poste in essere azioni specifiche connesse all'accreditamento dei servizi leggeri (vacanze, ...)
CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DEL SISTEMA DI GESTIONE INTEGRATA DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO	Totale	Il servizio gestito in ATS ha conseguito una serie di importanti obiettivi, considerato che costituisce un intervento nuovo (in precedenza gestito da ASL), che richiede un elevato bagaglio di competenze multidisciplinari da parte degli operatori. Negli anni trascorsi si è assistito ad un lavoro importante di presa in carico degli utenti dei territori, ma ad una maggiore fatica nel lavoro con le aziende. L'attività dell'ATS che ha gestito il Nucleo Inserimenti Lavorativi è stata monitorata costantemente; sono state intraprese azioni di connessione con la Provincia rispetto alle competenze di quest'ultima in tema di collocamento delle persone disabili. Con l'avvio di SER.CO.P. vi è stata una riorganizzazione del NIL all'interno del consorzio, che ha risolto alcuni nodi operativi critici. I grafici di seguito evidenziano alcuni dati relativi ai volumi di attività del NIL a fine 2008.
PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE DEL SISTEMA - SIA REGOLAMENTATO DA NORME	Totale	L'obiettivo è stato realizzato in modo completo con la definizione del regolamento per l'accesso alle strutture diurne per disabili, che pur non coprendo l'intera area di interventi costituisce un importante lavoro sia in termini di programmazione che di orientamento verso una maggiore appropriatezza degli

REGIONALI (STRUTTURE) CHE NON NORMATO		interventi; viene definita una unità di progettazione d'ambito (in integrazione con l'ASL) che assolverà un ruolo essenziale nell'orientamento e accompagnamento delle famiglie e nella definizione del progetto di vita del disabile. Tale lavoro ha richiesto un'importante collaborazione con il terzo settore e l'ASL e sarà pienamente applicato a partire dal 2009.
SVILUPPO DI AZIONI DI ORIENTAMENTO E SOSTEGNO INFORMATIVO ALLE FAMIGLIE CON SOGGETTI DISABILI	Parziale	Pur essendosi sviluppate importanti iniziative sul territorio da parte del terzo settore e pur avendo sviluppato una buona collaborazione con il livello di attività di ambito, non vi è stato un fattivo intervento economico a sostegno dell'obiettivo.
OTTIMIZZAZIONE ED INTEGRAZIONE TERRITORIALE DEI SERVIZI TRASPORTO DISABILI	Totale	Ha coinciso con il conferimento del servizio al consorzio SER.CO.P., che a partire dal 2008 sta provvedendo a una progressiva riorganizzazione del servizio, consistente in: - regolamentazione dell'accesso omogenea a livello di ambito - riorganizzazione delle tratte in modo da renderle razionali ed economicamente sostenibili nel tempo



AREA MINORI

MACROBIETTIVO	REALIZZAZIONE %	PRODOTTI
QUALIFICAZIONE DELLE FUNZIONI DI TUTELA, SIA IN TERMINI DI PROTEZIONE DEI MINORI SIA IN TERMINI DI ACCOMPAGNAMENTO DELLE FIGURE GENITORIALI AL FINE DI RIPRISTINARE LE CONDIZIONI DI AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ DELLA FAMIGLIA	Totali	L'obiettivo è stato totalmente realizzato, anche al di là di quanto definito con la attivazione del servizio tutela minori all'interno di SER.CO.P.; questo ha consentito una specializzazione della funzione, e anche degli operatori dedicati, verso una maggiore appropriatezza degli interventi. Un importante effetto di ricaduta è la maggiore connessione che si è stabilita, all'interno di SER.CO.P., tra il servizio tutela minori, il servizio affidi e il servizio spazio neutro. Ciò ha comportato da subito la possibilità di inviare verso l'affido familiare minori in precedenza in situazione di ricovero comunitario, con evidente maggiore benessere del minore stesso.
COSTITUZIONE DI UN "LUOGO" STABILE DI MONITORAGGIO OSSERVAZIONE ED ANALISI DEI PROBLEMI/FENOMENI CONNESSI ALL'AREA MINORI E FAMIGLIA	Parziale	Il lavoro svolto ha consentito la realizzazione di una parte sostanziosa del macroobiettivo, che ha da un lato consolidato un gruppo di lavoro e di indagine espresso da alcune delle agenzie del terzo settore che si sono occupate di interventi sull'età evolutiva, dall'altro ha realizzato la Ricerca indagine dei servizi di area del nostro territorio. Non è stato invece creato l'osservatorio, in quanto non è stata ritenuta sostenibile l'idea guida proposta dalle suddette agenzie. Le decisioni programmatiche in merito non hanno confermato il percorso originario.
SOSTEGNO E VALORIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE RIVOLTI AGLI ADOLESCENTI	Totale	Vi è stato un rilevante potenziamento del servizio di ADM, evidenziato soprattutto nel momento del passaggio del servizio a SER.CO.P. Nel seguito sono mostrate alcune evidenze rispetto ai volumi di attività a fine 2008. L'area prevenzione ha ottenuto un forte riconoscimento nella realizzazione del progetto specifico connesso ai finanziamenti L.45/99. Unità Operativa di Prevenzione ha sviluppato azioni operative significative nelle scuole, sul territorio attraverso UMG, con i servizi per adolescenti; ha sviluppato solide sinergie con ASL MI 1 attraverso l'attribuzione della Responsabilità scientifica; è stato in grado di moltiplicare risorse attraverso un'acquisita capacità progettuale.
PROMOZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO D'AMBITO DEI SERVIZI RIVOLTI ALL'INFANZIA ED ALLA GENITORIALITÀ	Parziale	Non si è riusciti ancora ad effettuare un passaggio importante per lo sviluppo di un sistema integrato. Pur consolidando le collaborazioni tra Piano Sociale di Zona, Comuni e terzo settore nella progettazione delle azioni locali dei progetti, manca ancora la connessione e l'integrazione effettiva. È indubbiamente un obiettivo ambizioso, che deve trovare una sua soluzione perché è necessario far riferimento ad un "soggetto

(leggi di settore 285/97 e 23/00)		progettuale” capace di ricercare virtuosamente nuove ed ulteriori risorse.
CONTRASTO DELLA DISPERSIONE SCOLASTICA SVILUPPANDO IL RACCORDO CON LE SCUOLE	Non realizzato	Non sono state poste in essere azioni specifiche, avendo definito nel corso del triennio diverse priorità. Alcune azioni previste dal macroobiettivo sono state poste in essere da singoli Comuni.

AREA INCLUSIONE SOCIALE

MACROBIETTIVO	REALIZZAZIONE %	PRODOTTI
COSTITUZIONE DI UN POLO INTEGRATO DI PROMOZIONE DELL’AFFITTARE EQUO E SOSTENIBILE E DELL’HOUSING SOCIALE	Non realizzato	Non sono state poste in essere azioni specifiche, avendo definito nel corso del triennio diverse priorità.
CONSOLIDAMENTO E SVILUPPO DELLE POLITICHE INTEGRATE DI INCLUSIONE SOCIALE RIVOLTE AI MIGRANTI	Totale	Il consolidamento dello sportello stranieri Migramondo si è completamente compiuto nel corso del triennio con una notevole capacità di risposta ai bisogni e reattività rispetto alla continua evoluzione della normativa e alle misure via via messe in campo (ad es. prenotazioni on line, ricongiungimenti familiari). Sono stati inoltre instaurati significativi rapporti con la Provincia di Milano ed è stato realizzato un corso di formazione per badanti.
ARMONIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE AL REDDITO E DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ	Parziale	Ha avuto continuità ed è stato potenziato l’intervento principale di contrasto alle estreme povertà con il progetto “in cordata doppia” in attuazione dell’art. 28 della L. 328/00. Non sono invece state poste in essere azioni per quanto attiene l’armonizzazione dei regolamenti contributi e la connessione tra gli interventi di assistenza economica e l’integrazione lavorativa.
POTENZIAMENTO DELLE CAPACITÀ DI COMPOSIZIONE E LETTURA DI UNA MAPPA DELLE FRAGILITÀ E VULNERABILITÀ SOCIALI	Totale	Si è realizzata una ricerca a cavallo tra l’anno 2007 e 2008 sui fattori di rischio rispetto alla fragilità sociale nell’ambito del rhodense; gli esiti della ricerca sono in parte riportati nell’analisi del bisogno del presente Piano Sociale di Zona.
PROSEGUIMENTO DELLE	Totale	Il tavolo della salute mentale ha continuato ad operare nel triennio, costituendo un essenziale punto di raccordo tra le diverse agenzie coinvolte (Comuni, ASL, Azienda Ospedaliera) e le organizzazioni del terzo

INTERAZIONI TRA COMUNI, AZIENDA OSPEDALIERA E TERZO SETTORE NEL CAMPO DELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE		settore e di rappresentanza degli utenti. L'importante risultato di questo lavoro è stata la definizione di una convenzione tripartita per la gestione di un intervento sperimentale di residenzialità leggera a favore di persone con patologie psichiatriche.
SVILUPPO DELLA CAPACITÀ DI FUND RAISING DEL SISTEMA TERRITORIALE RHODENSE	Totale	Si è potuta dare piena concretizzazione alla realizzazione del presente obiettivo con l'avvio di SER.CO.P., che può dedicare una parte delle risorse di personale allo sviluppo di azioni di fund rising; in particolare nel 2008 sono stati finanziati due progetti da Fondazione Cariplo: - affidi: nato interamente all'interno del consorzio che gestisce il servizio affidi con una partnership con il terzo settore, ha ottenuto un finanziamento di €130.000,00 per lo sviluppo di nuovi interventi in capo al servizio - coesione sociale: SER.CO.P. è partner di una ampia cordata che ha ottenuto un finanziamento per uno studio di fattibilità per la definizione di un progetto per lo sviluppo di coesione sociale nel rhodense in relazione all'Expo 2015

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

La valutazione di questa dimensione è sostanzialmente incentrata sulla costituzione e la piena operatività, compiutasi tra l'anno 2007 e 2008 dell'ente strumentale per la gestione associata dei servizi sociali dell'ambito del rhodense.

Un importante investimento di risorse, energie, idee e soprattutto tempo, è stato dedicato alla costituzione ed attivazione del consorzio SER.CO.P., che non era ricompreso nei macroobiettivi di area ma che costituiva una essenziale azione di costruzione del sistema d'ambito, a cui era stato dedicato un intero capitolo nel Piano di zona 2006-08.

Di fatto il consorzio si è costituito nel 2007 e ha cominciato a operare a partire dal mese di giugno 2008: questo ha sicuramente costituito la più rilevante novità nel panorama dei servizi dell'ambito del rhodense.

Si è trattato di un processo complesso, lungo e delicato che ha comportato una sostanziale riorganizzazione dell'assetto dei servizi dell'ambito, verso:

- una qualificazione dei servizi offerti ai cittadini
- una maggiore omogeneità territoriale dell'offerta dei servizi
- una razionalizzazione della spesa
- la realizzazione di economie di scala
- qualificazione e specializzazione del personale impiegato

La nascita di SER.CO.P., la volontà, la fiducia e il positivo clima che gli enti consorziati hanno messo in questo processo sorge e si sviluppa all'interno degli organi del Piano di Zona (Tavolo Politico, Tavolo Tecnico) che si è assunto l'onere ma anche l'onore di concludere positivamente questo processo. La programmazione zonale e i suoi organi vengono, tra l'altro, sostanzialmente rafforzati dall'esistenza di una gestione associata che risponde, di fatto, direttamente agli organi dell'ambito, superando la frammentazione connessa con la gestione dispersa nei Comuni.

È sicuramente l'obiettivo più importante conseguito nel triennio, perché pone condizioni stabili per lo sviluppo e la sostenibilità dei servizi negli anni a venire, muovendosi nell'unica direzione possibile e rispondendo ad uno degli obiettivi principali posti dalla Regione Lombardia per il triennio 2006-08.

Il Consorzio è, tra l'altro, l'ente gestore di tutti i servizi finanziati con il Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e l'attuatore del Piano di Zona in relazione alle disposizioni programmatiche dell'Assemblea dei Sindaci.

Per una descrizione dettagliata dei servizi gestiti e degli obiettivi che ispirano l'attività del consorzio, in strettissima connessione con la programmazione zonale, della quale SER.CO.P. è il braccio operativo, si rinvia al successivo cap. 4.2 nonché al Piano Programma di SER.CO.P. (www.sercop.it alla sezione documenti)

OBIETTIVI STRATEGICI DI COSTRUZIONE DEL SISTEMA AMBITO

Il piano di zona trascorso aveva definito un sistema di governo diffuso che prevedeva al fianco della realizzazione e attivazione di nuovi servizi la progressiva costruzione di un sistema a rete che coinvolgesse i numerosi attori territoriali che interagiscono nel sistema dei servizi: Comuni, terzo settore, volontariato, ASL, Azienda Ospedaliera, sindacati, etc. Questo a partire dal principio che nella costruzione del sistema integrato dei servizi è importante un certo grado di concretezza nella realizzazione degli obiettivi che ci si propone, ma assumono pari importanza anche i processi e le relazioni che si mettono in atto, in quanto materiale connettivo importante (come la malta che tiene assieme i mattoni) del sistema dei servizi e delle relazioni dell'ambito. I migliori progetti ed interventi rischiano di vanificare i loro effetti se non sono calati in un sistema territoriale e di relazioni che gli consenta di essere dei reali riferimenti per i cittadini utenti.

In tal senso nel triennio è stata costantemente perseguita una logica di progettazione partecipata aperta agli attori "competenti" e portatori di "saperi esperienziali" presenti sul territorio, che ha coinvolto tutte le attività innovative che si sono realizzate: si pensi, solo a titolo di esempio, al "regolamento per l'accesso alle strutture diurne per disabili" (definito in un tavolo misto con gli enti gestori e con ASL), alla realizzazione dello sportello badanti (che ha visto coinvolti sindacato e gestori) al progetto relativo agli affidi finanziato da fondazione Carialo (coprogettato insieme ad realtà del terzo settore), fino alla definizione del presente Piano Di Zona che è stato costruito nelle sue linee generali da un tavolo misto composto da enti locali, SER.CO.P., ASL, Azienda Ospedaliera, Terzo settore, associazioni di volontariato, associazioni di imprenditori, etc.

Anche l'integrazione socio sanitaria da realizzarsi in connessione con ASL e Azienda Ospedaliera ha visto importanti risultati nel corso del triennio mediante la realizzazione di protocolli operativi comuni (dimissioni protette) e interventi complessi che hanno richiesto una forte integrazione tra diversi livelli istituzionali (residenzialità leggera psichiatria).

Quindi un sistema aperto e connesso, che pur sempre suscettibile di miglioramento, ha agito con un ampio coinvolgimento di numerosi attori e portatori di interessi e saperi.

Lo stesso si può dire per quanto attiene agli organi di governo della programmazione rappresentati dagli enti locali sia a livello politico che tecnico; il funzionamento dei tavoli (politico e tecnico), le buone relazioni e il clima di collaborazione presenti all'interno degli stessi hanno costituito un elemento essenziale per la realizzazione degli obiettivi evidenziati più sopra.

Rimane da potenziare, e il presente piano di zona ne prende spunto (vada cap. 8.1), il livello di connessione tra il momento programmatico e il livello dei servizi di base dei Comuni, che rappresentano un essenziale snodo di collegamento con il territorio e di prima evidenza e analisi del bisogno espresso dai cittadini. Pur non avendo riscontrato sostanziali problemi rimangono qui dei sicuri margini di intervento e miglioramento soprattutto per quanto attiene alla comunicazione e alla circolazione delle informazioni, in entrambe le direzioni, tra il livello di programmazione e gestione dell'ambito e i servizi di base delle singole realtà comunali; in tal senso sono stati pensati strumenti e momenti di incontro, già attivati negli scorsi mesi, che potranno aumentare integrazione e tra i livelli con l'impegno e la partecipazione consapevole di tutti.

3 . QUADRO DESCRITTIVO DEL TERRITORIO: DEMOGRAFICO, SOCIO-ECONOMICO, DEI BISOGNI

Il lavoro di programmazione sociale di zona necessita di una conoscenza del territorio e della comunità di riferimento.

È necessario rendere disponibile non solo il complesso quadro dei bisogni, evidenti o nascosti, presenti sul territorio, nelle loro caratteristiche ed evoluzioni, ma anche, più complessivamente, inquadrare i bisogni stessi in una capacità di lettura della comunità e delle sue dinamiche di evoluzione sociale.

Infatti è del tutto evidente che, quando si parte dai bisogni e dalle situazioni di difficoltà personale o sociale, si arriva a considerare e ad interpellare necessariamente il mondo del lavoro e il sistema produttivo, nelle loro evoluzioni, il mercato della casa, i flussi migratori, l'area della socialità e delle relazioni tra le persone, l'area del malessere psicologico e psichiatrico, le dipendenze dalle sostanze; ma anche il mondo della formazione, dell'educazione e della cultura, così come le evoluzioni che nel tessuto sociale e nelle sue strutture tutte queste dinamiche insieme provocano.

Una capacità di lettura di questo tipo e con questa profondità non è data una volta per tutte, e non è mai del tutto compiuta.

Dovrà essere allora compito degli strumenti di monitoraggio e valutazione del Piano Sociale di Zona affinare sempre più la capacità di analisi attraverso la disponibilità di dati, e mantenerla aggiornata nel tempo.

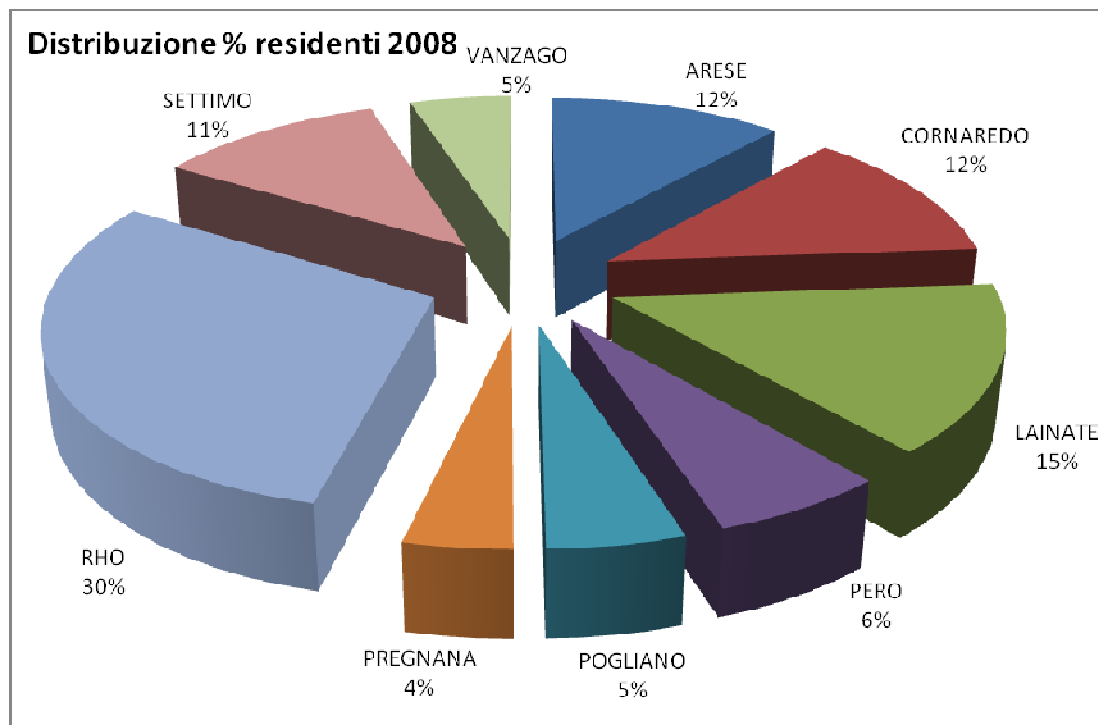
Si tratta infatti di un territorio che sarà attraversato, nei prossimi anni, da profonde evoluzioni socio-economiche, che potrebbe condurre ad una trasformazione e ad un nuovo sviluppo del tessuto economico-produttivo.

Saper governare questo tesoro di conoscenze e renderlo disponibile alla programmazione zonale potrà essere un utile lavoro per questi anni.

3.1. QUADRO SOCIO-DEMOGRAFICO

Al 31 dicembre 2008 abitano nell'Ambito Territoriale del Rhodense circa 168.000 persone. Rispetto al 2005 non si registra una crescita della popolazione pari al circa il 2% che si distribuisce in modo disomogeneo tra i comuni; in particolari sono sostenuti i tassi di crescita dei due Comuni più piccoli che incrementano gli abitanti quasi dell'8%.

Il territorio si compone di 9 Comuni di dimensioni demografiche variabili:



	Abitanti al 31/12/2005	Abitanti al 31/12/2008	Incremento %
Rho	50.153	50.298	0,29%
Lainate	24.253	25.062	3,34%
Cornaredo	20.423	20.466	0,21%
Arese	19.354	19.543	0,98%
Settimo Mil.se	18.313	18.968	3,58%
Pero	10.277	10.533	2,49%
Pogliano Mil.se	8.219	8.209	-0,12%
Vanzago	7.883	8.496	7,78%
Pregnana Mil.se	6.008	6.481	7,87%
TOTALE	164.883	168.056	1,92%

Anche i caratteri dei territori dell'ambito non sono certo omogenei, con alcuni comuni direttamente confinanti con Milano e di fatto uniti alla grande città, un comune che costituisce di fatto un città di medie dimensioni e che rappresenta quasi un terzo degli abitanti dell'ambito, e gli altri comuni di piccole e medie dimensioni che rappresentano realtà meno connesse alla città e con caratteristiche di composizione sociale differenti.

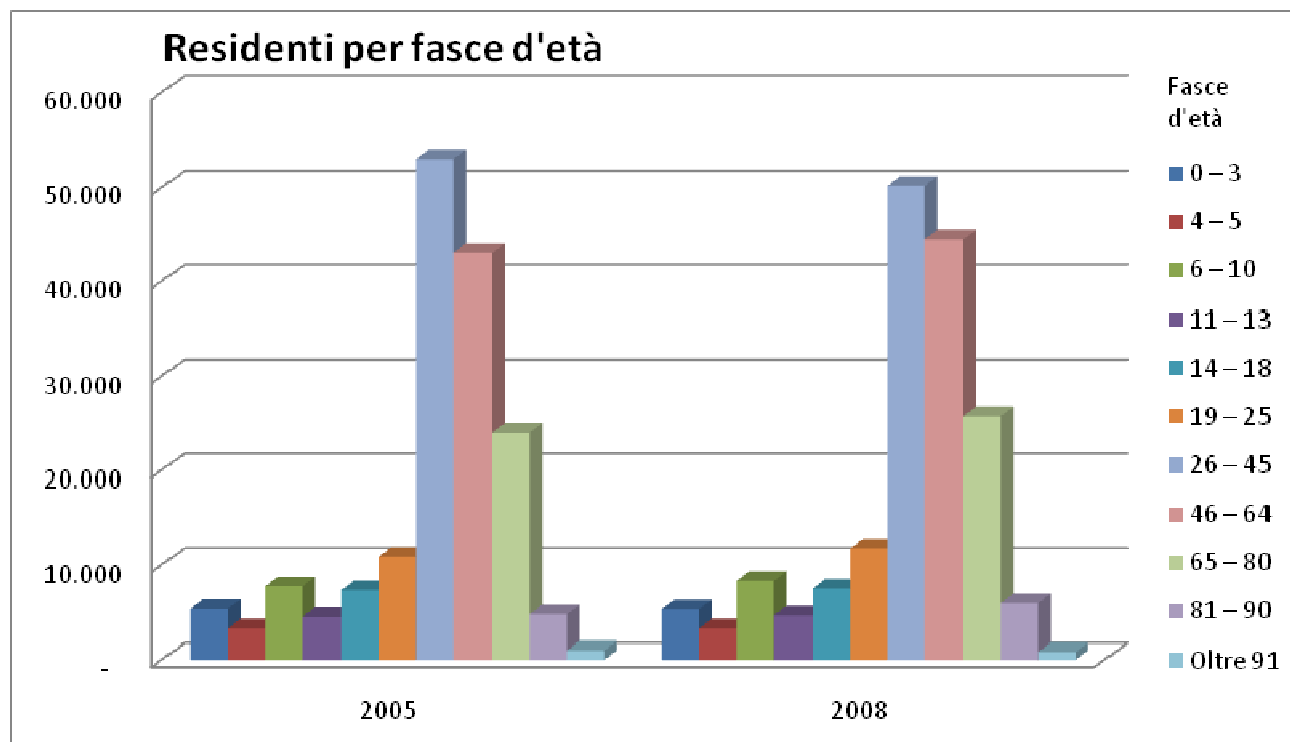
Il territorio si caratterizza non solo per la presenza di centri differenziati per dimensione e caratteri, ma anche per una differente distribuzione per fasce d'età.

Tab. 3.1 - Struttura di popolazione, per classi di età, al 31/12/2008 (valori assoluti)

FASCE D'ETA	ARESE	CORNAREDO	LAINATE	PERO	POGLIANO	PREGNANA	RHO	SETTIMO	VANZAGO	TOTALE
0 – 3	614	603	1.006	378	313	207	1.292	540	357	5.310
4 – 5	388	391	525	166	166	112	849	409	249	3.255
6 – 10	1.008	1.046	1.301	451	418	294	2.177	1.183	427	8.305
11 – 13	542	575	725	294	248	182	1.271	581	220	4.638
14 – 18	852	942	1.109	467	390	306	2.162	925	334	7.487
19 – 25	1.163	1.324	1.586	678	1.662	467	3.266	1.174	428	11.748
26 – 45	5.375	6.295	8.060	3.421	1.448	2.039	14.651	5.954	3.004	50.247
46 – 64	5.441	5.508	6.415	2.719	2.132	1.704	13.471	5.134	2.012	44.536
65 – 80	3.384	3.033	3.530	1.620	1.167	965	8.427	2.518	1.109	25.753
81 – 90	627	658	707	304	237	187	2.452	483	303	5.958
Oltre 91	149	91	98	35	28	18	280	67	53	819
TOTALE	19.543	20.466	25.062	10.533	8.209	6.481	50.298	18.968	8.496	168.056

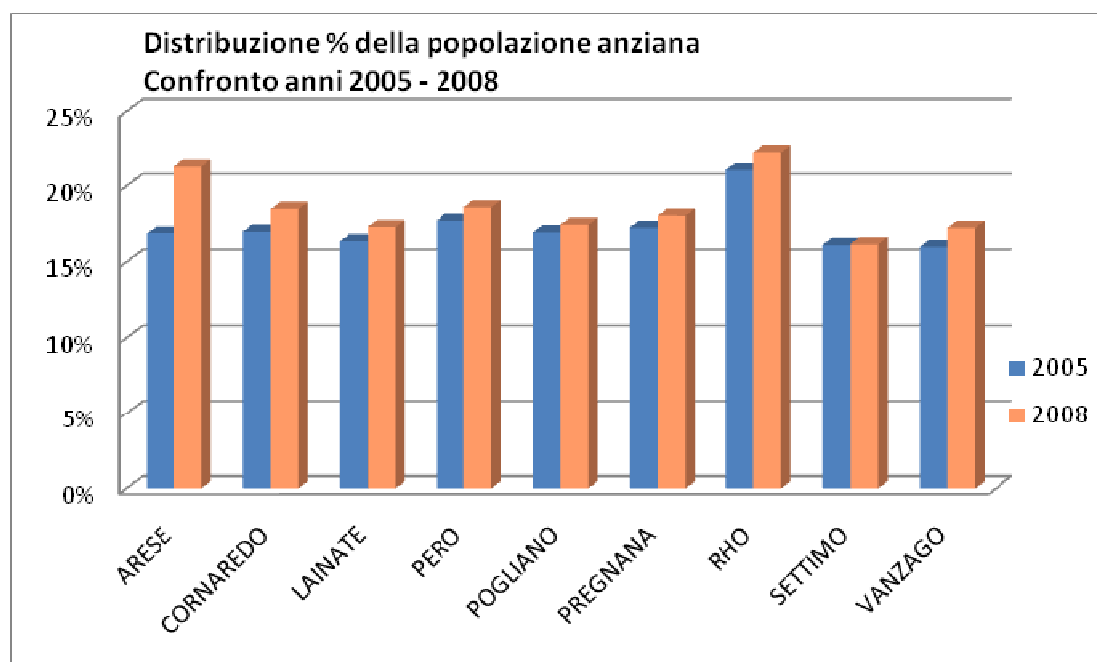
Tab. 3.2 - Popolazione: composizione percentuale per classi di età, anno 2008

FASCE D'ETA	ARESE	CORNAREDO	LAINATE	PERO	POGLIANO	PREGNANA	RHO	SETTIMO	VANZAGO	TOTALE 2008	TOTALE 2005
0 – 3	3,14%	2,95%	4,01%	3,59%	3,81%	3,19%	2,57%	2,85%	4,20%	3,16%	3,25%
4 – 5	1,99%	1,91%	2,09%	1,58%	2,02%	1,73%	1,69%	2,16%	2,93%	1,94%	1,97%
6 – 10	5,16%	5,11%	5,19%	4,28%	5,09%	4,54%	4,33%	6,24%	5,03%	4,94%	4,69%
11 – 13	2,77%	2,81%	2,89%	2,79%	3,02%	2,81%	2,53%	3,06%	2,59%	2,76%	2,72%
14 – 18	4,36%	4,60%	4,43%	4,43%	4,75%	4,72%	4,30%	4,88%	3,93%	4,46%	4,45%
19 – 25	5,95%	6,47%	6,33%	6,44%	20,25%	7,21%	6,49%	6,19%	5,04%	6,99%	6,60%
26 – 45	27,50%	30,76%	32,16%	32,48%	17,64%	31,46%	29,13%	31,39%	35,36%	29,90%	32,17%
46 – 64	27,84%	26,91%	25,60%	25,81%	25,97%	26,29%	26,78%	27,07%	23,68%	26,50%	26,11%
65 – 80	17,32%	14,82%	14,09%	15,38%	14,22%	14,89%	16,75%	13,27%	13,05%	15,32%	14,56%
81 – 90	3,21%	3,22%	2,82%	2,89%	2,89%	2,89%	4,87%	2,55%	3,57%	3,55%	2,88%
Oltre 91	0,76%	0,44%	0,39%	0,33%	0,34%	0,28%	0,56%	0,35%	0,62%	0,49%	0,59%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



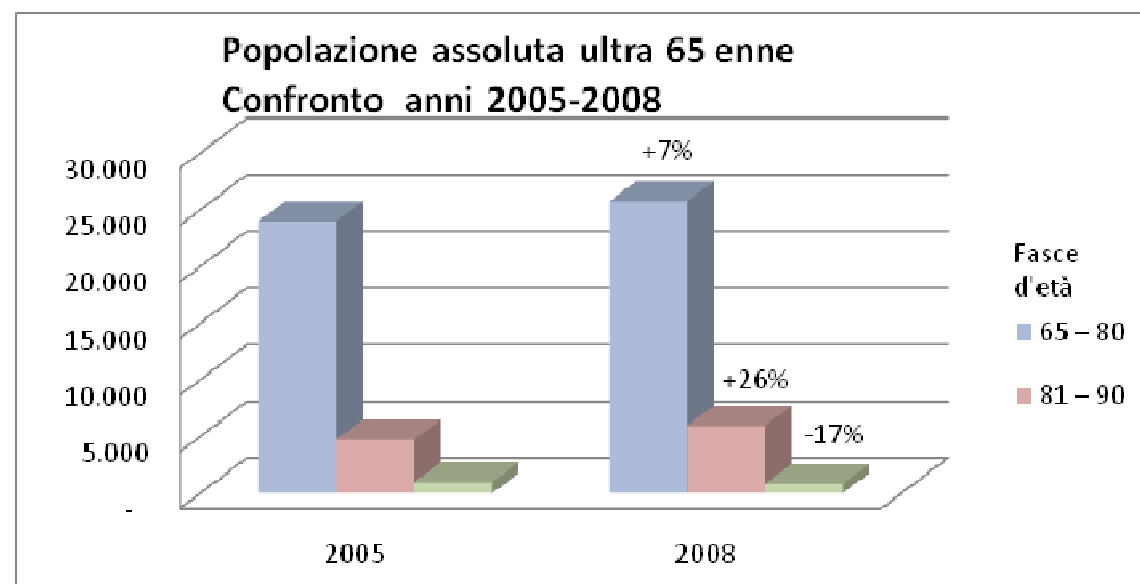
La quota di anziani ultrasessantacinquenni al 31/12/2008 è pari al 19,36% della popolazione contro il 18,03% del 2005 e il 15,8% del 2001 ed è di fatto allineata al dato regionale.

Il confronto con la quota regionale, pari al 18,59%, rileva una situazione sostanzialmente omogenea, mentre il Rhodense appare sostanzialmente “anziano” se paragonato alla quota relativa all’ASL Milano 1 pari al 16,21%. Va inoltre considerato che la crescita della popolazione anziana in termini di composizione percentuale ha una distribuzione disomogenea, con un incremento marcato ad Arese, (4,2%), mentre a Settimo rimane sostanzialmente invariata nonostante un sostenuto incremento della popolazione.

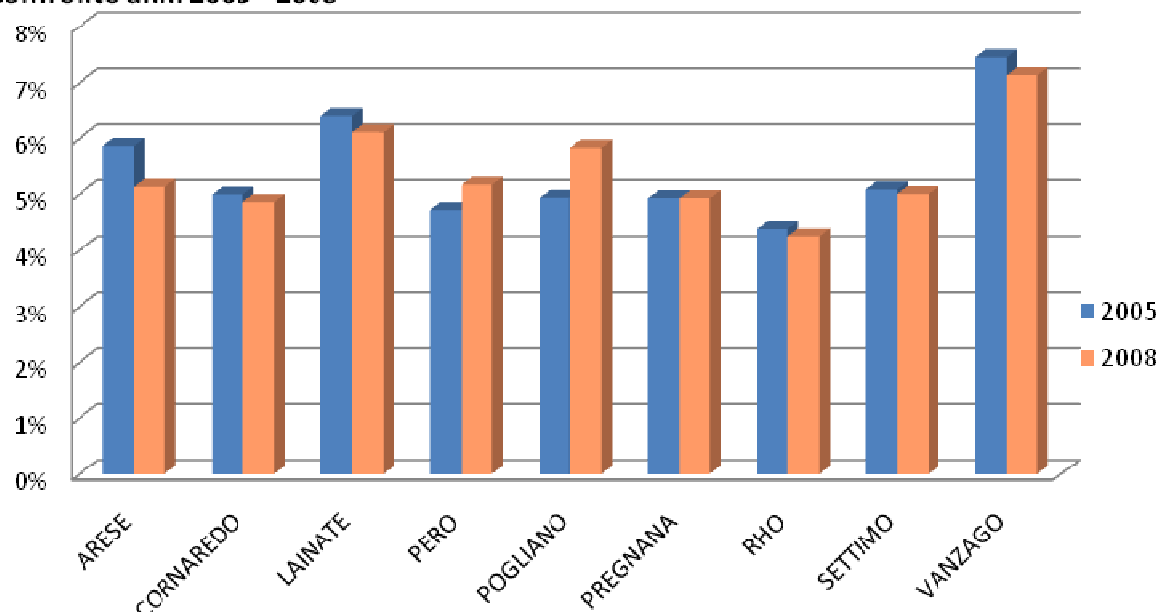


Da notare rispetto alla popolazione anziana il valore assoluto dei grandissimi anziani (ultra 90enni), che sono oltre 800 unità (di cui 280 a Rho) e che rappresentano una categoria con un sicuro bisogno assistenziale.

È poi interessante notare, nella tabella 3.2, alcune specificità comunali nella struttura della popolazione, in particolare la quota relativamente elevata di ultra 80enni nei Comuni di Rho (5,34% della popolazione) e Vanzago (4,19%).



**Distribuzione % della popolazione prima infanzia (0 - 5 anni)
Confronto anni 2005 - 2008**



I tassi di natalità dei 9 Comuni si collocano intorno alla media provinciale, e sono comunque in leggerissimo calo rispetto al 2005 (- 0,12%).

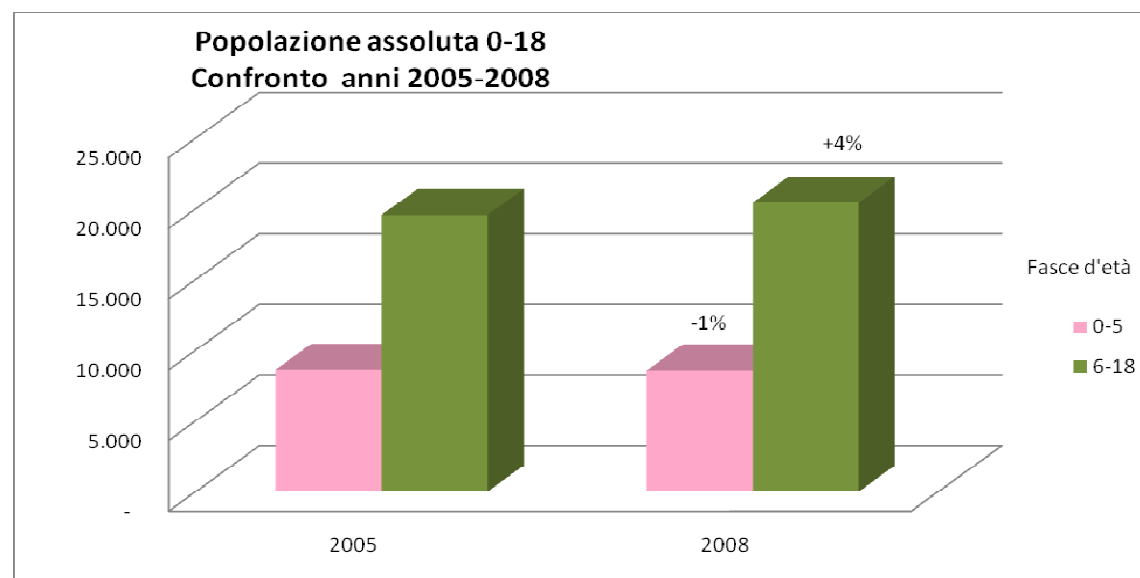
Particolarmente prolifici negli ultimi anni sono stati i Comuni di Lainate Pogliano e Vanzago, dove la quota della prima infanzia (0-5 anni) supera abbondantemente il già relativamente alto valore medio dell'Ambito (5,1% della popolazione). In particolare Vanzago mantiene il primato di comune giovanissimo con una popolazione prima infanzia pari a oltre il 7%. Rho invece è quello fra i Comuni ad avere la più bassa quota di bambini appartenenti alla prima infanzia (poco più del 4%).

Rho dunque sembra vivere un fenomeno di invecchiamento tipico dei grandi centri urbani, mentre i Comuni di più piccole dimensioni, con una popolazione leggermente in crescita, si configurano come poli di attrazione anche per nuovi insediamenti, meta di flussi di mobilità geografica che interessano tutto l'hinterland

milanese, e che per diverse ragioni spingono individui e famiglie ad insediarsi nei centri della cintura peri-urbana di minori dimensioni.

Si evidenzia quindi una distribuzione della popolazione per fasce di età relativamente disomogenea sul territorio dell'Ambito: ciò costituisce un segnale importante anche per l'organizzazione dei servizi, ed evidenzia la presenza di tre Comuni particolarmente "giovani" e di un Comune (Rho) con una popolazione anziana al di sopra della media regionale.

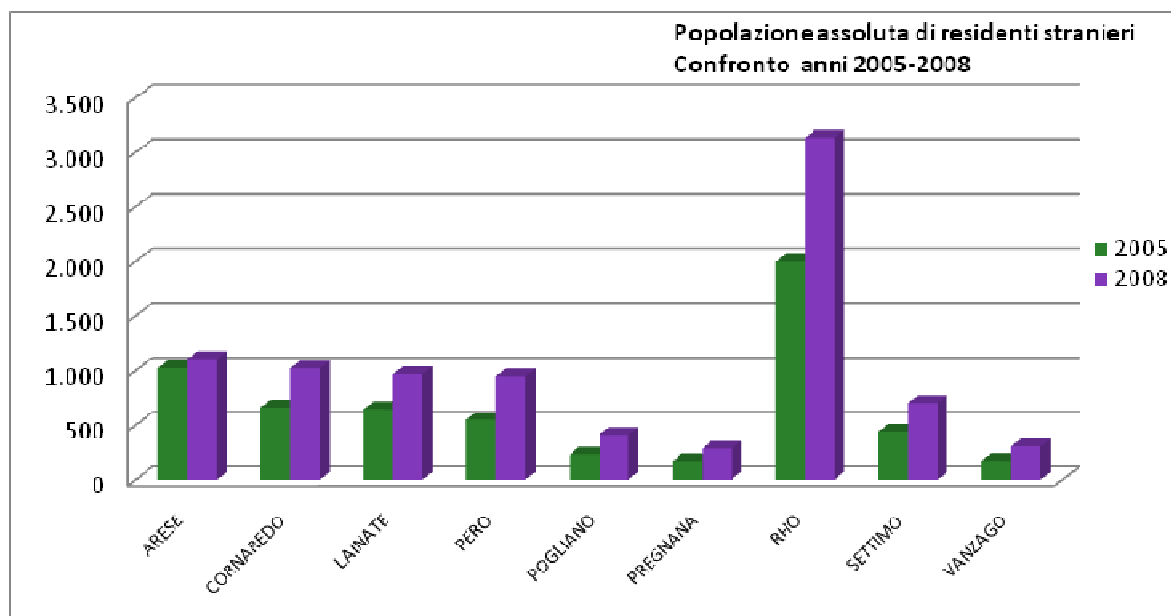
Dei 164.883 individui abitanti sul territorio del Rhodense oltre un terzo, pari al 35,12%, si colloca al di fuori dell'età tradizionalmente definibile come lavorativa, cioè fino ai 18 e oltre i 65 anni, anche se naturalmente anche queste due fasce comprendono di fatto persone già o ancora attive sul mercato del lavoro, in forme più o meno regolari; da notare ancora una volta lo scostamento significativo con l'anno 2001, in cui la popolazione al di fuori dell'età lavorativa rappresentava il 31,9%.



Per quanto riguarda le presenze di stranieri si ha la situazione mostrata nella tabella seguente:

Tab. 3.3 - Gli stranieri nel Rhodense

	ABITANTI 2008	STRANIERI 2008	STRANIERI 2005	INCREMENTO % 2005 - 2008	% SU ABITANTI 2008	% SU ABITANTI 2005	% SU TOTALE STRANIERI AMBITO
ARESE	19.543	1.109	1.023	8,41%	5,67%	5,29%	12,49%
CORNAREDO	20.466	1.021	663	54,00%	4,99%	3,25%	11,50%
LAINATE	25.062	968	645	50,08%	3,86%	2,66%	10,90%
PERO	10.533	949	550	72,55%	9,01%	5,30%	10,68%
POGLIANO	8.209	412	232	77,59%	5,02%	2,82%	4,64%
PREGNANA	6.481	283	173	63,58%	4,37%	2,88%	3,19%
RHO	50.298	3.133	1.998	56,81%	6,23%	3,98%	35,27%
SETTIMO	18.968	703	443	58,69%	3,71%	2,42%	7,91%
VANZAGO	8.496	304	175	73,71%	3,58%	2,22%	3,42%
TOTALE	168.056	8.882	5.902	50,49%	5,29%	3,57%	100,00%

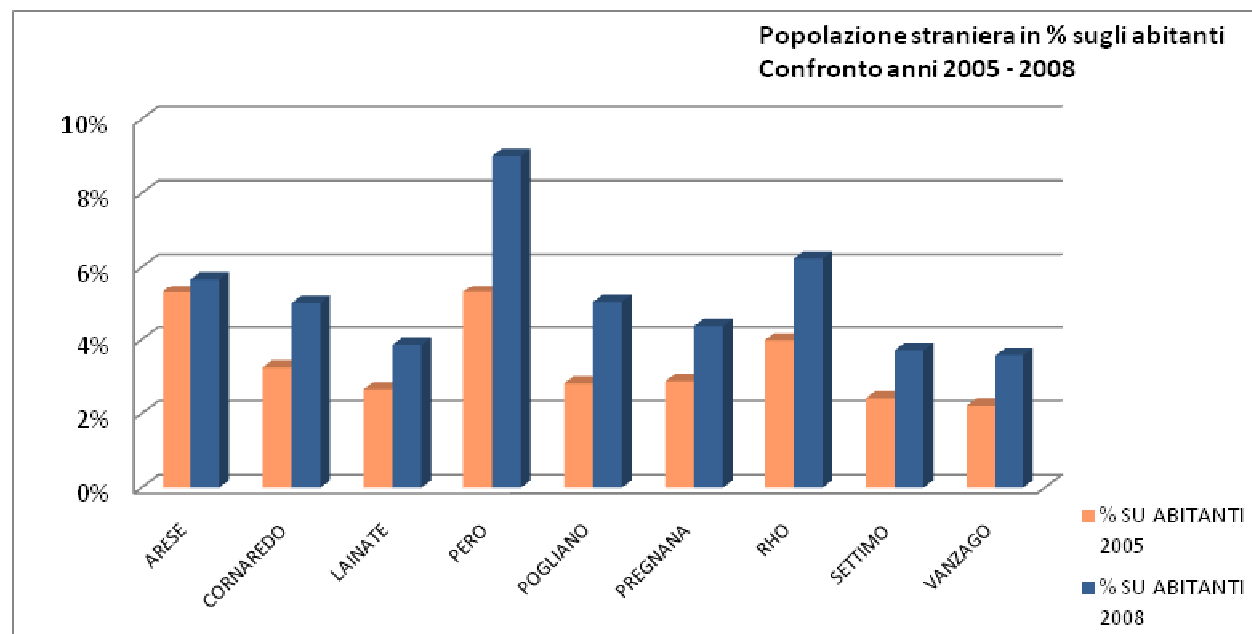


L'impatto del fenomeno stranieri è sicuramente uno delle note più rilevanti dei mutamenti di carattere demografico che hanno attraversato il rhodense nel triennio e invita sicuramente a numerose riflessioni; in un quadro di sostanziale stabilità degli andamenti demografici emerge invece una intensa dinamica relativa ai fenomeni migratori; pur senza entrare nel merito di indicatori più fini (paesi di provenienza, fasce di età) rimane il fatto che la presenza di stranieri residenti si è incrementata nel triennio del 50% e rappresenta una percentuale della popolazione rhodense pari al 5,29 per cento.

La distribuzione percentuale nei Comuni è profondamente disomogenea: a Pero il numero di stranieri è pari al 9% dei residenti, seguito da Rho con oltre il 6%, mentre Settimo,

Vanzago e Lainate sembrano meno investiti dal fenomeno.

I dati esposti rappresentano comunque una importante evidenza che chiama a riflessioni che coinvolgono il presente piano di zona e che richiamano sicuramente alla necessità di interventi tesi a contrastare il rischio di frammentazione sociale e a favorire misure che rinforzino la coesione.



Tab. 3.4 - Alcune caratteristiche dei nuclei familiari

	ARESE	CORNAREDO	LAINATE	PERO	POGLIANO	PREGNANA	RHO	SETTIMO	VANZAGO
NUMERO FAMIGLIE	7.962	8.426	10.071	4.383	3.210	2.642	21.955	7.820	3.528
FAMIGLIE UNIPERSONALI	2.032	2.262	2.500	1.353	749	695	7.079	2.150	947
fam. unipersonali 2005	1.726	2.063	2.147	1.139	712	523	6.405	1.868	791
% FAMIGLIE UNIPERSONALI	25,52%	26,85%	24,82%	30,87%	23,33%	26,31%	32,24%	27,49%	26,84%
incremento fam. Unipersonali 05 - 08	17,73%	9,65%	16,44%	18,79%	5,20%	32,89%	10,52%	15,10%	19,72%
N. MEDIO MEMBRI NUCLEO FAMIGLIARE	2,55	2,48	2,56	2,4	2,61	2,57	2,36	2,46	2,48

La tabella 4 evidenzia che la dimensione media delle famiglie, cioè il numero medio di componenti, varia da un territorio all'altro, facendo pensare a contesti contrassegnati maggiormente da isolamento e solitudine quantomeno abitativa, quando non relazionale in senso stretto. Si nota tuttavia una crescita omogenea e sostenuta delle famiglie unipersonali, che in termini generali rappresenta un indicatore di frammentazione e di potenziale rischio di fragilità sociale.

Di seguito vengono evidenziati alcuni indicatori di fragilità sociale che vanno considerati come elementi di potenziale rischio e che invitano ad una riflessione.

Particolarmente esposte ai rischi di fragilità e vulnerabilità sociale sono le famiglie composte esclusivamente da uno o più anziani. Situazioni fragili in quanto è evidente che, senza una solida rete di aiuti, le famiglie di questo tipo sono maggiormente esposte al rischio di eventi di crisi (una malattia, la perdita di autosufficienza, un lutto), che possono produrre elementi di forte disagio.

Fronteggiare per tempo tali situazioni e prevenire il formarsi di condizioni di fragilità estrema diventa oggi un compito urgente cui il sistema dei servizi è chiamato a rispondere.

3.2 LO SCENARIO DI RIFERIMENTO DEL PROSSIMO TRIENNIO: IL PIANO SOCIALE DI ZONA COME CROCEVIA VERSO IL GOVERNO DEI FENOMENI SOCIALI DEL TERRITORIO

Il mutamento dei sistemi produttivi sta determinando in via generale profonde trasformazioni sotto il profilo economico, sociale e culturale in ogni zona del pianeta. Sempre più, infatti, i meccanismi della produzione, avvantaggiati dall'incedere di tecnologie sempre più sofisticate soprattutto nel settore della comunicazione, tendono a favorire processi di delocalizzazione della lavorazione da Paesi, dove in passato si era assistito ad un forte sviluppo della media e grande industria, verso zone del mondo considerate più vantaggiose, per una serie di ragioni note e che qui non staremo ad approfondire.

Il territorio posto immediatamente a Nord Ovest della città di Milano è tra quelli che maggiormente sono stati investite da queste dinamiche. I grandi insediamenti industriali, operanti fino ai primi anni '90, hanno progressivamente esaurito la loro forza produttiva e si sono lentamente spenti. Il primo

impatto di questa evoluzione è stata la crisi di identità del territorio, che, faticando a comprendere il processo in corso, ha dovuto tornare a chiedersi a quale vocazione rispondere. Una fase che è stata spesso sospesa tra il desiderio di difendere un passato, che non c'era più, ed un futuro di cui non si comprendevano bene gli orizzonti. Il primo evidente impatto di queste trasformazioni è stata il venir meno della richiesta di tutti quei profili professionali, che per anni avevano rappresentato la fortuna su cui riporre le certezze di numerose famiglie e la loro conseguente evoluzione. In particolare il settore della meccanica, collegata alla produzione delle automobili, se da una parte ha prodotto carenza di posti di lavoro, dall'altro ha avuto come conseguenza il favorire la nascita di numerose micro-imprese artigianali, che, pur con alterne vicende, hanno finito per ridurre l'impatto negativo conseguente alla trasformazione in corso, a dire il vero più per spontaneità che a seguito di un orientamento di carattere politico. Il secondo impatto prodotto è stato l'abbandono, totale o parziale, di parti ingenti di territorio, su cui per numerosi decenni si erano svolte le attività produttive. Negli anni molte Amministrazioni Comunali, manifestando grande coraggio e volontà, si sono riappropriati di queste porzioni di territorio, favorendo la loro trasformazioni e procedendo a grandi e onerose trasformazioni, ricorrendo in diversi casi anche ad accordi con privati. Il processo è risultato più complesso quando le aree, per dimensioni e tradizione, hanno coinvolto più Enti, pubblici e privati, come è stato per l'area dove oggi si estende la fiera di Rho/Pero o per l'area dell'ex Alfa Romeo di Arese, dove manca ancora un progetto preciso di sviluppo.

Pur essendo ancora troppo presto per poter contare su studi di settore precisi e dettagliati relativi all'impatto della Fiera Rho/Pero, è indubbio che questa opera di grandi proporzioni rappresenti la chiusura definitiva di un'epoca e l'avvio di una nuova era. Lo testimoniano non solo le ampie volte della avveniristica struttura degli enormi padiglioni che hanno sostituito le ciminiere della vecchia raffineria, ma anche le nuove forme di lavoro, capaci di produrre in pochi giorni eventi di grandissime proporzioni per poi riaddormentarsi fino al successivo appuntamento; il numero di persone attratte nel territorio ed il conseguente impatto delle infrastrutture necessarie per questo tipo di attività; i grandi capitali provenienti da un'area che comprende prioritariamente la mitteleuropa.

L'attività della Fiera non è ancora a regime ma un'altra grande opera è già in programma. Milano, infatti, sarà luogo dell'Expò 2015 e molti dei luoghi che verranno utilizzati per le manifestazioni saranno prossimi a quelli in cui oggi si estende la Fiera e quindi insisteranno su territori propri dell'ambito distrettuale rhodense. E forse altre grandi realizzazioni, quali ad esempio il nuovo stadio di calcio, potrebbero trovare nelle stesse aree una localizzazione, sfruttando infrastrutture nuove e già realizzate.

Rispetto a questi scenari grandiosi, pur comprendendo un legittimo smarrimento, a nulla vale indulgiare sulla bontà o meno delle opere, visto che le decisioni, e in parte anche le realizzazioni, sono state già assunte. Il punto ora sta nel cercare di dare un'armonia a quanto avanza, cercando di valorizzare queste opere come un'opportunità del territorio, impegnandosi in un lavoro teso a garantire, stante la situazione, la migliore qualità del vivere comune ai cittadini del territorio.

Sotto questo profilo il Piano Sociale di Zona rappresenta una grandissima risorsa perché si pone come uno dei pochi strumenti di pianificazione con valenza sovra comunale. Questo aspetto, più che tendere a dare risposte specifiche su settori di propria competenza, può creare i presupposti per una sorta di governance globale dello sviluppo del territorio, aprendo interlocuzioni con tutti gli attori dello stesso, con i quali studiare le forme più appropriate per dare vita a luoghi istituzionali dove farsi carico delle sorti e del futuro che i grandi scenari offrono.

Tre orientamenti innovativi appaiono determinanti per la completezza di questo nuovo Piano Sociale di Zona.

Il primo è quello di svolgere una decisa azione politica di connessione tra tutti gli strumenti di programmazione che oggi attraversano il territorio: dai Piani Territoriali, ai Piani Regolatori, a quelli di carattere sanitario, a quelli relativi all'offerta formativa. La difficoltà risiede nel fatto che, in un quadro normativo difforme, sono strumenti molto diversi tra loro, che fanno riferimento a territori non coincidenti e a istituzioni spesso molto distanti tra loro. Il contributo che il Piano Sociale di Zona può offrire è quello di ridurre le incongruenze esistenti e di favorire, attraverso una lenta progressione, la condivisione di informazioni, procedure e sviluppi indispensabili per ricostruire una identità condivisa territoriale in grado di dare un senso qualificato alle risorse presenti o in via di edificazione.

Il secondo orientamento è la consapevolezza di trovarsi in un momento di grande trasformazione globale che trascende il proprio riferimento locale e di saper affrontare la complessità sociale in cui tutti ci stiamo dibattendo con grande umiltà. Nessuno oggi ha una ricetta per come uscire da una situazione che è sostanzialmente nuova, a fronte dei numerosi cambiamenti degli ultimi anni. Da qui la necessità di conoscere e studiare altre esperienze, in Italia o all'estero, che si trovano in condizioni simili al nostro territorio. Solo a titolo di esempio potrebbe essere interessante approfondire i nuovi strumenti di pianificazione a cui stanno ricorrendo alcune città italiane, come Roma e Genova: si tratta dei cosiddetti Piani Regolatori Sociali che si pongono l'obiettivo di armonizzare in un unico documento pianificatorio i vari aspetti del vivere comune. Oppure conoscere più in dettaglio modalità e strumenti di quelle città europee dove insistono zone di grande attrazione per il pubblico. Tutto ciò è fattibile solo se si prevedono risorse in grado di affiancare agli interventi ordinari spazi di studio e riflessione.

A questi due primi orientamenti consegue lo sviluppo di un processo in grado di costruire, insieme alla cittadinanza, nuovi connotati ben definiti al territorio, riconoscendone la vocazione e la mission. Chiarito e condiviso questo aspetto diventa più facile leggerne le necessità e investire sugli obiettivi, ricavando le priorità. In questo lavoro allora si può trovare ancora lo spazio per non arrendersi agli aspetti più negativi che inevitabilmente le grandi trasformazioni hanno comportato ma per ricercare con fantasia e creatività il gusto del bello e il desiderio di cambiare in meglio il territorio. Anche sotto questo aspetto esistono esempi nel mondo, come ad esempio la città di Seul o le grandi città europee, che, proprio a partire da occasioni simili alle nostre, hanno saputo coniugare bene lo sviluppo socio-economico con la cura del territorio. Per fare questo però è fondamentale avere uno sguardo complessivo, sapendo dare valore agli aspetti ambientali e culturali già presenti ed investendo sugli stessi. Un'operazione questa che, rilanciata in un quadro di grande respiro e di valenza istituzionale, potrebbe risultare di grande interesse anche per quegli stessi privati che investono sul territorio, così come avviene in gran parte del mondo occidentale.

Riconoscere la vocazione di un territorio e candidarsi a governarlo nella sua complessità significa guardare con coraggio anche ai problemi emergenti, alle nuove povertà, alla ricerca di un nuovo patto di coesione e socialità da offrire a tutti, secondo un quadro di legalità chiaro e trasparente. Qui si gioca lo specifico del Piano Sociale di Zona e la sua capacità di contaminare gli altri settori di intervento, a cui chiedere di ripartire a programmare insieme, come abbiamo accennato sopra, secondo un disegno dal respiro più alto, meno settoriale, con l'obiettivo di offrire sempre occasioni alla singola persona per poter esprimere la propria potenzialità e vedere garantita la propria dignità. Sotto questo profilo merita un breve approfondimento la questione inerente le professioni. Non è pensabile che la popolazione sappia ancora orientarsi da sola di fronte a queste profonde trasformazioni. Inoltre bisogna prendere atto che il sistema formativo generale, ingessato da norme forse eccessivamente rigide, fatica a stare al passo dei tempi. Anche il welfare, attraversato da

profonde trasformazioni, farà sempre più fatica a disporre di risorse per chi fatica a trovare un'occupazione o a garantire la sicurezza nella vecchiaia. Molte di queste questioni non possono che essere dipanate da scelte di carattere nazionale. Alcune soluzioni però possono vedere coinvolti i soggetti del territorio in forma attiva, se questi decidono di intraprendere una forma di collaborazione stabile e proficua. I territori parlano ed esprimono necessità, anche sotto il profilo dei bisogni professionali. Lo chiedono le nuove imprese che si stanno ristrutturando sulla nuova presenza delle grandi opere. Ma lo chiedono, sempre più anche le società, spesso organizzate sotto forma di cooperative, che producono servizi alle persone, all'ambiente, alla cultura. Si tratta di non disperdere questi segnali ma di dar loro valore, pianificando al meglio l'offerta formativa.

Tutto quello abbiamo voluto scrivere, seppur per sommi capi, in conclusione, è l'esigenza, in una società complessa, di rispondere con strumenti complessi ma idonei alle grandi sfide che il tempo impone. E non si intende certo qui la necessità di avvalersi di apporti tecnologici superiori a quelli già messi in campo. L'investimento che oggi è maggiormente richiesto è quello delle relazioni, è tessere una forte spinta di socialità fra le istituzioni e tutti quelle componenti che operano e vivono il territorio, chiedendo a tutti di farsi carico con responsabilità di dare un apporto al bene comune. Se cresce il bene comune, il territorio è ricco e prospero e tutti riescono a conseguire i propri obiettivi, anche economici. In caso inverso cresce il rischio di vedere appassire anche le grandi opere, senza aver dato loro l'opportunità di manifestare in pieno le proprie potenzialità. Insomma è lo spazio politico, quello di cui bisogna riappropriarsi, come volano e motore di sviluppo del territorio.

In tutto questo fitto lavoro di rete e di relazioni il terzo settore può svolgere un ruolo importante, perché sempre più si pone come corpo intermedio fra le istituzioni e il singolo cittadino, come ridistributore di ricchezza attraverso il lavoro, come attrattore di risorse esterne. Il fatto di aver lavorato insieme con il terzo settore anche nella stesura del presente Piano Sociale di Zona si basa sul fatto di confidare anche su queste virtù.

3.3 LETTURA RAGIONATA DEI PROBLEMI DEL TERRITORIO (BISOGNO) DALLE RICERCHE E NEI RAPPORTI DI VERIFICA E VALUTAZIONE E ATTIVATE NEL RHODENSE

IL PROFILO TERRITORIALE

Senza riprendere quanto descritto sul capitolo di commento dei dati demografici, vogliamo però segnalare alcuni dei dati ivi rilevati, al fine di tracciare una prima interpretazione che riguarda il quadro dei bisogni come profilo territoriale della domanda sociale alla base della nostra struttura programmatoria.

In tal senso, dobbiamo rivolgere l'attenzione a tre aree che emergono dal profilo demografico territoriale: infanzia, anziani, fragilità sociali.

Anche i semplici dati di incremento/decremento possono raccontarci quale potrebbe essere la tendenza della domanda, tendenza che può delinearsi maggiormente collegando i dati tra di loro e confrontandoli con altre tipologie di indicatori.

La prima risultanza, che conferma una tendenza consolidata del rhodense, è l'incremento della popolazione che, seppur in minore entità rispetto agli anni precedenti, aumenta dell'1,89% (3173 unità). Ciò che è più interessante è che di questo incremento ben 2998 soggetti sono cittadini migranti.

Il totale della popolazione al 31/12/2008 è di 164.883 unità.

Entrando maggiormente nel dettaglio, esaminando i dati riguardanti i residenti divisi per fasce d'età, non possiamo che rivelare, rispetto alle nuove nascite e la prima infanzia, un elemento tendenziale opposto all'incremento demografico: la fascia 0-3 anni si riduce dello 0,98% (- 52 unità).

Ciò inverte notevolmente una tendenza, riscontrata negli scorsi anni, di crescita della popolazione infantile, legata sostanzialmente alla crescita di nuovi insediamenti abitativi nei paesi più piccoli del rhodense, dove le famiglie hanno trovato una migliore qualità della vita e anche una maggiore offerta di servizi per la prima infanzia. Tendenza comunque progressivamente mutata, negli anni successivi, sino ad arrivare ad oggi con una sostanziale spinta verso una soglia della crescita pari a zero. Questo dato, paragonato con il grosso incremento (che esamineremo più avanti) della popolazione migrante, fa presumere che in assenza di un apporto considerevole dei cittadini migranti, il decremento dei bimbi di età compresa 0-3 anni sarebbe stata più marcata. Ciò non può tuttavia determinare una divergente posizione sulle politiche di sostegno e tutela della prima infanzia; tutt'altro. L'allarme crescita zero dovrebbe promuovere una maggiore strutturazione in senso integrativo della rete dei servizi, affinché l'offerta stessa sia elemento a sostegno delle famiglie, riconosciute come dispositivo fondamentale per l'integrità e la tenuta del sistema sociale; famiglie che altrimenti non potrebbe sperare di sopravvivere da sole nel pieno di una crisi economica la cui conseguenza è l'aumento della precarietà e il depotenziamento dei sistemi di protezione sociale. La famiglia dispositivo sociale non è un congegno teorico e demagogico, ma una realtà di concreta fattezze sociale, che necessita di una rete di sostegno integrata, efficace e solidale.

La fascia 4-5 anni conferma il dato di cui sopra attraverso un incremento ridottissimo + 0,12 % (+ 4 bimbi) completando il quadro della crescita zero.

Il forte decremento della popolazione tra gli 0 ed i 5 anni, collegato al forte incremento della popolazione anziana, traccia una tendenza preoccupante che sposta l'ottica degli interventi verso una sempre più attiva politica a favore degli anziani, in termini assistenziali, e verso un necessario impegno per il mantenimento degli standard dei servizi per la prima infanzia, in termini promozionali.

L'età della scuola dell'obbligo (dai 6 ai 10) anni vede una crescita del + 7,30 (+ 565 unità), che rappresenta uno scenario frutto di quanto "capitalizzato" negli anni precedenti.

È un dato che non può però essere scisso da quello relativo alla forte crescita socio-demografica della popolazione migrante.

Si crea in tal senso un bisogno di maggiore attenzione all'integrazione e alla valorizzazione delle culture in una logica di garanzie sociali e relazionali per i nostri bambini, di qualsiasi origine essi siano.

È necessario ricercare e far convergere risorse ed energie finalizzate a politiche di integrazione, soprattutto sulle cosiddette "G2" (seconde generazioni migranti), composte di cittadini italiani a tutti gli effetti: una ricca sintesi di culture che non possono in alcun mondo entrare in contrapposizione. Le seconde generazioni rappresentano una condizione ineluttabile del nostro futuro sistema sociale: interculturale, integrato e solidale.

Un altro forte dato di decremento riguarda la fascia 26-45, con un - 5,36% (- 2.845 unità). È la fascia più produttiva ma anche quella più precaria sul fronte occupazionale, soprattutto in questa fase economica.

Possono essere azzardate diverse interpretazioni per il dato, che comunque traccia una tendenza preoccupante. Un decremento di questa fascia di popolazione riflette la riduzione di opportunità nel nostro territorio.

Sugli anziani i dati si consolidano per la fascia 65-90 anni: l'incremento è pari al 32,95% (+ 2.965 unità); si riscontra invece una riduzione della popolazione ultra novantenne di (- 16,51%). I dati riflettono una proiezione sullo stato di bisogno del territorio che, in questo caso, riguarda interventi di sostegno socio-sanitario ed un maggiore investimento sugli interventi che favoriscono l'autonomia della persona, attraverso una sinergia necessaria tra interventi sociali e sanitari.

In conclusione si segnala un dato che non può essere analizzato senza considerare l'impatto trasversale alle diverse aree di bisogno. I cittadini migranti del territorio Rhodense crescono, rispetto al 2005, del 50,49% (incremento minimo ad Arese: + 8,41; maggiori incrementi a Pogliano: + 77,59; Pero, Vanzago, Pregnana; forbice 63-73%).

È molto probabile che la presenza di migranti sul territorio, non solo abbia garantito un incremento moderato ma effettivo della popolazione, ma garantisca – seppure a fatica – anche una minore ricaduta dei dati di crescita e ricambio generazionale.

Il dato va quindi analizzato seguendo una logica dinamica: maggiori politiche di integrazione e di inclusione in cambio di un minore impatto sociale sulle generazioni future e sul nostro sistema d'offerta sociale. Maggiori investimenti sulla prevenzione consentono un risparmio rispetto alle risorse impiegate per affrontare i danni sociali della disgregazione, dell'emarginazione e dell'esclusione.

CRITICITÀ E BISOGNO SOCIALE

Trattare il tema delle criticità del territorio, che stanno alla base dei bisogni che devono guidare gli orientamenti programmatori del Piano Sociale di Zona, non è semplice in assenza di una struttura di valutazione o di un osservatorio che produca dati omogenei, monitorabili e confrontabili, necessari ad una qualsiasi analisi.

Cercheremo quindi di far buon uso di ogni ricerca realizzata per conto del Piano Sociale di Zona nello scorso triennio, oltre ai diversi rapporti di verifica e valutazione connessi ai singoli servizi.

Traceremo alcune considerazioni di carattere analitico seguendo la logica per assiomi (casa, lavoro, autonomia, educazione) sulla quale si è costruita la struttura del Piano Sociale di Zona stesso.

Individuiamo tre assiomi

VIVERE (lavoro, autonomia, povertà) **ABITARE, EDUCARE.**

VIVERE

Il riferimento alla crisi economica internazionale, che ha già prodotto i suoi primi effetti sull'economia reale e quindi sulle persone e che ci investirà in maniera sempre maggiore proprio nel futuro triennio, è una necessaria premessa ad una seppur parziale sintesi sul quadro dei bisogni del nostro territorio. Un territorio che, per le sue caratteristiche socio economiche, per le tradizioni industriali e di economia sviluppata proprio sulla medie imprese,

per la stessa collocazione geografica come città metropolitana, subirà certamente gli effetti di questa crisi. I bisogni che ne conseguiranno otterranno certamente attenzione, ma forse non una risposta diffusa nell'immediato.

I dati utilizzati in questo capitolo (riferiti ai primi mesi del 2008) fanno già riferimento ad un quadro che muta e che ha come primo elemento essenziale un progressivo scivolamento delle estremità della classe media verso una condizione di maggiore povertà e fragilità; situazione che genera una maggiore esigenza di supporto sociale.

Già con la ricerca "Povertà nel Rhodense", condotta da Lorenzo Radice e Cenza De Giglio, si rilevava in maniera molto netta la percezione, da parte degli operatori sociali dei Comuni del Rhodense, di una crescita del numero di cittadini aventi caratteristiche acquisitive (formazione, occupazione, condizione familiare, ecc.), che in passato appartenevano a profili di popolazione prive di problematicità economica.

Questo dato, il numero crescente di soggetti le cui condizioni non erano fattore di rischio e che improvvisamente si trovano in situazione di bisogno e si rivolgono al servizio sociale di base, non riguarda esclusivamente il nostro territorio. Si tratta di un dato strutturale, che ha cominciato a profilarsi pochi anni fa e che nel futuro triennio tenderà a consolidarsi.

Un altro elemento consolidato è che il lavoro, da solo, non necessariamente è sufficiente a garantire ai nuclei familiari uno stato di benessere sufficiente all'autonomia ed alla esclusione di necessità d'aiuto dei Servizi Sociali.

La succitata ricerca, empirica e molto utile, offre dati raccolti direttamente nei nostri 9 Comuni in riferimento alle richieste di assistenza economica e contributi a sostegno dell'affitto.

Due misure, queste, che per le loro caratteristiche rendono sufficientemente omogeneo un campione rappresentativo di cittadini non necessariamente "clienti" abituali dei nostri servizi sociali, rendendo di conseguenza rappresentativi anche gli stessi dati oggetto di analisi.

Se diminuisce il lavoro, spesso unica fonte di reddito di un nucleo familiare, si riducono gli spazi di autonomia delle persone e si rischia di precipitare in una zona grigia a ridosso della povertà.

Si legge nella ricerca che

<<Il concetto di povertà relativa parte dal semplice presupposto che le condizioni di vita di un gruppo sociale sono definibili solo se messe in relazione con il resto della società.

Anche in Italia, le stime ufficiali sulla povertà nazionale avvengono in termini di povertà relativa. Infatti, la definizione ufficiale di povertà relativa è adottata sulla base della spesa sui consumi delle famiglie italiane, condotta ogni anno dall'Istituto di Statistica Nazionale (ISTAT). La linea di povertà relativa, ovvero quella soglia convenzionale al di sotto del quale una famiglia viene definita povera, è individuata nel valore di spesa familiare media mensile di una persona, ottenuta da tale indagine.

Sulla base di questo si è assunto che, in Italia, una famiglia composta da due persone è considerata povera, in termini relativi, se la sua spesa media mensile è al di sotto del valore della spesa media mensile di una persona. Mentre, per le famiglie di ampiezza diversa, il valore della linea si ottiene applicando una opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti>>.

È paradossale che sia questo il concetto sulla base del quale vengono stimate le condizioni di benessere/povertà delle persone, e non invece che la condizione di povertà assoluta, che può essere rilevata dagli strumenti prettamente reddituali applicati ad alcuni fattori economici più generali (oppure

alla condizione del debito procapite delle famiglie o – come abbiamo fatto noi – attraverso gli indicatori connessi alla richiesta d’aiuto). I fattori che contribuiscono a ridurre i consumi non necessariamente rivelano le condizioni di benessere, se questi non sono correlati ad altri indicatori.

Il nostro territorio si colloca perfettamente in questo scenario, notevolmente rappresentativo di una realtà socio economica sviluppatasi negli anni, che ha contribuito a costruire l’attuale profilo sociale territoriale e le sue condizioni di ricaduta attuale.

Prendendo quindi come indicatore di analisi (seppur aggregato, comparato e certamente parziale) la richiesta d’aiuto, avanzata dai cittadini, nella forma di contributi economici differenziati, possiamo tracciare una prima analisi sul bisogno territoriale relativo all’assioma del vivere (lavoro, autonomia rischio di povertà).

Dalla ricerca si è riusciti a tracciare un primo profilo per fasce d’età del richiedente

Tab. 3.5 – Distribuzione campionaria per fasce d’età

	Campione Assistenza Economica	Campione Fondo Sostegno Affitti
Classi di età (7 anni)	%	%
18-24	3,1	1,2
25-31	7,1	10,6
32-38	14,9	21,4
39-45	28	22,6
46-52	15,2	9,1
53-59	9	4,1
60-66	8,5	5,8
67-73	7,3	6,3
74-80	4,5	9,1
81 e più	2,4	9,8
Totale	100,0	100,0
N.	422	868

	Campione Assistenza Economica	Campione Fondo Sostegno Affitti
Classi di età (14 anni)	%	%
18-31	10,2	11,8
32-45	42,9	44
53-59	24,2	13,2
60-73	15,9	12,1
74 e più	6,9	18,9
Totale	100,0	100,0
N.	422	868

Fonte: Povertà nel Rhodense: un’analisi sulle condizioni socioeconomiche dei nuclei familiari “a rischio povertà”

Due elementi interessanti servono ad affermare due prime condizioni:

- il campione di richiedenti più numeroso riguarda la fascia d’età con maggiori possibilità di inserimento lavorativo;

- Il campione di richiedenti ultrasessantenni è il secondo più numeroso.

Ciò mette in luce, da un lato la crisi del mercato del lavoro, dall'altro che una fascia sociale che si presumerebbe più protetta (gli anziani) presenti comunque la necessità di ottenere ulteriori supporti dal sistema sociale.

Leggiamo inoltre che

<<un elemento che emerge dalla comparazione dei due campioni riguarda la maggior concentrazione della popolazione ultra sessantenne tra quanti hanno presentato domanda di accesso al Fondo Sostegno Affitti (31,0%) rispetto a quella che fa richiesta di Assistenza Economica (22,8%). Tale differenza lascia intuire come in età anziana la popolazione goda più diffusamente di alcuni elementi di protezione sociale (pensioni d'anzianità in primo luogo) tali da rendere più raro il bisogno di ricorrere ai Servizi Sociali per un'integrazione reddituale a "largo spettro" come quella garantita dall' Assistenza Economica. Quando il nucleo sia costituito da un anziano (spesso donna) rimasto solo, diventa più difficile far fronte alle spese derivanti dall'affitto di un alloggio che frequentemente è quello dove si viveva già in età adulta con un coniuge e i figli. Le spese per la casa, in queste situazioni, diventano troppo onerose per un anziano rimasto con una sola fonte di reddito (pensione, reversibilità, ecc.)>>.

Nell'analisi della tipologia dello stato anagrafico del campione si traccia una seconda percezione che gli operatori sociali definiscono nell'osservazione quotidiana e nella rappresentazione dei dati stessi.

Se precedentemente un nucleo familiare di piccola entità (1-2 figli) non rappresentava un target abituale del servizio sociale, in questo ambito di misure d'aiuto oggi lo è molto di più, proprio per l'insieme dei fattori che stanno determinando un reale rimescolamento della tipologia di soggetti che si rivolgono ai servizi.

Per una famiglia la casa può potenzialmente rientrare nelle spese fisse connesse al mutuo e quindi la richiesta di sostegno riguarda più l'assistenza economica.

Quando la condizione di famiglia senza un reddito sufficiente si coniuga con l'onere di una casa in affitto o un mutuo elevato, si apre una crepa sulla solidità stessa del piccolo sistema familiare.

Nella tabella pubblicata dalla ricerca che riportiamo in queste pagine è interessante notare la rilevante percentuale di famiglie “tradizionali” (le coppie con uno o più figli costituiscono quasi il 40%) in entrambi i campioni.

Tab. 3.6 – Distribuzione campionaria per tipologia familiare

	Campione Assistenza Economica	Campione Fondo Sostegno Affitti
Tipologia familiare	%	%
Single	22,5	30,1
Coppia senza figli	6,6	10,7
Coppia con un figlio	13,5	17
Coppia con più figli	26,1	21,2
Monogenitoriale con un figlio	12,1	9,9
Monogenitoriale con più figli	11,4	7,5
Altra	7,8	3,6
Totale	100,0	100,0
N.	421	867

Fonte: Povertà nel Rhodense: un’analisi sulle condizioni socioeconomiche dei nuclei familiari “a rischio povertà”

Secondo la ricerca

<<La distribuzione per tipologia familiare, però, fa emergere anche un altro elemento di riflessione. I richiedenti Assistenza Economica sono maggiormente coinvolti rispetto ai richiedenti Fondo Sostegno Affitti nelle tipologie familiari che, più frequentemente, sono foriere di problematiche economico-sociali. In tal senso si possono leggere le differenze tra i due campioni rispetto ai nuclei monogenitoriali con uno o più figli (23,5% del campione Assistenza Economica, contro 14,5% del campione Fondo Sostegno Affitti) e rispetto alle altre tipologie residuali (7,8% contro 3,6%)>>.

Avere una disabilità è un fattore che accresce ancor più fortemente il rischio povertà; questo dato emerge in tutta la sua chiarezza drammatica quando si osservi che, mentre quasi un decimo dei richiedenti un contributo Fondo Sostegno Affitti sono nuclei al cui interno si trova almeno un disabile, tale quota sale a quasi un quarto tra i richiedenti Assistenza Economica.

Tab. 3.7 – Distribuzione campionaria per presenza di membri disabili nel nucleo familiare

	Campione Assistenza Economica	Campione Fondo Sostegno Affitti
Presenza di un membro disabile nel nucleo familiare	%	%
No	76,4	90,8
Sì	23,6	9,2
Totale	100,0	100,0
N.	419	869

Fonte: Povertà nel Rhodense: un'analisi sulle condizioni socioeconomiche dei nuclei familiari "a rischio povertà"

LAVORO E POVERTÀ

È estremamente difficoltoso riuscire ad ottenere dati sull'occupazione riferiti allo specifico del nostro ambito, e certamente il dato occupazionale è estremamente rilevante nel tracciare il nostro profilo territoriale e la sua proiezione rispetto al quadro della futura domanda di prestazioni sociali trasversali.

In questi ultimi mesi, il quadro economico e sociale è mutato radicalmente a causa della crisi economica che sta in questo momento montando e non è certamente al suo apice. Anche in presenza di dati riferiti al 2007, l'eccezionalità del momento avrebbe imposto un aggiornamento obbligato data la rapidità con la quale lo scenario è cambiato.

Un dato sulla condizione occupazionale serve perché è il collegamento tra il concreto peggioramento delle condizioni economiche delle famiglie ed il possibile incremento della richiesta di interventi sociali a tutti i livelli.

Analizzando ad esempio i dati riferiti alla distribuzione per condizione occupazionale dei richiedenti sostegno economico, si scopre che le due fasce percentuali maggiori corrispondono a occupati e pensionati, entrambi soggetti che detengono una provvigione minima.

Ciò a dimostrare che per alcune categorie di persone che possiedono un'occupazione o un reddito pensionistico, magari componenti di una famiglia dove l'unico reddito è il proprio, già prima di questa crisi le difficoltà di provvedere al mantenimento di se stessi o di un nucleo allargato sono notevoli.

Tab. 3.8 – Distribuzione campionaria per condizione occupazionale dei richiedenti

	Campione Assistenza Economica	Campione Fondo Sostegno Affitti
Condizione occupazionale del richiedente	%	%
Disoccupato	16,4	11,7
Occupato	54,7	59,3
Pensionato, ritirato o inabile al lavoro	20,8	29,1
Altra	8,1	0
Totale	100,0	100,0

Fonte: Povertà nel Rhodense: un'analisi sulle condizioni socioeconomiche dei nuclei familiari "a rischio povertà"

Il dato è rinforzato dalla tabella successiva, che conferma il fatto che le richieste provenienti da persone o nuclei in assenza di reddito sono piuttosto ridotte, mentre il 70% del campione è monoreddito. Si registra anche la presenza variabile tra il 13% e il 17% di nuclei familiari con due o più redditi, evidentemente di livello non sufficiente a prevenire il posizionamento del nucleo familiare in un'area di sofferenza economica.

Tab. 3.9 – Distribuzione campionaria per numero di percettori di reddito nel nucleo familiare

	Campione Assistenza Economica	Campione Fondo Sostegno Affitti
Numero percettori di reddito	%	%
0	17,5	6,9
1	69,2	75,5
2 o più	13,3	17,6
Totale	100,0	100,0

Fonte: Povertà nel Rhodense: un'analisi sulle condizioni socioeconomiche dei nuclei familiari "a rischio povertà"

Una curiosità – che non può essere completamente presa a campione significativo della realtà ma che rappresenta comunque un dato di realtà del momento – riguarda la professione del richiedente; emerge un quadro che, per quanto parziale, conferma l'eterogeneità del gruppo, piuttosto

scarsamente qualificato sotto il profilo occupazionale, ma dove non mancano impiegati e quadri (nel 5,7% dei casi), commercianti e liberi professionisti (nel 3,8% dei casi).

Tab. 3.10 – Distribuzione campionaria per professione del richiedente - campione Assistenza Economica

Professione del richiedente	N.	%
Operai generici	83	19,7
Lavori manuali	27	6,4
Operai qualificati	6	1,4
Addetti a servizi non qualificati	32	7,6
Addetti nel settore servizi (comm., ristor., alla persona)	38	9,0
Impiegati e quadri	24	5,7
Commercianti, dirigenti, liberi professionisti	16	3,8
Pensionati, invalidi, inabili al lavoro	95	22,5
Studenti	3	0,7
Altro	1	0,2
Dato n.d.	97	23,0
Totale	422	100,0

Cosa aspettarci quindi da questa crisi economica (che non solo condiziona le scelte economiche delle famiglie ma, colpendo l'occupazione, condiziona le stesse condizioni essenziali di vita di molte famiglie) è difficile da prevedere, non tanto per le conseguenze critiche certe ma per la portata e l'intensità di tali conseguenze.

Sappiamo che la domanda di aiuto economico e la richiesta di servizi gratuiti in sostegno della persona, della famiglia, dei familiari assistiti, aumenterà perché si allargherà la forbice dell'area di rischio povertà. Non sappiamo ancora quanto e con quale impatto sul nostro sistema dei servizi.

In conclusione, la ricerca che ha contribuito a tracciare la prima parte di questo quadro, già negli anni scorsi aveva rilevato che la prima problematicità riscontrata riguardava il bisogno lavorativo e occupazionale, ossia la difficoltà di trovare e/o mantenere un lavoro stabile, non precario e soddisfacente in termini di remunerazione (che coinvolge oltre il 40% del campione).

La seconda, in termini di rilevanza, rimane la dimensione socio-sanitaria riferita a problemi di salute fisica e di incapacità a fronteggiare eventi traumatici e psicologicamente stressanti (che interessa quasi 4 nuclei su 10). Questo conferma quanto sia necessario e non rinviabile un processo di integrazione efficace tra la dimensione sociale e quella sanitaria.

La terza criticità rilevata è quella dell'unità familiare, ossia la difficoltà – se non l'incapacità – di mantenere rapporti di convivenza serena all'interno della propria rete parentale di riferimento (nel 30% dei nuclei). Anche questo è un dato generalizzabile all'intera società. La famiglia tradizionale come

congegno sociale è in forte crisi e con lei gli stessi meccanismi della sua struttura evolutiva. Non può esserci sostegno e tutela del congegno stesso senza l'ammissione di questo quadro di crisi.

Infine, l'area dell'integrazione economica ai costi sostenuti per l'educazione dei figli riguarda un quinto dei richiedenti, in particolare quelli con nuclei famigliari numerosi. Questo dato rientra anch'esso in uno scenario che riguarda lo iato tra l'enunciazione di valori connessi alla famiglia e alla sua collocazione strategica nel sistema sociale e la cruda realtà dei fatti: la maggior parte di coloro che una famiglia la creano e la coltivano non trovano nel sistema dei servizi un esaustivo luogo di garanzia e sostegno.

ABITARE

Seguendo sempre una linea logica finalizzata a tracciare un profilo territoriale della nostra domanda sociale, l'area di bisogno espressa intorno alla dimensione abitativa è certamente rilevante per la domanda localmente crescente in un momento di crisi del mercato, dell'economia reale, per le forti ricadute sociali provocate dal bisogno abitativo.

La mancanza di case e la limitazione all'accesso abitativo (per condizione economica, per mancanza di un mercato dell'affitto calmierato, per la crisi dei mutui) si configura direttamente quale ulteriore fattore di rischio sociale e di inevitabile passaggio ad una condizione di povertà estrema.

In tal senso, conoscere il quadro complessivo del bisogno abitativo nel rhodense, e intorno ad esso costruire alcune ipotesi connesse a dati comparabili del profilo anagrafico e alle condizioni di povertà del territorio, ci permette di tracciare un ulteriore spaccato della domanda sociale con la quale il nostro Piano Sociale di Zona dovrà necessariamente confrontarsi.

Ci aiuteremo con un'altra ricerca: "Abitare nel rhodense – scenari di bisogni e politiche possibili" a cura di Lorenzo Radice.

Un primo elemento di riflessione è il dato anagrafico relativo alla fascia d'età 26-45 anni, che segna una diminuzione del 5,36% (-2.845 unità). Si tratta della fascia sociale più produttiva, è anche quella più precaria sul fronte occupazionale, soprattutto nell'odierna fase economica.

Partendo dalla ricerca, si può innanzitutto aprire il focus sulla realtà della provincia (ambito per ambito) dove, sia per i dati che riguardano l'anno di realizzazione della ricerca, sia per le proiezioni di stima, si registra una crescente pressione abitativa sulle aree territoriali di medie e piccole dimensioni dell'hinterland milanese, con il risultato di non riuscire a corrispondere alla domanda un'offerta adeguata.

<<Secondo le analisi più recenti [Cresme, 2007], questa pressione continuerà anche nei prossimi anni con un ritmo sostenuto, portando a circa 120.000 il numero di abitazioni necessarie nella provincia di Milano per far fronte alla domanda pregressa e a quella aggiuntiva.>>

Tab. 3.11 – Stima della domanda abitativa nella Provincia di Milano, 2007-2016

Area	Domanda totale 2007-2016	Domanda pregressa 2006
Comune di Milano	-2.280	22.080
Brianza	41.656	8.287
Nord Milano	3.215	3.560
Rhodense	13.013	4.193
Legnanese	6.381	1.046
Castanese	4.114	363
Magentino	9.027	1.330
Abbiatense-Binaschino	7.043	641
Sud Milano	6.502	2.335
Sud Est Milano	11.527	1.330
Martesana-Adda	20.759	2.629
Partecipanti a più tavoli	2.884	401
Totale	123.841	48.195

Se dovessimo analizzare il dato da un punto di vista urbanistico, c'è una sola città che si svuota e che conseguentemente libera alloggi disponibili e interi territori che di contro richiamano popolazione. Ciò incrementa la domanda e spinge tali territori in una condizione di pressione abitativa rischiosa su molti fronti.

Sul fronte del bisogno sociale l'analisi è speculare: maggiore domanda di alloggi significa maggiore necessità di politiche sociali orientate al potenziamento del sistema dei servizi, buone capacità di governo del sistema e, soprattutto, una efficace governance trasversale tra le diverse politiche di governo del territorio.

Secondo un indicatore di monitoraggio riferito alle domande presentate per l'assegnazione di alloggi di Edilizia Residenziale Pubblica nei Comuni del nostro ambito territoriale, è possibile non solo rilevare il volume delle richieste distribuite per Comune di residenza, ma anche il grado di assegnazione degli alloggi.

Tab. 3.12 – Distribuzione territoriale delle domande

Comune di residenza	n.	%
Arese	49	4,1
Cornaredo	175	14,7
Lainate	113	9,5
Pero	48	4,0
Rho	638	53,6
Settimo M.se	167	14,0
Totale	1.190	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati comunali

La percentuale di domande respinte è ridottissima e la causa è quasi sempre legata alla soglia di reddito. Ma l'assegnazione effettiva di un alloggio arriva solo al 7% dei richiedenti.

Tab. 3.14 – Distribuzione dei richiedenti per assegnazione e motivo

Assegnazione e motivo	n.	%
No	1.107	92,9
Sì, per graduatoria	22	1,8
Sì, ex art. 14	63	5,3
Totale	1.192	100,0

Il dato delle assegnazioni di alloggi di edilizia popolare non esprime dati analitici rappresentativi del bisogno, ma ci dice che il numero delle richieste di alloggio è pari a circa 1.200 riguardanti esclusivamente una parte della popolazione che risponde a criteri di reddito precisi.

Continuando ad approfondire i dati offerti della ricerca per collegare tra di loro alcuni degli aspetti del profilo territoriale, nella tabella che segue, al di là delle voci specifiche, un dato della rilevazione effettuata ci fa ritornare all'evidenza espressa dalla percentuale relativa alla riduzione di residenti nella fascia d'età 25-45.

C'è un collegamento tra questo dato (48,3% di richiedenti Edilizia Residenziale Pubblica nella fascia 34-49) – e con quello relativo alla richiesta del contributo a sostegno delle spese di affitto (nella fascia 32-45 il 44% dei richiedenti) – e la progressiva riduzione della popolazione del nostro distretto. E dietro a questo dato si rileva una condizione di difficoltà che impone una riflessione sulla riduzione di opportunità abitative e occupazionali, anche in termini di ricaduta sulla condizione dei cittadini che potenzialmente potrebbero avere una famiglia con figli minori.

La ricerca di una casa popolare o la richiesta di supporto economico è il primo segnale di un bisogno d'aiuto che difficilmente troverà una rapida soluzione, ed anche lo specchio di una condizione sociale che in periodo di crisi può generare ulteriori richieste d'aiuto.

Tab. 3.15 – Distribuzione dei richiedenti per fasce d'età

Richiedente: fasce d'età	n.	%
18-33	267	22,4
34-49	575	48,3
50-65	200	16,8
66 o più	149	12,5
Totale	1.191	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati comunali

Un altro elemento comparabile è quello dei “giovani adulti” e degli anziani.

<<Essi sono particolarmente interessanti, in quanto i dati sembrerebbero smentire un'opinione di senso comune, ma condivisa anche da molti dei tecnici e amministratori che abbiamo intervistato, secondo la quale proprio i giovani (e in particolare le giovani coppie) e gli anziani siano tra le categorie che più hanno sofferto l'aumento di tensione abitativa fatto registrare dai comparti dell'acquisto e dell'affitto negli ultimi anni.>>

La nazionalità è poi l'altra evidenza coerente tra tutte le aree di ricerca. La percentuale di richiedenti di nazionalità diversa da quella italiana sono poco più di un quarto rispetto al dato complessivo.

<<Ciò si verifica sia perché gli stranieri sono mediamente collocati nei settori peggiori del mercato di lavoro e quindi scontano una fragilità economica mediamente superiore a quella degli italiani, sia perché esistono ancora resistenze culturali che rendono loro più difficile, a parità di condizioni, accedere alle risorse abitative che ottengono gli italiani, per cui la strada dell'Edilizia Residenziale Pubblica appare di fatto l'unica percorribile per ottenere un alloggio dignitoso e risolvere le proprie problematiche abitative.>>

Questo rilievo, inserito in un quadro complessivo di notevole incremento della popolazione migrante sul nostro territorio, ci permette di comprendere i dati raccolti nelle tabella successive.

Tab. 3.16 – Distribuzione dei richiedenti per nazionalità

Nazionalità	n.	%
Italiana	874	73,6
Straniera	314	26,4
Totale	1.188	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati comunali

Tab. 3.17 – Distribuzione delle domande presentate da stranieri e italiani nei Comuni del rhodense

Comune	Nazionalità		Totale
	Italiana	Straniera	
Arese	37	12	49
%	75,5	24,5	100,0
Cornaredo	125	50	175
%	71,4	28,6	100,0
Lainate	81	32	113
%	71,7	28,3	100,0
Pero	35	13	48
%	72,9	27,1	100,0
Rho	482	152	634
%	76,0	24,0	100,0
Settimo M.se	112	55	167
%	67,1	32,9	100,0
Totale	872	314	1.186
%	73,5	26,5	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati comunali

Tab.3.18 – Ampiezza dei nuclei familiari

Componenti il nucleo	Stranieri		Italiani	
	n.	%	n.	%
1	74	23,6	263	30,4
2	61	19,4	236	27,3
3 o più	179	57,0	366	42,3
Totale	314	100,0	865	100,0

Procedendo nell'analisi dei dati possiamo vedere come alcune fragilità sociali, in aggiunta alla condizione di crisi abitativa, determinino l'acuirsi dei livelli di sofferenza delle famiglie.

La disabilità per esempio, come per le altre aree di ricerca, è stata scelta come condizione estrema che si intreccia fortemente con la domanda abitativa. Un dato omogeneo e coerente rispetto agli altri indicatori utilizzati nell'indagine sulla povertà. Una percentuale molto alta di famiglie con componenti portatori di disabilità richiede aiuto sia a livello contributivo che nel sostegno al bisogno abitativo (Fondo Sostegno Affitto 9% delle domande – Edilizia Residenziale Pubblica 13% delle domande).

Tab. 3.19 – Distribuzione per presenza di membri disabili nel nucleo familiare.

Nucleo con membri disabili	n.	%
Nessun disabile	1.029	87,1
Uno o più membri con disabilità 66-99%	55	4,7
Uno o più membri con disabilità 100%	97	8,2
Totale	1.181	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati comunali

La tabella successiva può essere letta da diversi punti di vista. La presenza di uno o più soggetti disabili in uno stesso nucleo pone quella famiglia in una condizione disagiata: da ciò può conseguire sia il bisogno di risposte legate al soddisfacimento del bisogno rispetto al nucleo complessivo, sia una diversa strategia di intervento, più orientate all'autonomia della persona disabile attraverso percorsi di housing protetto e residenzialità leggera.

Tab. 3.20 – Distribuzione dei nuclei con membri disabili per fasce d'età dei richiedenti.

Età del richiedente	n.	%
18-33	17	11,4
34-49	50	33,6
50-65	35	23,5
66 o più	47	31,5
Totale	149	100,0

In ultimo, riportiamo alcuni dati della ricerca riguardanti le fasce di reddito di appartenenza di quanti richiedono accesso all'Edilizia Residenziale Pubblica: <<Il reddito annuo complessivo medio è pari €11.849 (reddito mediano €11.965). Osservando la distribuzione dei richiedenti rispetto al reddito, il primo dato ad emergere (tabella 4.13) è la quota estremamente alta (50%) di nuclei che vivono percependo meno di €1.000 al mese. Si tratta di 590 nuclei familiari, per un totale di 1.322 individui.>>

Il dato speculare, cioè che il 50% di richiedenti ha un reddito sopra i €1.000, è altrettanto interessante: segnala infatti che la soglia di reddito sufficiente a soddisfare il bisogno abitativo con i propri mezzi finanziari è sempre più alta. Non è possibile approfondire questo dato più di quanto abbiamo fatto perché si dovrebbe disporre di ulteriori elementi riguardanti le fasce di reddito superiori ai €1.000. Si può comunque ipotizzare, accostandolo a quello sulla percentuale di soggetti inquadrati professionalmente tra i quadri, professionisti e commercianti che richiedono il contributo del Fondo Sostegno Affitto (superiore al 10% del nostro campione), una progressiva espansione dell'area di bisogno anche a fasce che mai prima d'ora si erano accostate alle diverse misure di sostegno economico o di richiesta di residenzialità popolare.

Tab. 3.21 – Distribuzione per fasce di reddito IRPEF complessivo mensile percepito dal nucleo familiare.

Fasce di reddito familiare	n.	%
0	134	11,4
meno di 516 €/mese	209	17,7
meno di 800 €/mese	150	12,7
meno di 1.000 €/mese	97	8,2
oltre 1.000 €/mese	588	49,9
Totale	1.178	100,0

Fonte: nostre elaborazioni su dati comunali

Ancora più incisivo appare il dato relativo ai nuclei a reddito zero: si tratta di 134 nuclei (l'11,4% dei richiedenti), per un totale di 290 persone che vivono tale situazione problematica.

TUTELARE/EDUCARE

Come commentavamo, l'evidenza del dato di crescita 0 pone il nostro territorio di fronte ad una criticità che sposta indubbiamente la direzione di analisi sull'invecchiamento della popolazione a fronte di un mancato ricambio generazionale. Il numero di cittadini migranti residenti è notevolmente aumentato garantendo la presenza di una popolazione giovane, che apre un altro fronte di analisi legato alle G2 (seconde generazioni di origine non italiane), ma per ora ha solo rallentato il fenomeno della crescita 0.

La percentuale di popolazione appartenete alle fasce d'età prima infanzia, pre-adolescenza, adolescenza e giovani adulti è pari al 24% dei cittadini residenti del distretto rhodense (fascia 0-25 n. 40.743 persone).

Tab. 3.22 – Distribuzione per fasce per Comune.

FASCE D'ETA	ARESE	CORNAREDO	LAINATE	PERO	POGLIANO	PREGNANA	RHO	SETTIMO	VANZAGO	TOTALE 2009	TOTALE 2006	Diff. num
0 – 3	614	603	1.006	378	313	207	1.292	540	357	5.310	5.362	- 52
4 – 5	388	391	525	166	166	112	849	409	249	3.255	3.251	4
6 – 10	1.008	1.046	1.301	451	418	294	2.177	1.183	427	8.305	7.740	565
11 – 13	542	575	725	294	248	182	1.271	581	220	4.638	4.489	149
14 – 18	852	942	1.109	467	390	306	2.162	925	334	7.487	7.334	153
19 – 25	1.163	1.324	1.586	678	1.662	467	3.266	1.174	428	11.748	10.888	860

Questo dato anagrafico rimane l'elemento di analisi primario, in quanto indicatore di stima della dimensione del "bisogno presunto".

Esso però, nella lettura della domanda sociale finalizzata al lavoro di programmazione, non può essere l'unico dato di riferimento. Occorre seguire una linea di sviluppo adeguata ad una logica di "investimento sociale" capace di offrire spiragli di futuro al territorio e di rispondere al bisogno espresso dalle nuove generazioni di cittadini e dalle le loro famiglie.

Un approccio quindi estremamente più complesso di quello da utilizzare per la lettura del fenomeno di invecchiamento della popolazione, che esige risposte "di sistema" da parte degli enti socio assistenziali e sanitari.

Investimento sociale, promozione di uno sviluppo sostenibile dedicato a "capitale umano" che deve ancora crescere ma che è l'unica alternativa alla stagnazione sociale, economica e culturale. In tal senso, confermare una logica programmatoria direzionata al sostegno di politiche dedicate alle giovani generazioni e alla genitorialità è una scelta obbligata, pur in presenza di un dato anagrafico non coerente.

Educare e tutelare: chi, e quanti? Questa la prima domanda.

Chi, perché oggi più che in passato si conferma e rinforza la caratteristica dell'eterogeneità. Non solo diverse età e generi, ma anche diverse estrazioni sociali di appartenenza, diversa origine culturale e di nazionalità, diverse religioni, diverse opportunità di crescita educativa, diverse visioni del futuro.

Quanti, perché il numero conta in un territorio attento alle politiche educative e di tutela dell'infanzia e consapevole del fatto che le opportunità essenziali, legate all'attuale modello di sviluppo, cominciano a contrarsi.

Più precisamente, sulla prima infanzia il dato numerico (5362 bambini), nonostante un piccolo decremento rispetto al triennio scorso, rimane consistente. Rispetto a questa fascia il nostro territorio esprime ricchezza di servizi. Un sistema consolidato di Asili nido comunali e una sempre più diffusa offerta privata da riconoscere ma anche da regolare in un ottica di integrazione di rete.

A fronte di ciò, resta da considerare che la domanda è comunque sempre in crescita. I servizi riescono a produrre una buona risposta ma non necessariamente una soluzione adeguata ai bisogni. Se l'offerta pubblica si orienta prioritariamente nella tutela delle fasce fragili, su tetti di reddito medio bassi e su una offerta educativa parificata, l'offerta privata apre maggiormente a fasce di popolazione esclusa dalle graduatorie, certamente a coloro che possiedono redditi più alti o a coloro che ricercano soluzioni più flessibili.

Quello che si rileva è il forte scollegamento tra queste diverse tipologie di servizio, nonché la mancanza di una visione complessiva che concretizzi l'idea di rete diversificata afferente ad un moderno sistema di programmazione pubblica delle risorse, capace di valorizzare la diversità dell'offerta, la qualità, l'utilità/efficacia, in una logica che favorisca lo sviluppo di economia di scala.

Consideriamo inoltre che le condizioni che possono determinare un'inversione di tendenza rispetto alla decrescita demografica sono essenzialmente tre: possibilità di occupazione per le famiglie e per le giovani coppie, diversificazione dell'offerta abitativa e accessibilità garantita per le giovani coppie, presenza di servizi educativi per la prima e seconda infanzia.

Rispetto al tema della tutela e della protezione dei minori, costruiremo una prima lettura partendo innanzitutto dalla rilevazione di dati provenienti in realtà dalla risposta stessa a tale bisogno.

Sembrerà una contraddizione in termini, ma non lo è se si analizza il dato all'interno di uno scenario più ampio di lettura dei fenomeni di disagio, abbandono, violenza nei confronti dei minori.

Su questo aspetto il nostro territorio esprime grande sensibilità ed ha sempre sviluppato una politica di intervento adeguata. Con la nascita dell'azienda consortile e, con la delega del servizio ad essa, si costruisce un sistema di risposta certamente più adeguato ma anche misurabile.

I minori in carico al nostro servizio di tutela minori sono in totale 488.

Tab. 3.23 – Distribuzione per fasce d'età dei minori in carico.

COMUNE	0-3 anni	3-5 anni	5-10 anni	10-15 anni	oltre 15 anni
ARESE	3	5	9	14	17
CORNAREDO	3	11	16	22	10
LAINATE	4	6	18	12	25
PERO	0	2	3	5	5
POGLIANO MIL.SE	0	3	1	6	5
PREGNANA MIL.SE	0	0	2	0	1
RHO	9	15	57	47	71
SETTIMO MIL.SE	1	7	23	10	18
VANZAGO	0	4	0	9	1
TOTALE	20	53	129	125	153

Tab. 3.24 – Tipologia di disagio dei minori in carico.

COMUNE	ABUSO	MALTRATTAMENTO	TRASCURATEZZA	CONFLITTUALITÀ	PENALE MINORILE
ARESE	1	6	18	15	8
CORNAREDO	2	1	7	47	1
LAINATE	1	4	19	23	18
PERO	0	0	4	10	1
POGLIANO MIL.SE	0	0	4	8	3
PREGNANA MIL.SE	0	1	1	2	0
RHO	10	22	83	69	35
SETTIMO MIL.SE	1	5	24	23	4
VANZAGO	2	4	3	10	0
TOTALE	17	43	163	207	70

NB: per un minore può essere evidenziata più di una tipologia di disagio

Al di là della distribuzione dei casi per singoli Comuni, se si parte da una analisi dei dati delle prese in carico dei minori con bisogni di tutela, possiamo rilevare alcuni aspetti del bisogno che certamente non riguardano la maggioranza delle famiglie, ma che purtroppo segnano le priorità di uno strumento programmatico delle politiche sociali che siano anche politiche di protezione e tutela dei minori.

La lettura delle tipologie di disagio monitorate può rendere un quadro che si avvicina notevolmente alla dimensione della realtà, nonostante si tratti di dati relativi a minori oggetto di Provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

Possiamo osservare che i casi di abuso e maltrattamento riguardano esclusivamente il 13% del totale e che le tipologie connesse alla “trascuratezza e alla conflittualità” riguardano il 73% circa dei casi.

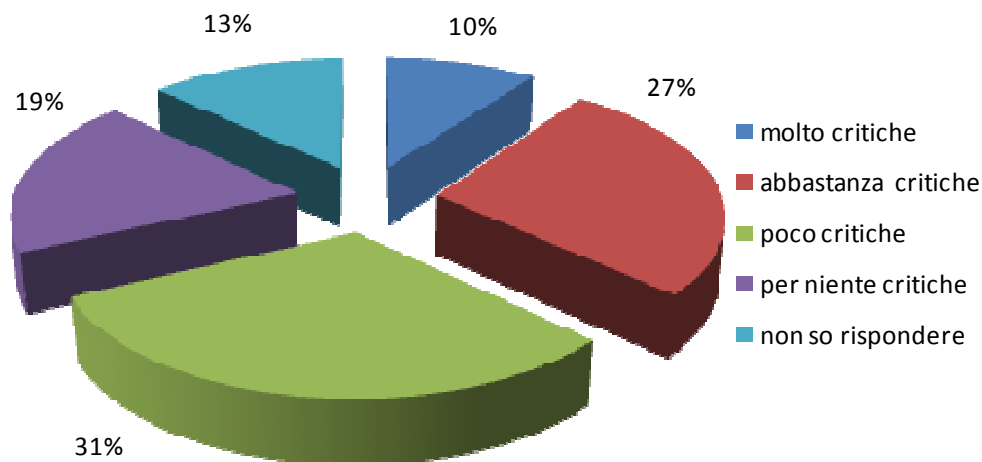
Quali investimenti a carattere preventivo o riparativo sono possibili conoscendo tale dato?

Il problema è che alcuni degli aspetti di bisogno collegati al formarsi di “sacche di disagio ed emarginazione”, di privazione e sofferenza, sono sempre più legati a condizioni di povertà in cui versano fasce sempre più diffuse di popolazione. D'altra parte, al contrario, non tutti i casi di maltrattamento e abuso di minori maturano o sono legati a scenari di povertà.

Su questo tema, un'altra delle indagini commissionate dal Piano Sociale di Zona negli anni scorsi, ha sottolineato alcune evidenze che pur originate dalla percezione degli operatori di settore (“L'UTENZA, LA PERCEZIONE DEI PRINCIPALI PROBLEMI DELLE FAMIGLIE, DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, LA RETE DEI SERVIZI NEL DISTRETTO DI RHO” condotta dall'Agenzia di rete dell'infanzia e adolescenza) hanno contribuito a creare un quadro dove attingere dati utili alla comprensione di alcuni fenomeni.

In questa ricerca, il primo dato riguarda l'effettiva percezione degli operatori del distretto sulle condizioni di vita degli utenti minori dei propri servizi:

Il parere sulle condizioni di vita degli utenti



Considerando che le interviste realizzate per questa indagine riguardano in gran parte gli operatori dei nostri servizi territoriali per l'infanzia e l'adolescenza, il dato potrebbe essere reale ma certamente legato alla diversa visione che i servizi, nei quali gli operatori operano, esprimono. L'articolazione dei dati rimane comunque significativo: il 37% di intervistati ritengono critiche le condizioni delle famiglie, un altro 31% poco critiche.

Che tipologia di criticità?

<<1. *Area critica in ambito familiare.* Difficoltà dei genitori a comprendere e soddisfare i bisogni dei bambini anziché i loro, poca disponibilità e scarsa capacità dei genitori di giocare coi figli, solitudine dei neo genitori, difficoltà nell'accettazione e nella gestione del ruolo di genitore, assenza dei genitori, trascuratezza dei figli, difficili relazioni nelle coppie, conflittualità tra genitori, separazioni coniugali, genitori in carcere.

2. *Area critica in ambito sociale.* Difficoltà di tipo economico, difficoltà di orientamento e comprensione delle norme, delle leggi e dei propri diritti, difficoltà nel trovare lavoro, casa; condizioni di isolamento in particolare per le donne straniere; povertà culturale diffusa, contesti di vita devianti, malessere generalizzato, con grande isolamento. Scarsità dei servizi di supporto per la famiglia con svantaggio sociale in particolare se dovuto a problemi linguistici. In genere le criticità sono maggiori nelle famiglie straniere.

3. *Area di disagio individuale degli adulti,* sia di tipo psichiatrico sia legato all'uso di sostanze; questo tipo di disagio risulta cronico, connesso a contesti culturali poveri con un'elevata difficoltà di inserirsi in una rete di relazioni positive. Si associa ad una carenza di servizi a supporto di famiglie multiproblematiche

4. *Area di disagio dei ragazzi e degli adolescenti.* Scarso rispetto delle regole e trasgressione delle norme, vandalismo, furti, micro delinquenza, alto tasso di abbandono scolastico, spaccio e abuso di sostanze, aggressività, bullismo, inserimento in gruppi chiusi, razzismo, apatia, peggioramento problematiche affettive - relazionali, difficoltà a trovare e mantenere un lavoro; carenza di adulti significativi come riferimento.

Una sintetica analisi delle problematiche secondo le diverse fasce d'età e tipologie di utenza permette di evidenziare :

- nella fascia della prima infanzia, l'attenzione agli aspetti della relazione tra genitori e bambini, dove si rileva una difficoltà a stare insieme, poca disponibilità/capacità di gioco, ansia e iperprotettività e un'area di crisi connessa a conflittualità di coppia e separazioni coniugali difficili;
- nella fascia dell'infanzia (scuole materne ed elementari), alla già citata problematica delle separazioni conflittuali, si aggiungono l'incomprensione tra genitori e figli e i problemi comportamentali legati alle dinamiche di gruppo, il bullismo, l'aggressività. Si osservano poi le difficoltà delle famiglie straniere;
- nella fascia superiore (11- 18 anni) gli operatori percepiscono in modo rilevante la criticità del ruolo genitoriale, assente o con forti distanze e incomprensioni con i figli.

Si aggiunge la segnalazione di disagi sociali consistenti, conflittualità accesa tra i genitori, bullismo e aggressività, genitori detenuti e ancora disagio nelle famiglie straniere.>>

Questo non è un quadro che esprime una fenomenologia straordinaria per il quale un PSDZ deve porsi in termini di programmazione dell'emergenza. Tanti di questi aspetti purtroppo investono la normalità e l'ordinarietà delle condizioni di vita di molte famiglie e di una buona parte della popolazione. Di fronte ad evidenze così articolate necessita una lettura adeguata al fine di ricollocare le strategie operative all'interno di questa rappresentazione "omogenea" di stati di bisogno, sapendo sin dall'inizio che la natura della domanda sociale che ne scaturisce non può essere tratta in maniera semplificata ed univoca bensì attraverso misure differenziate, in parte già presenti nella rete dell'offerta sociale del nostro ambito.

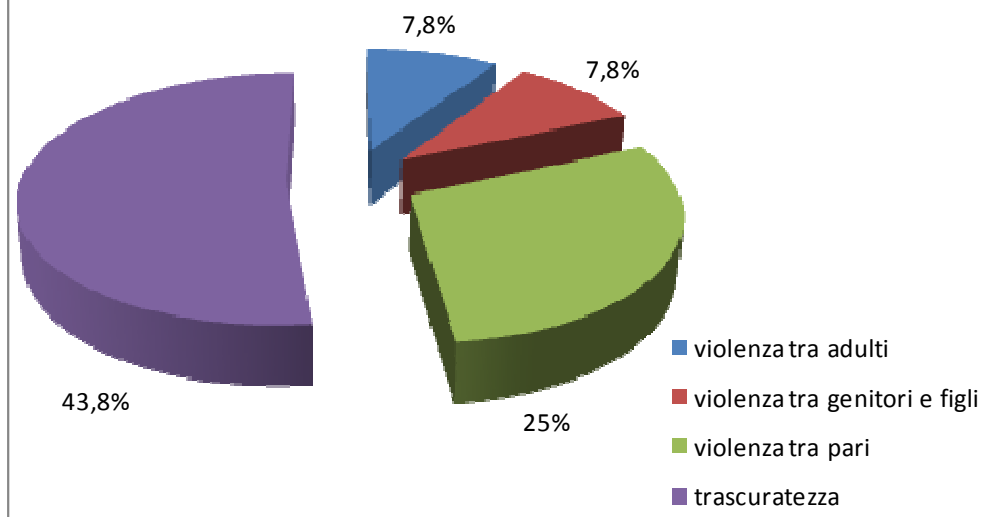
Su un altro degli aspetti indagati che, al contrario di quanto sopra esposto, richiama fenomeni sociali certamente più allarmanti (relativi ad esempio al grado di diffusione di fenomeni di violenza esplicita) la ricerca si è espressa in termini altrettanto chiari.

Agli intervistati è stato infatti chiesto di esprimere un giudizio in merito alla diffusione di tali fenomeni, focalizzandoli su tre livelli: violenza tra gli adulti, tra genitori e figli, e tra pari. Successivamente si è indagato sulla diffusione del problema.

Il grafico mostra come si distribuisce il giudizio sulla presenza di queste diverse problematiche su dati aggregati e, mettendo a confronto i quattro temi, considerando quelli giudicati abbastanza e molto presenti.

<<La problematica considerata più diffusa è quella della trascuratezza dei figli, valutata come presente dal 43,8% del totale, a cui segue la violenza tra pari, considerata come un problema abbastanza rilevante dal 25% degli intervistati (nessuna la considera molto presente).>>

Il parere su violenza e trascuratezza



Da questo ultimo spaccato si evince che gli aspetti di disattenzione e trascuratezza diffusa e violenza tra pari rimangono i due fenomeni di disagio più percepiti dagli operatori del settore (ricordiamo che il campione oggetto della ricerca non è composto esclusivamente di operatori dei servizi sociali ma da operatori dell'intera rete dei servizi educativi e sociali per la prima infanzia e adolescenza).

Indubbiamente il "grappolo" di sotto problematiche collegate a tali fenomeni deve far riflettere i programmatori su un concetto fondamentale: la trascuratezza, la disattenzione educativa nei confronti dei minori, la sempre più diffusa inadeguatezza del mondo adulto ad occuparsi dei propri figli riguardano bisogni e successivamente tipologie di domanda sociale collocabili in una area di intervento prevalentemente preventiva.

I fenomeni di violenza si connotano ormai come fenomeni per i quali la prevenzione, a volte, non è sufficiente.

Può esserci certamente una diversa intensità della rappresentazione dei fenomeni di disagio, ma quando essi riguardano aspetti quali: trascuratezza, conflittualità familiare, incuranza delle regole e degli aspetti connessi alla legalità, incapacità di assumersi responsabilità, criticità sociali connesse ai comportamenti sociali e solidali, allora la lettura di tali elementi non può che investire il "ruolo ordinario" della programmazione sociale, trattandosi di criticità connesse alle condizioni essenziali della convivenza civile e della integrazione sociale.

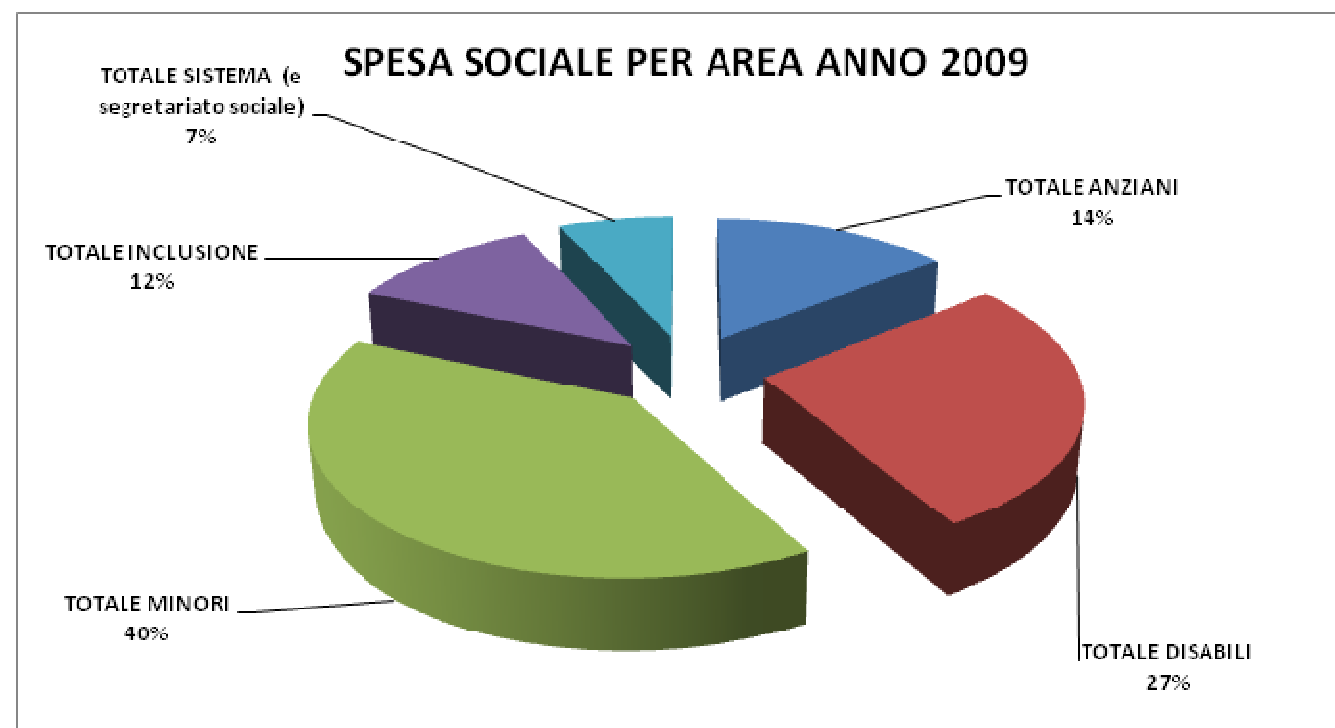
4. IL SISTEMA DI OFFERTA DEI SERVIZI

4.1 IL SISTEMA DELL'OFFERTA DI SERVIZI DEL RHODENSE: LE RISORSE E GLI UTENTI

Il sistema dei servizi socio assistenziali presenti nell'Ambito del Rhodense comprende una gamma ampia di interventi: per minori, giovani, adulti in difficoltà, immigrati, famiglie con problemi di disagio, anziani, disabili.

Si propone nel seguito un quadro d'insieme a livello macro del sistema dei servizi socio assistenziali del Rhodense così come si presenta al termine del 2008, con riferimento alle unità di offerta attive e ai volumi di utenza servita delle modalità di gestione e delle fonti di finanziamento.

I servizi vedono la presenza di soggetti pubblici, soggetti privati e del Terzo Settore. Essi inoltre vedono una tipologia diversificata di prestazioni: domiciliari, diurne, semiresidenziali e residenziali.



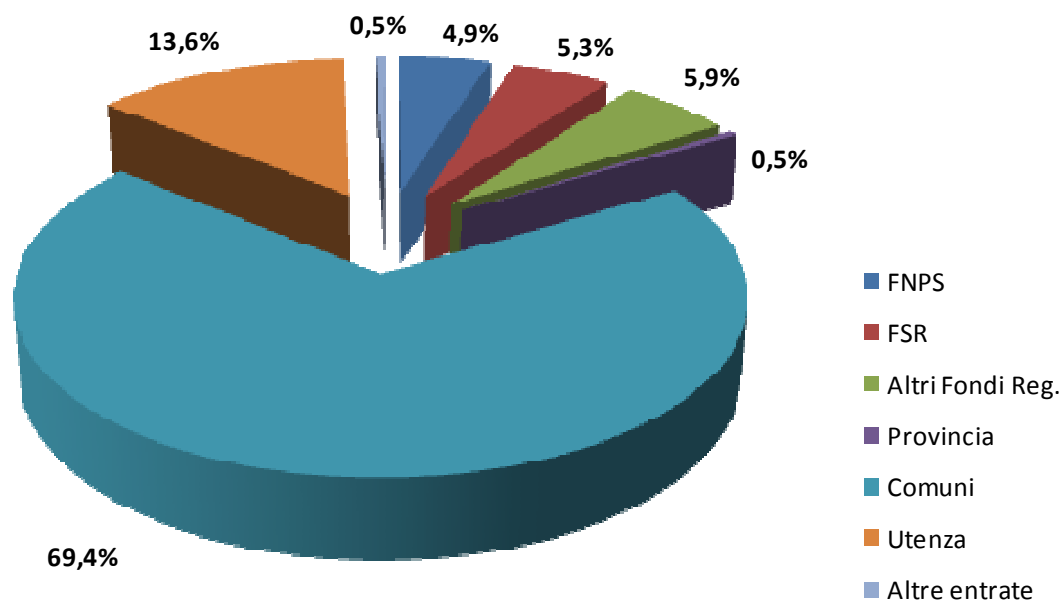
Un importante risultato del lavoro dell'ufficio di piano è stato l'aumento della capacità di raccolta dei dati relativi ai servizi e di conseguenza la possibilità di disporre di una base di analisi, certamente imperfetta, ma per grandi aggregati omogenea sull'intero distretto. Questo consente di effettuare anche una serie di analisi, non solo economiche e di volumi di attività, bensì di effettuare degli approfondimenti di carattere epidemiologico, che riguardano le caratteristiche dell'utenza, ricostruite macrocategorie e delle tipologie di intervento attivate; riteniamo che questo livello di analisi possa costituire un utile strumento per le decisioni politiche e di indirizzo generale di cui il piano di zona deve essere un utile strumento.

Partendo dal livello di massima aggregazione, la torta mostra la ripartizione della spesa nelle citate aree di intervento per l'anno 2009:

Pur nella difficoltà di fare confronti si evidenzia un sostenuto aumento della spesa rispetto all'anno 2004 che si aggira intorno al 30%, (pur tenendo presente che la rilevazione odierna comprende la spesa di numerose unità di offerta private in precedenza non computate)
La spesa totale risulta pari a circa € 27.300.000 e si riferisce a tutte le risorse che finanziano il sistema dei servizi, quindi tanto alle entrate derivanti dalla spesa pubblica quanto alle quote a carico dell'utenza; la spesa sociale totale procapite risulta quindi pari a € 171 annui; se si escludono le quote a carico dell'utenza si ha una spesa pubblica sociale pari a € 143 all'anno.

	TOTALE SPESA	%
ANZIANI	€ 3.940.488	14,42%
DISABILI	€ 7.469.120	27,33%
MINORI	€ 10.865.960	39,76%
INCLUSIONE	€ 3.162.680	11,57%
SISTEMA e SSB	€ 1.893.520	6,93%
TOTALE	€ 27.331.768	100,00%

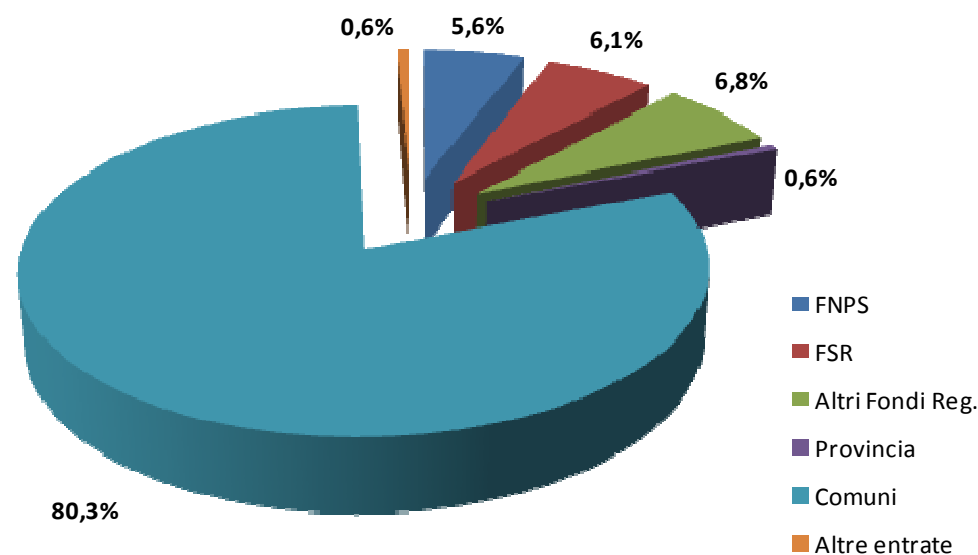
SPESA SOCIALE ANNO 2009 PER FONTI DI FINANZIAMENTO



Si nota che il finanziamento del sistema dei servizi è prevalentemente in carico ai comuni che costituiscono la risorsa principale con quasi il 70% del totale; la situazione è rimasta sostanzialmente immutata dal 2004 con un lieve aumento delle quote a carico dell'utenza, ascrivibili ad una più completa rilevazione dei nidi privati che determina una quota di costo sostanzialmente totalmente a carico dell'utenza.

Il discorso accennato si rinforza se si escludono le quote a carico dell'utenza e se si considera esclusivamente la spesa pubblica: i Comuni hanno una quota dell'80%, seguita dalla somma dei diversi fondi regionali (escluso il Fondo sociale regionale) che assommano una percentuale del 7% derivante dal fondo sostegno affitti e dal recente Fondo per la non autosufficienza.

**SPESA PUBBLICA SOCIALE ANNO 2009
PER FONTI DI FINANZIAMENTO**



Nello trascorso piano di zona era stata effettuata una minuziosa rilevazione del volume di tutti i servizi per ogni area di intervento, che risultava tuttavia dispersiva, di difficile lettura complessiva e non molto utile all'obiettivo di compiere delle analisi approfondite sul sistema. Partendo dall'osservazione che i volumi descritti non si sono sostanzialmente modificati a livello di ambito, si propone nel seguito un discorso circoscritto ad alcuni servizi che però tenta di compiere qualche approfondimento e qualche considerazione più specifica sui servizi analizzati. Questo è consentito anche da una più rilevante disponibilità di dati "epidemiologici" (soprattutto sul servizio tutela minori) che spingono verso analisi più fini.

AREA MINORI

Area minori e famiglia: confronto utenza in carico

SERVIZIO	ANNI	Arese	Cornaredo	Lainate	Pero	Pogliano	Pregnana	Rho	Settimo	Vanzago	Totale
Asilo nido	2001	121	55	65	64	40	-	132	90	-	567
	2004	120	55	65	56	42	29	139	125	-	631
	2008	120	60	65	56	50	29	139	127	-	646
Minori con decreto T. M.	2001	24	47	18	32	5	6	65	26	8	231
	2004	50	45	15	34	5	10	120	38	4	321
	2008	48	62	65	15	15	3	199	59	14	480
Assistenza domiciliare educativa	2001	4	10	1	1	-	5	8	7	4	40
	2004	19	6	4	6		11	15	10	15	70
	2008	2	25	11	12	17	2	22	10	35	136
Minori in comunità	2001	8	5	3	2	1	1	27	3	1	51
	2004	6	11	15	2	0	0	22	6	2	64
	2008	2	6	2	2	0	1	17	2	5	37

Per quanto riguarda l'area famiglia e minori si ha una vasta gamma di servizi e interventi dislocati in tutti i Comuni del territorio; si va dagli asili nido, ai tempi per le famiglie, ai numerosi interventi di prevenzione attivati secondo gli obiettivi della L 285, all'assistenza domiciliare educativa ai servizi riparativi come la tutela minori.

Asili nido

Preme innanzi tutto entrare nel dettaglio della situazione relativa agli asili nido in quanto una delle reti di servizi che maggiormente saranno interessate dal percorso programmatico.

I posti di asilo nido autorizzati e disponibili ai cittadini (offerta potenziale) ammonta alla fine del 2008 a 1099 di cui 657 pubblici e 442 privati; attualmente la popolazione in età rhodense (popolazione target) è pari a 5.310 unità (contro 5362 del 2005); l'indice di copertura di fabbisogno dei nidi con i posti attualmente esistenti nel sistema è pari al 20,7%; un dato più che soddisfacente se paragonato alle medie nazionali (11%), regionali (15%) e provinciali (17%) e con l'obiettivo nazionale entro il 2010 pari a 16,8%. Nonostante questo esiste ancora un importante eccesso di domanda del servizio evidenziato solo parzialmente dalla lista di attesa dei nidi pubblici pari nel 2008 a 250 famiglie (che potrebbero avere trovato poi soluzioni diverse) e comunque in significativo calo rispetto al 2004 a significare che il potenziamento dell'offerta in questi 4 anni ha risposto ad un marcato bisogno.

Nelle tabelle di sotto sono rappresentati alcuni dati relativi agli asili pubblici:

	ASILI NIDO PUBBLICI									
	fruitori	lista attesa	gestione	spesa	entrate da utenza	circ. 4 08	quota Comune	% recupero da utenza	costo mensile x utente	% circ. 4
Arese	119	13	diretta	€ 694.920,36	€ 452.439,24	€ 71.122,47	€ 171.358,65	65%	530,88	10%
Cornaredo	53	41	diretta	€ 323.875,24	€ 158.272,57	€ 32.377,62	€ 133.225,05	49%	555,53	10%
Lainate	57	6	diretta	€ 446.681,48	€ 127.929,90	€ 37.326,66	€ 281.424,92	29%	712,41	8%
Pero	56	10	diretta	€ 340.632,86	€ 146.825,15	€ 37.864,99	€ 155.942,72	43%	552,98	11%
Pogliano	36	0	diretta	€ 254.352,00	€ 108.189,00	€ 29.681,76	€ 116.481,24	43%	642,30	12%
Pregnana	26	0	appalto	€ 150.424,86	€ 108.880,00	€ 23.117,34	€ 18.427,52	72%	525,96	15%
Rho	126	133	diretta	€ 960.297,37	€ 283.418,56	€ 90.565,35	€ 586.313,46	30%	692,86	9%
Settimo	115	47	mista	€ 756.390,00	€ 302.977,00	€ 82.943,81	€ 370.469,19	40%	597,94	11%
Totale	588	250		€ 3.927.574,17	€ 1.688.931,42	€ 405.000,00	€ 1.833.642,75	43,00%	607,23	10%

Si nota una situazione relativa ad alcuni indicatori base, discretamente disomogenea sul territorio: ad esempio le quote di recupero dall'utenza e quindi i sistemi tariffari sono evidentemente molto differenziati passando da quote di entrata inferiori ad un terzo del costo, fino a due comuni che coprono con le rette oltre il 60%. Più contenute sono le differenze relative al costo mensile per utente che esprimono comunque un differenziale tra il costo minimo e massimo pari a circa il 34%. Viene evidenziato in particolare questo dato perché assolutamente essenziale in un ragionamento programmatico orientato verso l'accreditamento delle strutture.

Il quadro descrittivo è completato da un'offerta privata pari a 24 unità autorizzate sul territorio per un totale di 442 posti come evidenziato nella tabella sotto. Purtroppo non è stato possibile effettuare in questa sede un'analisi fine anche dei dati relativi ai nidi privati, che tuttavia sfuggivano completamente dalla rilevazione del precedente piano di zona. In appendice (allegato 1) è riportato l'elenco dei nidi privati funzionanti nel rhodense, completo di denominazione, indirizzo e numero di posti disponibili, con il proponimento di un approfondimento della situazione (macroobiettivo M2) in relazione alla costruzione del sistema di accreditamento nidi del rhodense.

	N. UNITÀ OFFERTA	N. POSTI
ASILI NIDO PRIVATI	23	414
NIDI IN FAMIGLIA	8	40

Il fenomeno dei nidi in famiglia, che costituiscono comunque una ulteriore forma di unità di offerta a soddisfazione della domanda, risulta più difficile da indagare e si ritiene che esista un numero importante di unità di offerta che sfuggono alla rilevazione.

Tutela minori

Il servizio tutela è a gestione associata, affidato al consorzio Sercop da metà 2008. Questo comporta una rilevante specializzazione dell'offerta e una progressiva omogeneizzazione delle modalità di intervento sul territorio. Soprattutto la possibilità di dare attuazione a strategie generali in tema di tutela del minore, non centrate esclusivamente sull'operatività degli interventi, che vedono nella promozione dell'affido (in luogo delle comunità) e dell'assistenza educativa al domicilio, la sua più evidente realizzazione.

Nelle tabelle e grafici seguenti sono riportate alcune evidenze relative al volumi di servizio:

Minori con provvedimento autorità giudiziaria	Utenti
2001	231
2004	321
2008	480

MINORI IN COMUNITÀ					
	utenti	gestione	spesa	circ. 4	quota carico Comuni
2004	64	comunale	€ 1.397.500,00	€ 293.000,00	€ 1.104.516,00
2008	50	Comunale /associata	€ 1.530.000	€ 379.000,00	€ 1.009.122,00
2009 *	37	associata	€ 1.425.122,00	€ 400.000,00	€ 1.025.122,00

* previsione

evidenziano da un lato una maggiore tendenza alla segnalazione al tribunale, sia da parte dei servizi sociali che delle altre agenzie che intervengono sui minori, ma dall'altro una maggiore capacità di intervento dei servizi che riescono a "lavorare" sul disagio non solo ricorrendo alla drastica soluzione dell'allontanamento, ma con misure tese alla ricostruzione dei legami familiari.

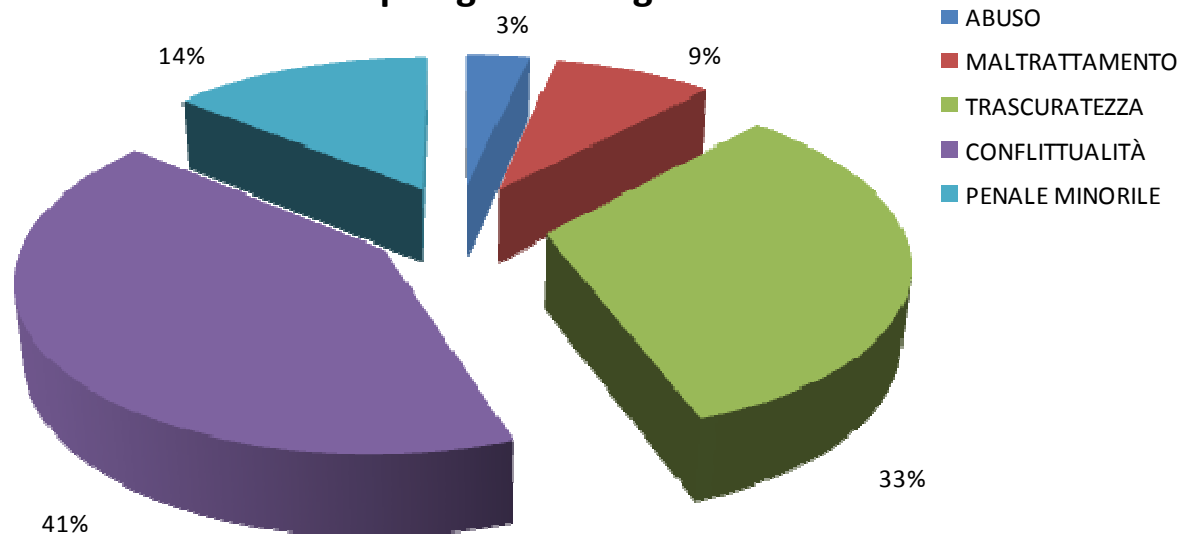
Si nota nello sviluppo degli anni un rilevante incremento dei casi di minori con provvedimento dell'autorità giudiziaria; per contro si è drasticamente ridotto il ricorso alla soluzione comunità e agli allontanamenti. Tali evidenze, non sono da ricollegarsi semplicemente ad un incremento delle situazioni di disagio, ma più specificamente all'emersione dello stesso e

È allora interessante entrare nel merito con alcune evidenze più specifiche sul disagio e sulle tipologie di intervento con riferimento all'anno 2008.

Minori con decreto per tipologia di disagio:

ABUSO	MALTRATTAMENTO	TRASCURATEZZA	CONFLITTUALITÀ	PENALE MINORILE
17	43	163	207	70

Minori con decreto - tipologia di disagio

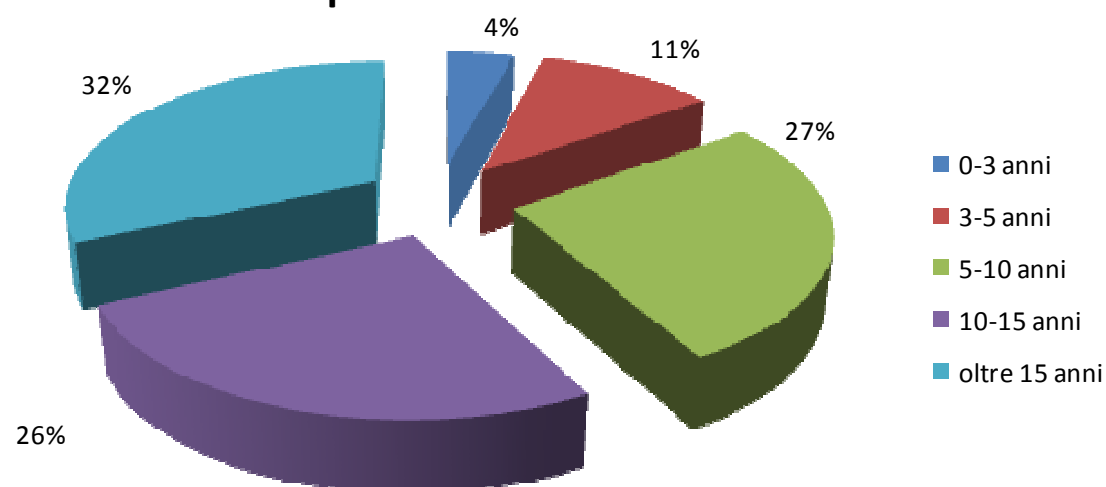


Si nota che le due classi modali sono rappresentate da disagio e trascuratezza che non richiedono interventi pesantemente riparativi, ma di supporto, accompagnamento e sostegno del nucleo familiare.

Un dato invece che può destare una certa preoccupazione e attenzione è l'incidenza dei casi di penale (14%) che richiede un forte ingaggio da parte dei servizi rispetto alle fasi di valutazione e di presa in carico; è un dato di carattere generale che è indice tuttavia di un malessere che deve essere preso in considerazione.

Le fasce di età dei minori in carico come mostra il grafico seguente sono piuttosto elevate e tendenzialmente nella fascia nella fascia adolescenziale; questo è per certi versi naturale se si considera anche che la frequentazione della scuola rappresenta di frequente un momento di attenzione e di emersione del disagio.

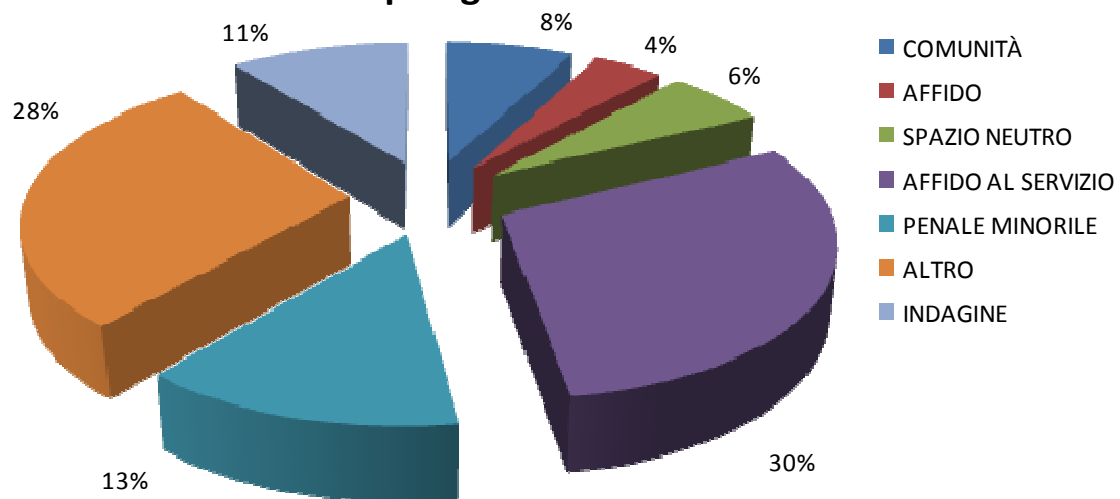
Minori con decreto per fasce d'età



Minori con decreto: tipologia di intervento:

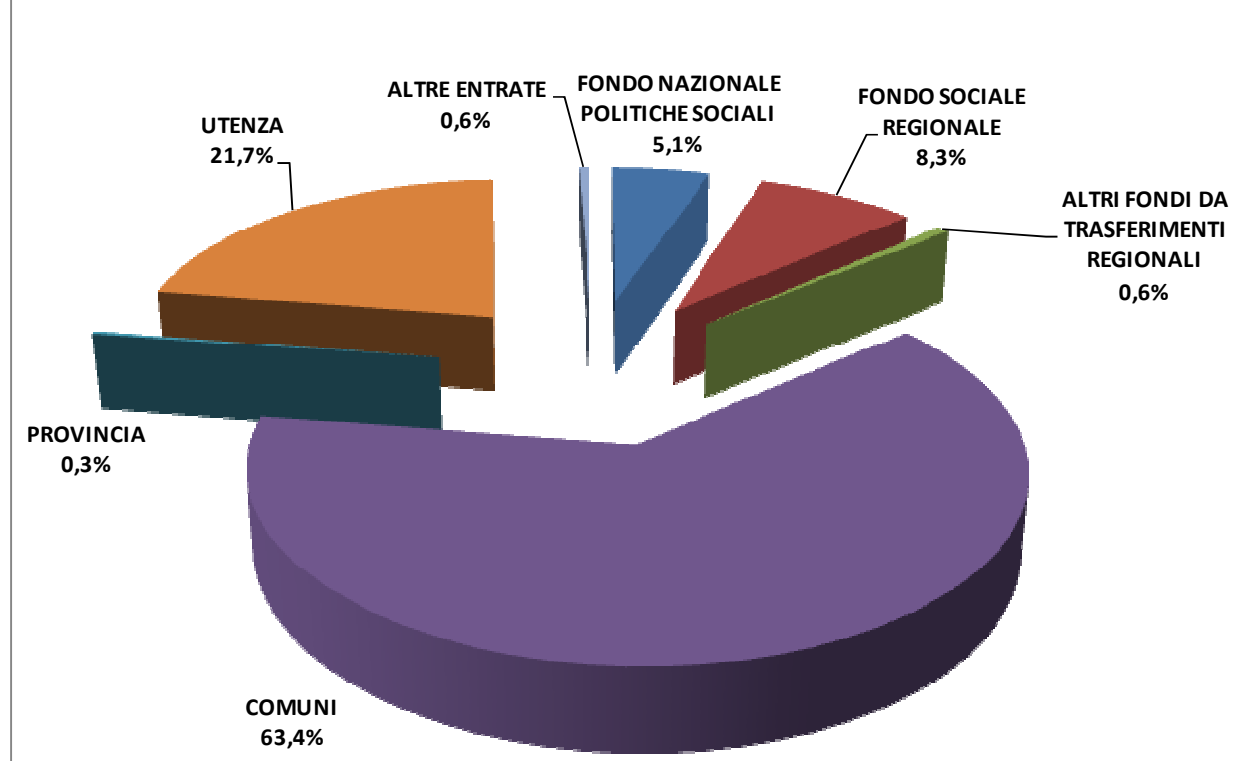
COMUNITÀ	AFFIDO	SPAZIO NEUTRO	AFFIDO AL SERVIZIO	PENALE MINORILE	ALTRO	INDAGINE
37	20	29	146	70	138	51

Minori con decreto - tipologia di intervento



Passando ad un'analisi della spesa consolidata 2008 degli Enti Locali sull'area minori vi è da rilevare che per il 49,6% è destinata al sistema degli asili nido e per il 32,4% è indirizzata al complesso delle azioni relative alla tutela minori (gestione servizi tutela, affidi familiari ed in comunità, adozioni e servizi di assistenza domiciliare).

SPESA SOCIALE AREA MINORI FONTI DI FINANZIAMENTO



All'interno di queste azioni la spesa preponderante (55%) risulta chiaramente essere relativa agli inserimenti in comunità, che tuttavia si è ridotta del 10% rispetto al 2004.

il sistema dei servizi a favore dei minori risulta essere sostanzialmente a carico dei bilanci comunali (64%) e degli utenti (21%, entrate derivanti dalle quote a carico degli utenti dei nidi), il sistema di finanziamento regionale e statale incide per una quota pari al 13% totale.

La spesa pro capite dell'area minori sulla popolazione 0-18 è pari a € 385, contro € 323 del 2004. Se si considera solo la spesa pubblica scende a € 304 e la differenza evidentemente è costituita dalle rette degli asili nido.

Rispetto al "sostegno alla genitorialità" la progettualità connessa alla Legge 285 ha consentito di attivare in tutti i Comuni, pur con declinazioni differenti, progetti di "tempo per le famiglie" con notevole riscontro da parte dell'utenza. La Legge 285 ha inoltre esercitato la funzione di importante stimolo ed attivatore di risorse comunali, connesse ai progetti.

AREA ANZIANI

Area anziani: confronto utenza in carico

SERVIZIO	ANNO	Arese	Cornaredo	Lainate	Pero	Pogliano	Pregnana	Rho	Settimo	Vanzago	Totale
Ricovero anziani non autosufficienti	2001	8	3	9		2	11	46	11	1	91
	2004	12	4	7	3	2	14	52	9	0	103
	2008	11	10	12	7	0	0	20	11	0	71
Assistenza domiciliare	2001	33	17	32	14	23	18	23	16	15	191
	2004	31	12	20	26	22	16	55	24	17	223
	2008	29	18	29	19	15	13	58	21	24	226
Voucher	2001										0
	2005	7	0	10	5	0	1	22	6	3	54
	2008	16	9	9	3	5	0	28	12	4	86
Assegno di cura	2004										107
	2008	12	7	15	11	2	8	36	17	2	110

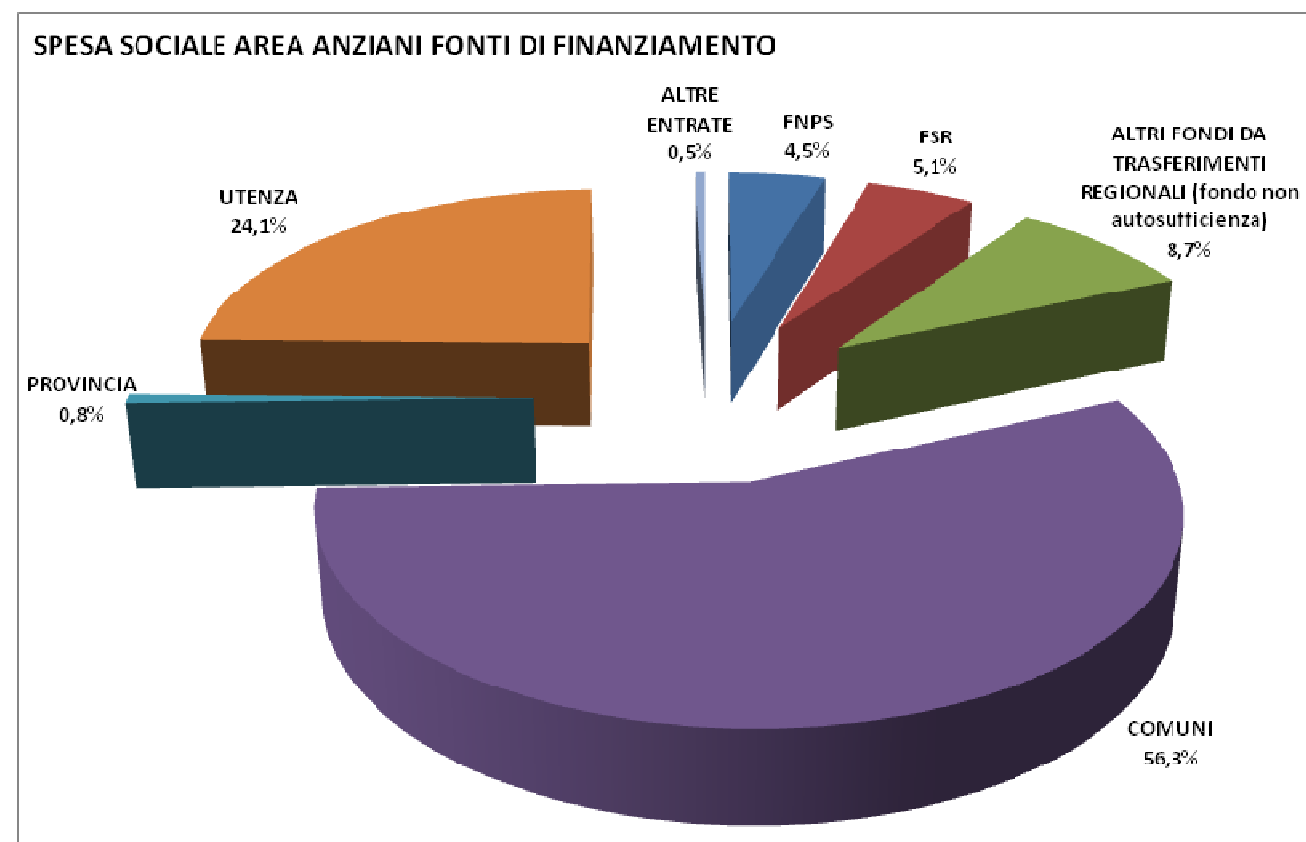
ASSISTENZA DOMICILIARE						
	Fruitori	Gestione	Spesa	entrate da utenza	circ. 4	quota carico Comune
Arese	29	appalto	€ 89.797,58	0	€ 34.004,72	€ 55.792,86
Cornaredo	18	associata	€ 57.892,00	€ 9.287,29	€ 15.201,45	€ 33.403,26
Lainate	29	associata	€ 95.775,00	€ 14.846,00	26213,61075	€ 54.715,39
Pero	19	associata	€ 47.684,00	€ 5.700,00	€ 13.051,11	€ 28.932,89
Pogliano	15	appalto	€ 62.000,00	3100	€ 16.969,40	€ 41.930,60
Pregnana	13	mista	€ 53.064,00	3600	€ 20.748,02	€ 28.715,98
Rho	58	mista	€ 246.075,26	0	€ 76.903,86	€ 169.171,40
Settimo	21	associata	€ 208.806,72	€ 0,00	€ 60.511,38	€ 148.295,34
Vanzago	24	appalto	€ 26.589,42	€ 11.303,05	€ 10.396,46	€ 4.889,91
Totale	226		€ 887.683,98	€ 47.836,34	€ 274.000,00	€ 565.847,64

VOUCHER					
n. utenti totale	anziani <75	anziani >75	disabili	spesa totale	ore annue
86	9	48	29	€ 250.000,00	13.440

I dati di dettaglio relativi a assegno di cura e voucher sono esposti nel precedente capitolo 2 relativo agli esiti del precedente piano di zona.

Nell'area anziani si evidenzia la presenza di attività diffuse sia di assistenza che di animazione e socializzazione, pur non riportate nella precedente tabella.

Si nota una sostanziale stabilità dei volumi di servizio rispetto all'anno 2004; in relazione all'entrata a pieno regime del voucher SAD si registra un incremento importante (58%) dell'utilizzo di questo strumento, che si è ormai sostanzialmente diffuso in tutti i Comuni dell'Ambito.



Salta immediatamente all'occhio che nel confronto dei dati 2001/2004 si ha una marcata espansione dei servizi a vocazione assistenziale, che invece rallenta e si ferma nel trascorso triennio: il dato del 2008 è sostanzialmente costante con quello del 2004 se si esclude l'impatto dei voucher SAD che hanno discretamente ampliato l'offerta del servizio.

Si ha quindi un incremento delle attività di assistenza a domicilio che è riscontrato anche dall'impatto importante che ha avuto l'apertura dello sportello badanti nell'ottobre 2008. Non è possibile tracciare un bilancio ma gli afflussi di persone allo sportello indicano che si è dato risposta ad un bisogno forte.

La spesa per i ricoveri copre una percentuale del 22% del totale della spesa per l'area anziani, mentre la spesa per il mantenimento a domicilio è pari a circa il 55% della spesa totale.

AREA DISABILI

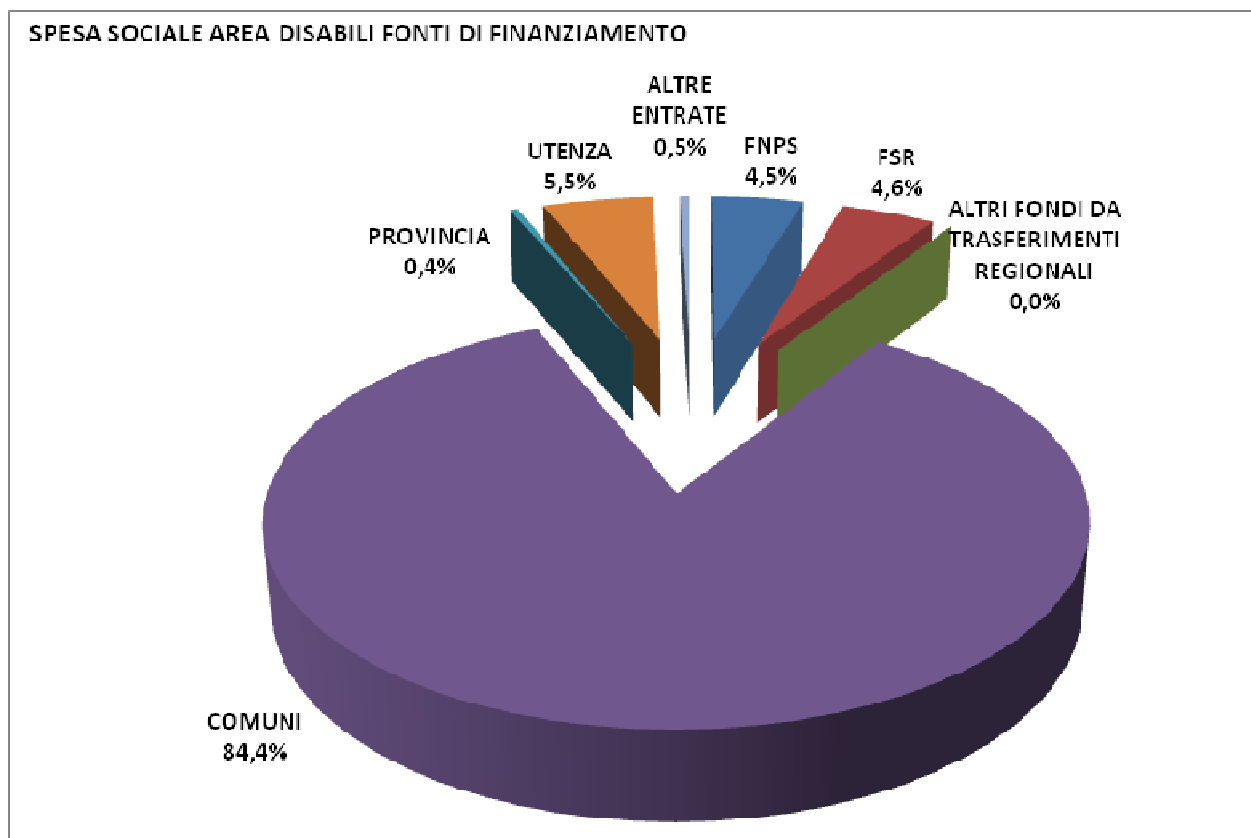
Area disabili: confronto utenza in carico 2004 - 2001

SERVIZIO	ANNO	Arese	Cornaredo	Lainate	Pero	Pogliano	Pregnana	Rho	Settimo	Vanzago	Totale
Trasporto disabili	2001	20	12	45	23	19	15	62	65	20	281
	2004	44	15	45	10	24	7	45	19	1	210
	2008	22	37	53	24	18	7	109	16	10	296
Ricovero portatori di handicap	2001	4	2	2	3	2	1	12	2	3	31
	2004	5	1	5	3	1	1	15	2	1	34
	2008	3	3	4	6	0	1	15	3	2	37
Centro diurno disabili (CDD)	2001	6	5	19	10	7	1	14	4	4	70
	2004	5	5	19	10	6	1	16	3	4	69
	2008	4	4	21	10	6	1	18	3	7	74
Interventi di sostegno domiciliare	2001	5	7	1		3	6	13	3	1	39
	2004	19	5	1	9	0	10	15	21	0	80
	2008	15	18	12	8	16	8	19	29	20	145
Servizio di formazione all'autonomia (SFA)	2001	9	9	14	5	1	2	16	-	3	59
	2004	11	6	14	8	2	2	34	10	3	90
	2008	15	7	13	11	2	1	27	7	4	87

L'esame dei dati fa emergere una assoluta esplosione del servizio trasporto disabili che marca un incremento pari al 41% sull'ambito con un'articolazione molto disomogenea tra i diversi Comuni; è una situazione che si è sviluppata progressivamente nel corso del triennio e che rappresenta l'evidenza di maggior rilievo rispetto all'offerta di servizi del rhodense; il riflesso in termini di spesa è certamente importante e richiede un intervento di contenimento meglio accennato nei macroobiettivi (D6).

Parimenti si riscontra un incremento sostenuto degli interventi di sostegno domiciliare che conferma una importante tendenza già avviatasi nel 2004 e sta a significare una generale maggiore attenzione ed investimento dei Comuni nell'area del sostegno alla disabilità. Agli interventi evidenziati si aggiungono poi i progetti personalizzati derivanti dagli obiettivi della Legge 162/98.

La spesa totale relativa all'area disabili è assorbita, per un 17%, dai ricoveri in comunità mentre il servizio trasporto disabili assorbe una quota di spesa pari a quasi il 25%; quest'ultimo dato impone una riflessione considerando che nel dettaglio in alcuni casi il costo del singolo trasporto supera la spesa connessa all'inserimento in struttura.

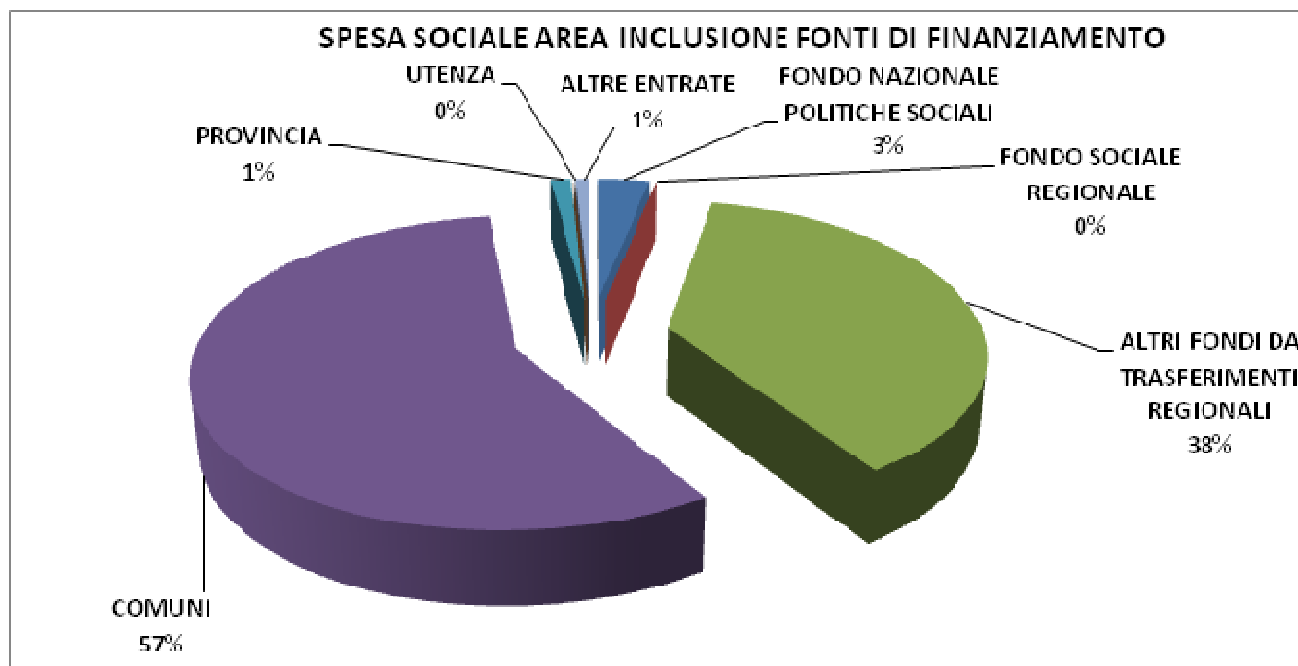


AREA INCLUSIONE SOCIALE

Area inclusione sociale: confronto utenza in carico 2004 - 2001

SERVIZIO	ANNO	Arese	Cornaredo	Lainate	Pero	Pogliano	Pregnana	Rho	Settimo	Vanzago	Totale
Contributi economici indigenti	2001	20	45	32	37	3	8	242	43	3	433
	2004	25	44	33	13	1	13	235	56	11	431
	2008	41	91	58	57	7	18	287	100	0	659
Affitti onerosi	2001	9	60	24	32	5	13	272	62	4	481
	2004	38	109	90	53	15	30	356	63	27	781
	2008	38	142	119	112	20	30	404	73	9	909

L'analisi dei dati evidenzia un incremento preoccupante del volume dei contributi economici, che crescono fra il 2004 ed il 2008 del 53%: il dato conferma la situazione di crescente disagio economico che caratterizza non solo il Rhodense, ma tutto il territorio nazionale. Nel capitolo relativo all'analisi del bisogno sono evidenziati in dettaglio alcuni fattori di fragilità sociale che conducono alla situazione esposta.



Ancora più preoccupante è il dato relativo all'ammontare dei contributi economici, pari a circa € 1.800.000,00 che conduce ad un contributo medio procapite di circa € 2.730,00 contro il dato relativo al 2004 pari a circa € 1.580,00 di media contributo procapite. Tra gli interventi del Rhodense, questo dei contributi è quello che registra la dinamica più significativa, rispetto alla quale sarà necessario porre in essere azioni di controllo preventivo oltre che di analisi dei dati ex post.

Le fonti di finanziamento dell'area inclusione sociale sono piuttosto atipiche rispetto alle altre aree in ragione delle entrate derivanti dal "Fondo Sostegno Affitti", che assumono una quota preponderante rispetto alle altre fonti.

I Comuni sostengono inoltre numerosi interventi e progetti di contrasto alla grave marginalità (nomadi, persone senza fissa dimora, donne sole...) anche in connessione e partnership con realtà di volontariato territoriale, che assumono una rilevante importanza, pur sfuggendo in buona parte alla presente rilevazione.

4.2 IL PIANO DI ZONA E LA GESTIONE DEI SERVIZI DEL CONSORZIO SER.CO.P.

Dal mese di luglio 2008 è attiva l'azienda speciale consortile per la gestione dei servizi sociali dei Comuni del rhodense, di conseguenza anche la gestione dei servizi derivanti dal Piano di Zona e finanziati con il Fondo Nazionale Politiche Sociali è affidata dal 2008 al Consorzio SER.CO.P. Quest'ultimo riveste quindi il ruolo di principale ente gestore pubblico dei servizi nel rhodense e attore cruciale della riorganizzazione del sistema dei servizi d'ambito.

Attraverso un contratto di servizio stipulato con tutti i Comuni dell'ambito è stata affidata a SER.CO.P. la gestione dei seguenti servizi, per un volume economico complessivo pari a oltre €7.500.000,00 nell'anno 2009:

FINANZIATI CON RISORSE COMUNALI E FONDO SOCIALE REGIONALE

Tutela minori
Assistenza domiciliare educativa
Trasporto disabili
Nucleo inserimenti Lavorativi
Ass. domiciliare anziani e disabili

FINANZIATI DA FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI

Servizio affidi
Spazio neutro
SAD tramite voucher
Assegno di cura
Leggi settore
Mediazione familiare
Sportello stranieri
Sportello badanti
Ufficio di piano

Nel seguito vengono sinteticamente descritte l'articolazione delle funzioni di programmazione e gestione, cioè i rapporti tra la programmazione zonale e l'ente gestore SER.CO.P., e gli obiettivi di fondo in base ai quali si è scelto di attivare una gestione associata.

Per quanto riguarda invece gli obiettivi e le strategie relative alla gestione fine dei servizi da parte di SER.CO.P., che esulano dal presente documento programmatico, si rinvia al piano programma del consorzio stesso (www.sercop.it alla sezione documenti).

FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE E GESTIONE

La Legge Regionale 3/08 (nonché la L.328/00) riconosce negli ambiti zonal i luoghi di programmazione territoriale dei servizi: di conseguenza il Piano Sociale di Zona individua nell'Assemblea dei Sindaci e nell'Ufficio di Piano gli strumenti attraverso i quali realizzare la suddetta programmazione.

Per quanto riguarda invece la gestione dei servizi, l'ambito del rhodense ha optato per la gestione associata attraverso il Consorzio SER.CO.P., di cui sono soci tutti i Comuni dell'ambito territoriale; quindi l'ambito operativo del consorzio coincide perfettamente con quello dell'ambito.

Di conseguenza, i Comuni associati nel Piano di Zona sono titolari delle funzioni programmatiche sul territorio dell'ambito (scelte strategiche in tema di welfare e conseguente allocazione delle risorse Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, Fondo non autosufficienza ecc.) mentre l'aspetto gestionale è affidato a SER.CO.P.

In questa prospettiva gli Enti Locali assumono e rafforzano il loro ruolo nella programmazione delle politiche sociali, ovviamente in forma associata e con la strumentazione definita nel Piano di Zona. Ciò significa, per gli Enti suddetti, essere liberati da gran parte degli oneri riguardanti la gestione e poter così concentrare la propria azione sull'individuazione e l'analisi dei bisogni, nonché sulla successiva definizione di priorità: in poche parole assumersi in pieno il ruolo di definizione delle politiche, in sinergia con tutte le soggettività sociali indicate dalla legge regionale 3/08.

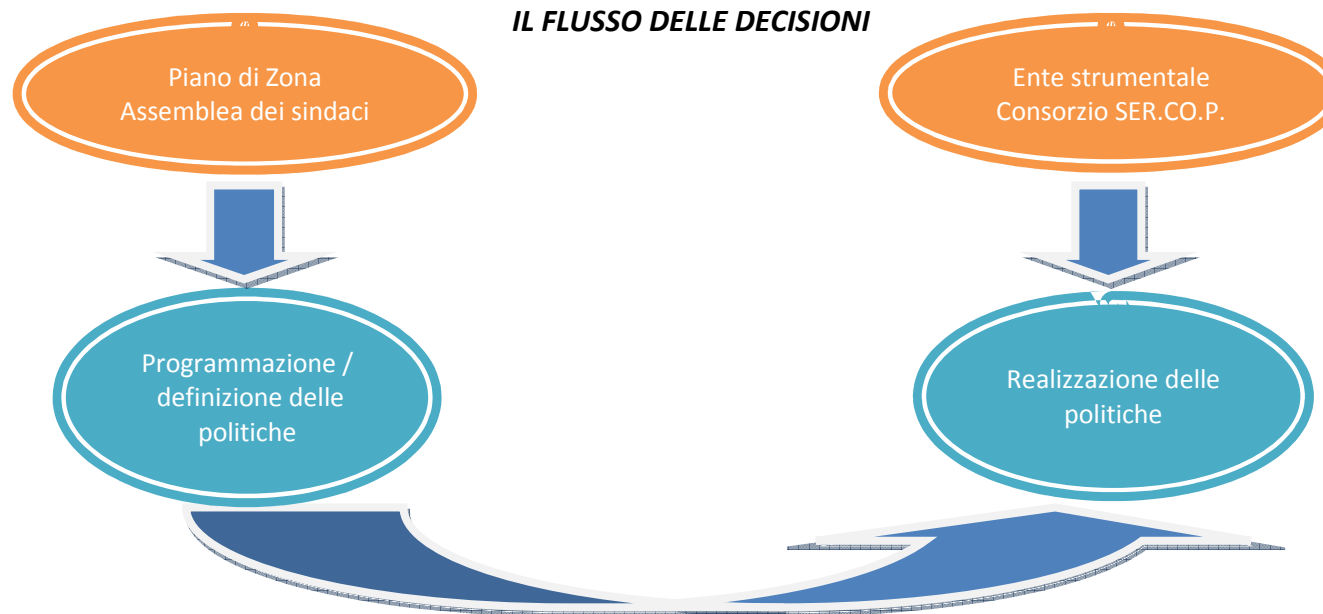
L'Ente Strumentale, dotato di competenze tecniche specialistiche, assume invece il compito di gestire i servizi e quindi realizzare quelle politiche, secondo un preciso vincolo di strumentalità nei confronti dei Comuni associati.

In altre parole, i Comuni associati sono i promotori e i disegnatori del sistema di Welfare locale, mentre l'ente strumentale contribuisce alla realizzazione del sistema stesso.

LA PROGRAMMAZIONE	
Fonti	Legge regionale 3/08, Legge 328/00
Oggetti	Assemblea dei Sindaci (comuni associati e ASL)
Strumenti	Piano di zona

LA GESTIONE	
Fonti	Testo unico enti locali (L. 267 artt. 112e segg.)
Soggetti	Comuni associati
Strumenti	Ente di gestione (Consorzio SER.CO.P.)

IL FLUSSO DELLE DECISIONI



RAFFORZAMENTO DELLE FUNZIONI DI PROGRAMMAZIONE

La gestione di buona parte dei servizi dei Comuni da parte di un unico soggetto comporta di fatto un notevole potenziamento delle reali funzioni programmatiche in capo al Piano di Zona; infatti queste non si estrinsecano, come in passato, sulla sola quota di servizi finanziati con Fondo Nazionale Politiche Sociali, ma si estendono di fatto a tutti i servizi a gestione associata.

Si ha quindi un importante effetto di ritorno, che partendo dalla realtà di servizi gestiti dal Consorzio in maniera associata per tutto l'ambito, enfatizza e rende più concreta l'azione di programmazione (che si estende a tutto il volume di servizi gestiti da SER.CO.P.).

OBIETTIVI DI SISTEMA DELLA GESTIONE ASSOCIATA

La gestione associata dei servizi ha consentito di oggettivare alcuni obiettivi prioritari, come di seguito elencati:

- Economie di scala: si realizzano attraverso il conferimento al Consorzio di una parte rilevante dei servizi dei Comuni e di tutti i servizi finanziati con Fondo Nazionale Politiche Sociali e con altre entrate. SER.CO.P. è una realtà che nell'anno 2009 ha un volume di gestione di oltre € 7.500.000,00, il

che garantisce la sostenibilità dei costi di struttura, derivanti dalla gestione associata stessa. Per quanto riguarda i singoli servizi, una scala ottimale di gestione – ovvero una dimensione ottima minima – è essenziale per una efficiente ed efficace erogazione di servizi ad elevato contenuto tecnico (ad es. la tutela minori). È infatti ormai chiaro che determinati oneri, che consentono una qualificazione dei servizi (ad es. la formazione o l'assunzione di operatori specializzati ad elevata competenza), possono essere sostenuti solo in relazione ad un bacino di utenza ampia.

- Razionalizzazione della logistica, degli acquisiti e dell'organizzazione del lavoro con conseguimento di economie di gestione e maggiore aderenza alle specificità del settore sociale.
- Economie di specializzazione: la costituzione di unità operative “dedicate” consente di investire sulla valorizzazione e professionalità delle risorse umane, al fine di affrontare in maniera appropriata i problemi sociali presenti sul territorio (ad es. gli inserimenti lavorativi di soggetti fragili o tutela dei minori), che su bacini di utenza di modeste dimensioni non sarebbero affrontabili se non con interventi occasionali, generici, e che non garantiscono professionalità degli stessi.
- Maggiore orientamento all'utenza: qualità significa volontà e possibilità di organizzare i servizi in relazione ai bisogni dell'utenza, più che modellarli sulle esigenze e sui vincoli organizzativi dell'ente erogatore.
- Omogeneizzazione delle regole di accesso e di gestione dei servizi in termini qualitativi e quantitativi rispetto agli interventi disponibili per la popolazione.
- Facilitazione dei processi di integrazione socio-sanitaria: la complessità ed articolazione dei bisogni delle persone richiede che le istituzioni coinvolte nella programmazione e gestione dei servizi possano semplificare le relazioni funzionali in ordine alla realizzazione di interventi ad elevata integrazione socio sanitaria (sia con l'ASL che con l'Azienda Ospedaliera).
- Accesso a risorse economiche aggiuntive: in relazione ad una dimensione aziendale consistente, sviluppare azioni di fund raising mediante la specializzazione di una risorsa umana al suddetto obiettivo.
- Qualificazione della spesa pubblica sociale: ciò significa controllo di gestione sull'andamento della spesa, sul conseguimento dei risultati prefissati e sulla “bontà” della gestione dei servizi, intesa sia come migliore allocazione delle risorse economiche (scarse) in relazione ai bisogni manifesti, che come migliore utilizzo delle risorse in relazione alle buone pratiche di gestione.

4.3 L'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'obiettivo di una maggiore integrazione tra sociale e sanitario non può essere esclusivamente un principio “normativo” e non può neanche essere reso quale dato scontato. È un obiettivo impegnativo che lo scorso triennio è stato debolmente perseguito, anche se sono state poste le basi per una fattiva integrazione grazie alla stesura di un protocollo di sinergia operativa tra i diversi attori istituzionalmente coinvolti nel delicato processo di presa in carico dei minori con genitori con problemi di dipendenza.

Per la nuova triennalità la programmazione dell'Ambito è fortemente incentrata sul concetto di integrazione tra sociale e sanitario, nei suoi diversi livelli:

- integrazione istituzionale che si basa sulla necessità di promuovere, attraverso strumenti formalizzati, le collaborazioni tra enti diversi al fine di conseguire obiettivi comuni di programmazione sociale e socio sanitaria; in questo senso un passo cruciale è dato dall'individuazione dell'Assemblea dei Sindaci (che vede anche la presenza di ASL, vedi successivo cap. 5.2) quale principale luogo di decisione della programmazione zonale;
- integrazione gestionale che comporta individuazione di modelli organizzativi e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni;
- integrazione operativo-funzionale che richiede la capacità di lavorare seguendo logiche progettuali e di incontro nel processo operativo di più operatori e più professionalità.

Il sottile confine tra sociale e socio sanitario ha infatti necessità di connessioni e di manutenzioni continue dei dispositivi che regolano le collaborazioni. Pur nel rispetto delle distinte funzioni, va infatti accettata una contaminazione che destruttura le rigidità e che contribuisca alla costruzione di un sistema integrato a partire dalla facilitazione dell'accesso alle informazioni e quindi ai servizi stessi.

Il Piano Sociale di Zona intende quindi consolidare tutte le collaborazioni attivate negli anni e confermare un livello di compartecipazione alle decisioni, non solo sul piano degli indirizzi generali, che sono propri degli organi di indirizzo distrettuale (Assemblea dei Sindaci), ma soprattutto nel proseguire l'opera di definizione di processi di progettazione e di costruzione di protocolli che migliorino la qualità delle prestazioni offerte.

Si rammenta che compete all'ASL la programmazione e la realizzazione della rete delle unità di offerta sociosanitarie, nel rispetto della programmazione regionale ed in armonia con le linee di indirizzo formulate dai Comuni, nonché l'esercizio delle funzioni di vigilanza e controllo sulle unità di offerta sociale e sociosanitarie.

L'ASL e l'Azienda Ospedaliera sono, in sinergia con il territorio, gli interlocutori principali non solo per perseguire l'integrazione socio-sanitaria, come sopra già detto, ma anche per la definizione condivisa di strumenti operativi e nuove modalità organizzative per la realizzazione di un sistema di welfare locale attento e prossimo ai bisogni della cittadinanza.

Con l'Azienda Ospedaliera nello specifico sono stati definiti i protocolli operativi per le dimissioni protette e per la residenzialità leggera.

Un ulteriore passo verso questo obiettivo è rappresentato dal documento di integrazione socio-sanitaria (All. 2), nel quale vengono declinati obiettivi ed azioni condivise con il territorio e che trovano pieno riscontro e condivisione nei macro obiettivi della programmazione locale.

4.4 IL TERZO SETTORE

L'esperienza di collaborazione con il terzo settore, è stata caratterizzata fin dalla prima triennalità dei piani di zona da un elevato livello di integrazione e connessione che ha trovato nella coprogettazione dei servizi innovativi, attivati mediante il fondo nazionale, la sua cifra di lettura.

È quindi ormai da tempo superato un rapporto di mera committenza tra enti locali e terzo settore che è a tutti gli effetti un soggetto attivo nella programmazione delle politiche di welfare e nella ideazione progettazione di servizi e interventi.

Il rhodense si caratterizza infatti per la nascita già dall'anno 2003 di un Forum locale del terzo settore che ha rappresentato, nelle sue diverse articolazioni, un interlocutore costante degli enti locali in tutte le fasi sopra accennate.

Si sono quindi sviluppate numerose esperienze di partnership progettuale che hanno consentito lo stabilirsi di relazioni di intensa collaborazione nella direzione di una forte integrazione tra il momento della programmazione (di parte prevalentemente pubblica) e della progettazione degli interventi (maggiormente centrata su soggetti del Terzo Settore).

I livelli di integrazione definiti dai precedenti Piani di Zona, che postulavano un modello di governo della programmazione partecipato e diffuso (vedi cap. 2) rappresentano ormai una esperienza consolidata e ampiamente positiva di relazioni che il presente Piano Sociale di Zona si propone di rinforzare e potenziare; tale esperienza costituisce dunque un fondamentale punto di partenza per ogni sviluppo futuro che dovrà valorizzare il patrimonio di connessioni e relazioni che si sono stabilite in questi anni, pur compiendo una evoluzione in linea con le recenti disposizioni normative.

Considerando il ruolo del Terzo Settore nella programmazione ad un livello macro, la nuova fase del Piano di Zona vede importanti novità normative in tema di una definizione omogenea, a livello regionale, dei luoghi di confronto tra programmatori istituzionali e Terzo Settore.

Il passaggio dallo scenario teorico dei principi e degli indirizzi normativi generali alla realtà operativa è certamente molto delicato e deve orientarsi su una linea di valorizzazione dell'esperienza accumulata in questi anni, che garantisca:

- la rappresentatività di tutte le forze presenti sul territorio;
- una transizione condivisa verso un modello di collaborazione che mantenga intatta l'attuale struttura delle funzioni, ma integri con maggiore forza il piano delle "risorse" in campo;
- l'efficienza delle strutture attivate, che sappiano garantire due aree di esercizio dialogico:
 - o una di carattere formale, che riguarda la funzione di rappresentanza e di proiezione delle istanze territoriali,
 - o un'altra di maggiore impatto sull'intero impianto dello strumento programmatico, che riguarda l'elaborazione, la progettazione e la capacità di produrre sperimentazioni;
- il consolidamento delle esperienze di coprogettazione condotte nel corso della passate triennalità.

Sulle modalità di consultazione dei soggetti del Terzo Settore ci si deve riferire alla Delibera di Giunta Regionale n. 7797 del 30/07/2008, avente ad oggetto l'istituzione di Tavoli di Consultazione anche a livello locale. Nella logica di costruzione ed adozione di regole condivise all'interno del territorio dell'ASL, il coordinamento degli Uffici di Piano ha elaborato a questo proposito un Regolamento per l'istituzione ed il Funzionamento del Tavolo di Consultazione, che verrà approvato nei prossimi mesi.

Il coinvolgimento del Terzo Settore riguarda dunque il processo di attuazione del Piano di Zona a trecentosessanta gradi: dalla definizione e programmazione degli interventi, all'individuazione di indicatori di processo e di risultato, alla valutazione in tutte le sue fasi, valorizzando l'apporto innovativo delle organizzazioni no profit nelle politiche per la qualità sociale e dando in tal modo piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale.

4.5 LE UNITÀ DI OFFERTA E IL SISTEMA DI ACCREDITAMENTO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Uno degli obiettivi essenziali di sistema del presente piano di zona è la costruzione di un sistema di accreditamento dei servizi socio assistenziali, ai sensi di quanto stabilito dagli art 11 e 13 della LR 3/08.

È una sostanziale rivoluzione del sistema di acquisto dei servizi da parte dei soggetti erogatori. In termini generali l'accREDITAMENTO è un processo articolato che si conclude con l'abilitazione ai soggetti che possiedono determinati requisiti ad erogare prestazioni socio assistenziali. È anche il presupposto necessario per poter accedere al finanziamento pubblico ovvero alla remunerazione delle prestazioni effettuate.

Il sistema socio sanitario lombardo funziona da diversi anni mediante accreditamento istituzionale, mentre per le reti dei servizi socio assistenziali rappresenta un'innovazione assoluta, ad eccezione fatta della significativa esperienza di accreditamento e voucherizzazione del Servizio di assistenza domiciliare che il rhodense ha attivato a partire dall'anno 2005.

Il sistema lombardo prevede la seguente scansione per la gestione dei servizi:

REQUISITI DI FUNZIONAMENTO	
Cosa sono	Una serie di elementi strutturali e gestionali necessari per poter gestire unità di offerta socio assistenziali
Chi li definisce	Regione Lombardia
Chi vigila sulla loro persistenza	ASL
A cosa danno diritto	Ad esercitare la gestione di una unità d'offerta

Per poter esercitare una unità di offerta riconosciuta quale appartenente alle reti socio assistenziali è indispensabile possedere questi requisiti; tuttavia ciò non dà necessariamente il diritto alla remunerazione delle prestazioni da parte dell'ente pubblico.

Dal 2008 i requisiti di funzionamento non vengono verificati ex ante mediante l'autorizzazione al funzionamento, soppressa dalla L. 3/08, bensì controllati ex post mediante il normale processo di vigilanza.

Come si vede i requisiti di funzionamento sono stabiliti in modo univoco per tutto il territorio regionale quali elementi "sine qua non" per esercitare la funzione e di conseguenza non risentono in alcun modo del contesto locale.

Successivamente al percorso autorizzatorio che rappresenta una condizione necessaria, interviene il processo di accreditamento, rispetto al quale le competenze sono fissate come segue:

CRITERI DI ACCREDITAMENTO	
Cosa sono	Indicazioni di carattere generale finalizzate ad orientare nella definizione dei requisiti di accreditamento
Chi li definisce	Regione Lombardia

REQUISITI DI ACCREDITAMENTO	
Cosa sono	Una serie di fattori tendenzialmente gestionali che esprimono un plus di qualità per una determinata tipologia di unità di offerta
Chi li definisce	Comuni associati negli Ambiti territoriali
Chi vigila sulla loro persistenza	Ambiti territoriali
A cosa danno diritto	Alla remunerazione delle prestazioni

Definito così il percorso è evidente che all'interno del sistema di criteri definito dalla regione è competenza degli ambiti territoriali definire i requisiti di accreditamento, quale prima fase del percorso.

A differenza dei requisiti di funzionamento il contesto territoriale è cruciale per la definizione di standard aggiuntivi di qualità (requisiti di accreditamento) connessi al voler essere dei servizi di un determinato territorio. L'accREDITAMENTO consiste dunque nella definizione di criteri e requisiti di "qualità desiderata" del sistema, che devono essere posseduti dai soggetti che si candidano alla gestione remunerata degli interventi socio assistenziali.

Il processo di accreditamento è composto dalle seguenti fasi:

1. **definizione delle reti di unità di offerta da accreditare**
2. **definizione, per ogni rete di unità di offerta di requisiti di accreditamento.**
3. **definizione del budget di accreditamento per ogni rete di unità di offerta**
4. **definizione dei volumi accreditabili**
5. **accreditamento delle unità di offerta**
6. **contratto di accreditamento che definisce la remunerazione delle prestazioni**

Tali fasi di lavoro rappresentano per l'ambito una concretizzazione del processo programmatico delle reti di offerta che trova una completa sintesi nell'accREDITAMENTO, quale sistema completo di "regolazione del mercato" sintetizzabile nelle seguenti funzioni:

- definizione dei livelli di qualità "ex ante" che si vogliono assumere
- definizione dei volumi di prestazioni
- controllo sul permanere dei requisiti di accertamento

Attraverso l'esercizio di queste funzioni l'ambito assume in piano il ruolo di programmatore dei servizi per il territorio.

Definizione delle reti di offerta da accreditare:

è strettamente connessa alle caratteristiche del sistema di offerta territoriale esistente e alle scelte strategiche di sviluppo della qualità dei servizi. È quindi l'elemento portante della programmazione territoriale dei servizi. Essendo un processo di notevole complessità l'ambito ritiene di dover procedere in maniera incrementale a partire dalle reti di offerta che per diverse ragioni necessitano di una "regolazione" in relazione alla situazione pregressa dell'ambito. Inoltre ad oggi la Regione Lombardia ha emanato i criteri di accreditamento solo per alcune reti di servizi; pertanto si ritiene di porsi l'obiettivo, nel presente triennio di pervenire all'accREDITAMENTO delle seguenti unità di offerta:

- area minori

Unità di offerta	Criteri
Asili nido	DGR 2943 del 16.02.05

- area disabili

Unità di offerta	Criteri
Centri socio educativi	DGR 2943 del 16/02/05
Comunità di accoglienza residenziale	DGR 2943 del 16/02/05
Servizi formazione all'autonomia	Non ancora definiti

Definizione dei requisiti di accreditamento

I requisiti di accreditamento rappresentano il plus di qualità del sistema che un territorio vuole esprimere in aggiunta agli standard di funzionamento. Sono quindi il frutto di un percorso tecnico politico che si propone di definire il “voler essere” di un servizio e di tradurlo in una serie di requisiti che devono essere posseduti dagli enti gestori per accedere al sistema.

La costruzione dei requisiti, così definita, è quindi un essenziale passaggio nella realizzazione del sistema dei servizi dell'ambito ed è in assoluto la fase più importante e qualificante del processo di accreditamento. Proprio per questo non può non partire da un esame dello stato esistente di quella rete di servizi così come la esprime il territorio, per poi arrivare alla definizione dei momenti e delle dimensioni di miglioramento: si ipotizza quindi un percorso di costruzione dei criteri partecipato, con un importante coinvolgimento degli enti gestori.

Assumendo l'ipotesi che ogni requisito di qualità aggiuntiva in genere ha un costo, la costruzione degli standard di accreditamento sarà orientata da due tensori:

- la ricerca di dimensioni di incremento della qualità del servizio e di migliore risposta ai bisogni degli utenti;
- la sostenibilità economica connessa con il “costo aggiuntivo” richiesto dagli standard di qualità.

L'ambito si propone di attivare per ogni rete di servizi da accreditare un gruppo misto di lavoro come definito al cap 5.2 relativo alla governance che definisca in maniera partecipata i requisiti di accreditamento secondo la seguente scansione temporale:

- **Comunità di Accoglienza Residenziale, entro settembre 2009.**
- **Centri Socio Educativi ed asili nido, entro marzo 2010.**
- **Servizio di Formazione all'Autonomia, entro dicembre 2010 compatibilmente all'emanazione dei criteri regionali.**

Definizione del budget di accreditamento

Per ogni rete di unità di offerta dovrà essere definito un budget di accreditamento anche questo elemento strettamente connesso al contesto territoriale. Infatti due sono i dati di partenza per poter arrivare alla definizione di un budget di accreditamento :

- da un lato la definizione di un “costo standard” della tipologia di servizio da accreditare, operazione direttamente connessa ai requisiti di qualità richiesta, e la conseguente calibratura della quota di accreditamento (remunerazione per unità di prestazione) da riconoscere ai soggetti accreditati;
- dall’altro la disponibilità economica dell’ambito che attinge fondamentalmente a due fonti di finanziamento:
 - quota di fondo sociale regionale
 - risorse derivanti dai comuni
 - eventuale quota di fondo nazionale politiche sociali

Definizione dei volumi accreditabili

Possono essere accreditate solo le unità di offerta che possiedono gli standard di funzionamento; pertanto i volumi di servizio accreditabili sono un sottoinsieme dei posti appartenenti alla rete di unità di offerta (ex posti autorizzati).

La definizione dei volumi accreditabili è un altro elemento portante della programmazione ed è strettamente connesso con la definizione del budget di accreditamento. Esattamente come i criteri è sottoposto a due tensori:

1. la domanda di servizio espressa ed interpretabile secondo diverse funzioni obiettivo (popolazione target, liste di attesa....)
2. la sostenibilità del sistema in relazione alle risorse economiche disponibili, tenuto conto della necessità di una corretta remunerazione delle prestazioni

nella tabella seguente sono riportate i volumi massimi accreditabili secondo funzioni obiettivo in relazione alla domanda di servizio:

AREA DISABILI		
Tipologia unità di offerta	Posti accreditabili	Possibili fonti di finanziamento
Servizio formazione all'autonomia	98	Comuni, Fondo Sociale Regionale e Fondo Nazionale Politiche Sociali
Centro Socio Educativo	135	Comuni, Fondo Sociale Regionale e Fondo Nazionale Politiche Sociali
Comunità di accoglienza residenziale	47	Comuni e Fondo Sociale Regionale
AREA MINORI		
Asili nido	1290	Comuni, Fondo Sociale Regionale, Fondo Nazionale Politiche Sociali

L’accredimento delle Unità di offerta e la definizione del contratto sono fasi prevalentemente tecniche che non richiedono una particolare definizione strategica una volta puntualmente attuate le fasi precedenti.

Per concludere, preme sottolineare che, in relazione alla mobilità dell’utenza tra i diversi ambiti, soprattutto per ciò che concerne i servizi per la disabilità è auspicabile che i ragionamenti in tema di criteri di accreditamento e remunerazione delle prestazioni possano venire affrontati in maniera coordinata tra i diversi ambiti limitrofi; questo al fine di garantire trattamenti e rette omogenee ai cittadini che usufruiscono delle prestazioni.

5. LA GOVERNANCE: ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI

5.1 QUADRO DI RIFERIMENTO

La costruzione della impalcatura della governance del nuovo Piano Sociale di Zona, prende le mosse da diversi fattori: l'esperienza accumulata, la reale costruzione identitaria di ambito, un elevato livello di collaborazione con il terzo settore e le nuove disposizioni normative emanate dalla regione Lombardia (Legge 3/08, linee di indirizzo per la costruzione dei piani di zona, delibera tavolo terzo settore).

Partendo dai presupposti fondanti su cui questo Piano Sociale di Zona e il suo ambito si muovono, manteniamo valido un principio che abbiamo avuto modo di discutere e condividere in diverse fasi: la governance quale processo che riconosce le diversità di ruolo e funzione istituzionale, interpretando la partecipazione e la collaborazione tra i molteplici attori quale veicolo di ridefinizione dell'identità di servizio pubblico e di soggetto pubblico. È la condizione di corresponsabilità tra i soggetti nel perseguire specifiche scelte atte a configurare un quadro condiviso di politiche sociali territoriali. È un percorso di "governo del consenso" a favore della costruzione di politiche sociali d'ambito, capace di riconoscere reciprocamente ruoli, identità e funzioni di ognuno dei soggetti coinvolti e, di conseguenza, che implica modalità decisionali condivise.

Diremmo che il cuore di tale principio continua a pulsare, che il sistema fondato su un concetto di corresponsabilità e sussidiarietà regge quando sussiste una capacità di tutti i soggetti di riconoscersi parte di tale sistema ma, aggiungiamo, quando viene in qualche modo marcato e riconosciuto un ruolo di regia che non può che risiedere nelle istituzioni pubbliche e nei suoi organi di governo del Piano Sociale di Zona.

La partecipazione attiva dei diversi attori, all'interno della rete dei rapporti che si formano intorno al welfare comunitario, porta a modificare il loro modo di agire, predisponendoli ad un "gioco cooperativo". La logica di cooperazione stabile che si instaura aumenta la motivazione e l'interesse dei diversi attori coinvolti per il raggiungimento di soluzioni e risultati soddisfacenti per le politiche sociali del territorio.

Assumiamo quindi come fondamenti della governance del nostro territorio questi principi:

- Apertura: dobbiamo operare in maniera più aperta con gli attori della società civile, rafforzando i nodi della rete (tenendo anche conto che il Piano di Zona non è un "pozzo senza fondo" e quindi saranno favoriti coloro che portano risorse "aggiuntive").
- Partecipazione: l'efficacia e la stabilità delle politiche sociali dipendono anche dall'ampia partecipazione che si saprà assicurare dalla prima elaborazione all'esecuzione.
- Responsabilità: i ruoli all'interno del percorso di programmazione e di attuazione dei progetti devono essere definiti con chiarezza.
- Efficacia: le politiche devono essere efficaci, producendo i risultati attesi in base ad obiettivi chiari.
- Coerenza: la coerenza richiede una decisa assunzione di responsabilità da parte di tutti i soggetti coinvolti nella governance.

I livelli istituzionali di indirizzo e i percorsi decisionali

La normativa regionale vigente individua nell'Assemblea distrettuale dei Sindaci l'organo decisionale deliberante ogni atto di indirizzo del Piano Sociale di Zona. Riteniamo altresì che anche la funzione di indirizzo sia da collocare sinergicamente nel sistema di governance complessivo, come atto conclusivo di un percorso partecipativo fondato appunto sulla condivisione delle scelte. Intendiamo affermare che la stessa natura decisionale debba necessariamente suddividersi in un livello decisionale "formale-istituzionale" ed uno "contestuale-istituzionale".

Una nuova dimensione di collaborazione con il terzo settore

Rispetto alle sinergie con il Terzo Settore, il passaggio dallo scenario teorico dei principi e degli indirizzi normativi generali alla realtà operativa è certamente il più delicato.

I livelli di confronto con il privato sociale possono essere diversificati e formalmente garantiti, ma non necessariamente produttivi; ciò soprattutto quando, da un lato, non viene accettata la "fatica" del confronto dialettico e della contaminazione e, dall'altra, non viene condiviso un principio fondante del processo di governance innovativo che è quello della "sussidiarietà della responsabilità".

Anche in questo caso il nostro Piano Sociale di Zona deve orientarsi su una linea di sviluppo. L'esperienza accumulata in questi anni deve garantire una transizione condivisa ad un modello di collaborazione che mantenga intatta la struttura delle funzioni, ma integri con maggiore forza il piano delle "risorse" in campo.

Il Piano Sociale di Zona deve garantire due aree di esercizio dialogico: una di carattere formale che riguarda la funzione di rappresentanza e di proiezione delle istanze territoriali (TAVOLO DEL TERZO SETTORE) un'altra di maggiore impatto sull'intero impianto dello strumento programmatico, che riguarda l'elaborazione, la progettazione, la capacità di produrre sperimentazioni utili e che, in tal senso, sappia moltiplicare risorse ed economie di scala (agorà tematiche, tavoli di co-progettazione trasversale).

Dobbiamo dunque riconoscere l'attuale crisi di un modello che ha funzionato, ma che è oramai logoro. Rappresentare le istanze e condividere le scelte strategiche è un compito – e in parte anche un obbligo – del Piano Sociale di Zona, ma il valore aggiunto del nostro percorso di condivisione deve essere quello di un forte investimento sulla qualità della collaborazione e sulla capacità di investire fortemente sullo sviluppo. Ed è su questo punto che al Piano Sociale di Zona deve essere riconosciuta la facoltà di stabilire sinergie differenziate a tutela della qualità del suo operato.

Il ruolo di ASL

L'obiettivo di una maggiore integrazione tra sociale e sanitario non può essere esclusivamente un principio "normativo", al contempo non può neanche essere reso quale dato scontato. È un obiettivo impegnativo che lo scorso triennio è stato debolmente perseguito.

In tal senso, è più semplice rispettare una rigida divisione normativa tra sociale e socio-sanitario che realizzare un vero processo di integrazione funzionale, capace di ridurre significativamente lo iato tra i servizi sociali e i servizi socio sanitari; ciò in particolare rispetto alle condizioni di accessibilità ai servizi che, in termini funzionali, significa garantire uniformità d'accesso e omogeneità delle informazioni a favore dei cittadini-utenti.

Il sottile confine tra sociale e socio sanitario ha comunque necessità di connessioni e di manutenzioni continue dei dispositivi che regolano le collaborazioni. Pur nel rispetto delle distinte funzioni, va accettata una contaminazione che destrutturi le rigidità e che contribuisca alla costruzione di un sistema integrato, a partire proprio dalla facilitazione dell'accesso alle informazioni e quindi ai servizi stessi.

Il Piano Sociale di Zona dovrà quindi consolidare tutte le collaborazioni attivate negli anni e confermare un livello di compartecipazione alle decisioni non solo sul piano degli indirizzi generali, che sono propri degli organi di indirizzo distrettuale (assemblea dei sindaci), ma soprattutto nei processi di progettazione e di costruzione dei protocolli che migliorino la qualità delle prestazioni offerte.

La dimensione tecnica

Nel nostro modello di governance la dimensione tecnica assume una maggiore articolazione.

Il principio di circolarità pone il territorio all'inizio e alla fine: punto di partenza delle istanze e luogo di restituzione delle azioni prodotte dal processo stesso.

Nel processo decisionale del Piano Sociale di Zona rimane valida una interlocuzione attiva tra indirizzo e traduzione operativa, tra assunzione delle decisioni e costruzione della decisione attraverso un percorso di analisi ed elaborazione, che risiede in particolare proprio nella dimensione tecnica.

Un altro aspetto fondamentale da considerare è la sempre maggiore necessità di specializzazione, dovuta in particolar modo ai nuovi bisogni organizzativi e amministrativi connessi all'accrescimento della complessità del sistema di governo delle politiche sociali, alle esigenze di maggiore estensione delle conoscenze e di maggiore acquisizione di competenze, in particolar modo connesse alla progettazione sociale.

In maniera rilevante, in questo triennio, si pone la necessità di predisporre una struttura tecnica capace di intercettare opportunità di risorsa e costruire processi di progettazione condivisa, in grado di muoversi proprio sulla linea dello sviluppo, garantendo al tempo stesso efficienza amministrativa e garanzia rispetto al debito informativo.

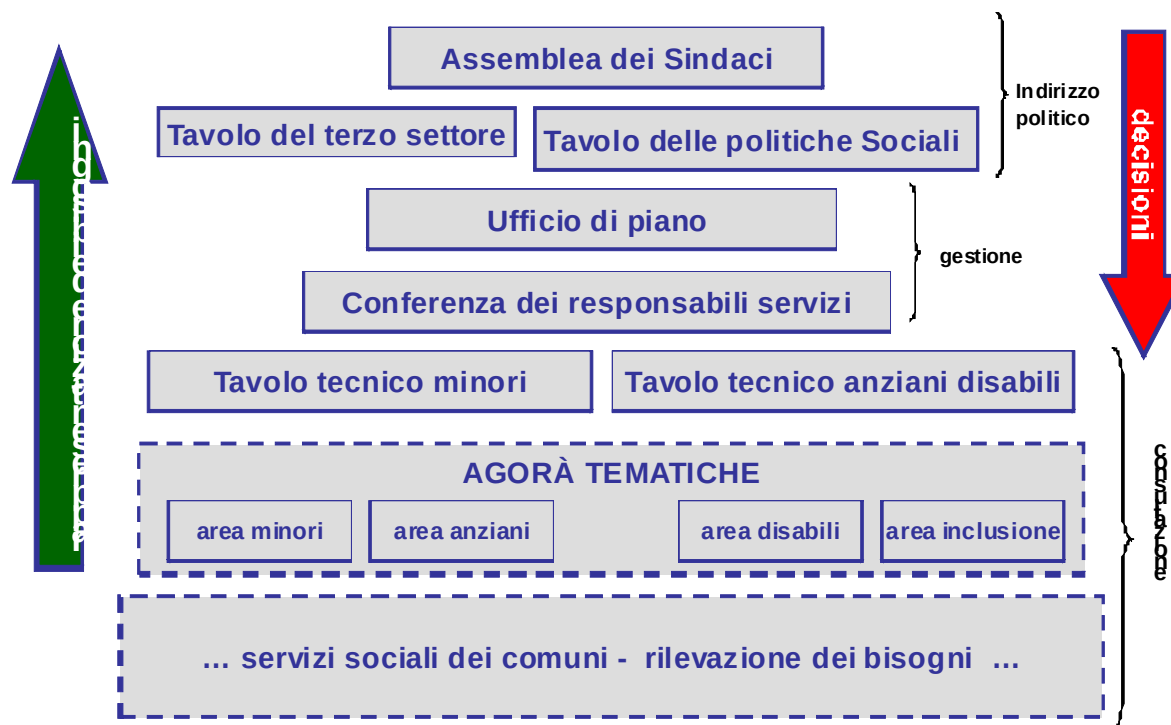
5.2 LA STRUTTURA DI GOVERNO DELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE

La struttura di governo e funzionamento della programmazione zonale prende le mosse dall'organizzazione positivamente sperimentata nella trascorsa triennalità, attuando tuttavia degli importanti aggiustamenti. dettati da due principali direttive:

- la piena assunzione delle linee di indirizzo per la programmazione dei piani di zona emanate dalla Regione Lombardia con DGR. VIII/8551 del 3 dicembre 2008;
- l'esperienza del funzionamento dei diversi organi e della programmazione come attuati nel trascorso Piano di Zona.

Nel diagramma che segue è illustrata la struttura di governo ipotizzata per la prossima triennalità, che prevede la presenza di diversi soggetti interagenti tra loro, le cui funzioni sono illustrate nel dettaglio nella tabella.

Il modello di funzionamento della programmazione zonale



Lo schema evidenzia una articolazione complessa e composta da diversi soggetti:

- gli organi di indirizzo politico, dai quali provengono le decisioni programmatiche;
- gli organi gestionali, che provvedono all'attuazione delle decisioni e alla fornitura di elementi analitici a sostegno delle decisioni stesse;
- la fase e gli organismi di consultazione, in una accezione molto ampia, che contribuiscono in maniera essenziale alla rappresentazione e analisi dei bisogni e dei problemi sociali, in quanto strutturalmente più vicini al territorio.

La realizzazione della circolarità (rappresentata dalla frecce) tra la fase di emersione dei bisogni, la loro lettura e analisi e la definizione delle politiche, e di conseguenza delle scelte da parte del decisore politico, è un'essenziale premessa per una programmazione sociale efficace, in grado cioè di mettere in campo misure che effettivamente rispondano ai bisogni ed incidano sui problemi sociali del territorio.

ORGANO	FUNZIONE	COMPOSIZIONE
Assemblea dei Sindaci	Rappresenta il luogo stabile della decisionalità politica in merito alla programmazione zonale; ha una funzione di indirizzo e controllo che si estrinseca nelle seguenti attività: - approva il Piano Sociale di Zona ed i suoi eventuali aggiornamenti; - verifica annualmente lo stato di raggiungimento degli obiettivi della programmazione; - aggiorna le priorità annuali coerentemente con le risorse disponibili; - approva tutti i piani economico-finanziari, sia nella fase di preventivo che di consuntivo; - approva tutte le rendicontazioni dovute alla regione per l'assolvimento del debito informativo.	È composto ai sensi dell'art. 9 comma 6° della Legge Regionale 31/97 e delle direttive approvate con DGR n. 41788/99, dai sindaci dei nove Comuni e dal direttore del Distretto socio sanitario ASL
Tavolo Rhodense delle Politiche sociali	Svolge una funzione di supporto e ausilio all'Assemblea dei Sindaci su tutte la attività a questa assegnate, svolgendo una importante funzione di connessione tra i bisogni del territorio e il livello di decisione politica di vertice; in particolare: - individua priorità, obiettivi e risorse delle politiche zonali; - coordina gli obiettivi dei singoli Comuni aderenti e garantisce il raccordo con le altre "politiche"; - intrattiene rapporti con i soggetti del Terzo Settore e i sindacati; - è garante del sistema di governance territoriale; - costituisce un livello di importante collegamento tra il livello programmatico zonale e il livello gestionale in particolare per i servizi a gestione associata (SER.CO.P.)	È composto dagli Assessori dei nove Comuni.
Ufficio di Piano Regia operativa della programmazione zonale che opera in stretta sinergia con il Tavolo delle	- Attua gli indirizzi e le scelte assunte dall'Assemblea dei Sindaci e dal Tavolo delle Politiche sociali; - coordina le fasi del processo di programmazione e pianificazione degli interventi dal punto di vista tecnico; - gestisce la funzione di budgeting e controllo di gestione; - monitora e valuta gli interventi; - amministra le risorse complessivamente assegnate (Fondo Nazionale,	È composto da un responsabile, due impiegati e dal direttore del Consorzio SER.CO.P.

Politiche sociali	Fondo Sociale Regionale, fondo non autosufficienza); - definisce gli atti e coordina gli interventi derivanti dalla programmazione zonale (Leggi di settore); - propone e istruisce documenti di carattere programmatico da sottoporre al livello di decisione politica; - ha funzioni di segreteria e istruttoria per il tavolo del terzo settore.	
Conferenza dei responsabili dei servizi	È l'organo che costituisce una essenziale funzione di collegamento a livello funzionale tra la programmazione zonale e i Comuni: opera in stretta connessione con l'Ufficio di Piano nelle fasi di proposta ed istruttoria delle attività innovative, rappresentando l'angolo visuale dei Comuni in termini di esperienza e conoscenza del bisogno.	È composto dai funzionari responsabili dei servizi sociali dei 9 Comuni.
Tavoli tecnici d'area (tavolo minori, tavolo anziani e disabili)	Svolgono una importante funzione di collegamento tra la programmazione e i territori, al fine di realizzare concretamente la connessione tra la rilevazione e l'analisi del bisogno e le decisioni assunte dagli altri livelli; svolgono quindi una funzione consultiva ad elevato contenuto tecnico nelle rispettive aree di competenza, sia per quanto attiene alla citata rilevazione del bisogno che alla progettazione degli interventi innovativi.	Sono composti dagli operatori base dei nove comuni afferenti alla specifica area.
Tavolo del Terzo Settore	Ha come obiettivo la promozione della partecipazione dei soggetti del terzo settore: - nella programmazione, progettazione e realizzazione della rete locale delle unità di offerta sociali; - nella individuazione dei nuovi modelli gestionali e sperimentali nell'ambito della rete sociale; - nell'esercitare il proprio ruolo, conformemente all'articolo 3 dello Statuto regionale, di tutela, interpretazione e espressione sia dei bisogni sociali che delle risorse locali. - nella definizione dei requisiti di accreditamento delle unità di offerta sociali; - nella definizione dei livelli ulteriori di assistenza rispetto a quelli definiti dalla Regione; - nella determinazione dei parametri di accesso prioritario alle prestazioni sociali; - nell'organizzazione dell'attività di segretariato sociale; - nel promuovere e divulgare l'istituto dell'amministrazione di sostegno in stretto accordo con l'ufficio competente della Asl del distretto di	Il Tavolo è composto da: - i soggetti del terzo settore che abbiano una rappresentanza nel distretto socio sanitari di riferimento; - il presidente dell'assemblea di distretto, che svolge le funzioni di presidente; - i responsabili dei servizi sociali dei Comuni dell'ambito di riferimento; - il Direttore sociale dell'Asl territorialmente competente; - il direttore di distretto dell'Asl territorialmente competente; - il responsabile dell'ufficio di piano. Verrà approvato un regolamento di funzionamento del Tavolo entro 60 giorni dal presente Piano Sociale di Zona, che definirà nel dettaglio il funzionamento e i criteri di composizione dello stesso.

	riferimento.	
Agorà tematiche	Si riunisce in forma seminariale aperta su specifiche tematiche connesse alle diverse aree: minori, anziani, disabili e inclusione sociale. Ha funzione di primo momento di discussione, proposta elaborazione e analisi, raccogliendo contributi e angoli visuali di tutti i soggetti coinvolti a diverso titolo nelle operatività di quell'area. Verranno in particolare qui valorizzate le funzioni di advocacy svolte dagli enti di tutela, in particolare dai sindacati pensionati.	È composto da tutti i soggetti Istituzionali e del terzo settore e del volontariato, sindacati pensionati, coinvolti a qualsiasi titolo con le proprie attività in quell'area tematica.

I FATTI NUOVI

- ASSEMBLEA DEI SINDACI

La più rilevante novità della struttura evidenziata è rappresentata dal fatto che l'Assemblea dei Sindaci è posta al vertice della struttura di governo: ciò comporta la strutturale presenza dell'ASL tra gli organi di governo della programmazione zonale; si ritiene che questo rappresenti una significativa innovazione in quanto condizione essenziale per la realizzazione dell'integrazione socio sanitaria, che si rende concreta già all'interno dello schema istituzionale di governo del piano, senza la necessità di ricorrere ad altri tavoli e momenti ad hoc.

- CAPOFILA

Il Comune capofila del Piano di Zona per quanto attiene all'indirizzo politico è il Comune di Rho, il cui Assessore presiede il Tavolo Rhodense delle Politiche Sociali; la gestione di tutte le attività connesse ai servizi derivanti dal Fondo Nazionale Politiche Sociali e delle attività programmatiche dell'ufficio di piano è affidata a SER.CO.P., che di fatto costituisce il "capofila tecnico" del Piano di Zona. In pratica il Piano di Zona mantiene un capofila politico nel Comune di Rho, che si avvale per la gestione del consorzio SER.CO.P. (in luogo della propria struttura operativa e burocratica), concretizzando una reale semplificazione e riducendo la burocratizzazione della implementazione del processo programmatico. L'attività del Tavolo Rhodense delle Politiche Sociali è organizzato per progetti e aree di intervento (minori, anziani, disabili e inclusione sociale), che prevedono l'individuazione di un referente fra i componenti stessi degli organismi.

- UFFICIO DI PIANO

È stato costituito all'interno di SER.CO.P.: questo ha consentito di effettuare un investimento sulla risorsa umana, pervenendo all'assunzione ed alla conseguente professionalizzazione degli operatori in ordine alla funzione di programmazione; rappresenta quindi una struttura stabile, che permette di presidiare la funzione pianificatoria con professionalità qualificate e un modello organizzativo centrato rispetto alla funzione. Da considerare che ad oggi l'Ufficio ha assunto un ruolo importante di sostegno e consulenza nei confronti dei Comuni rispetto a tutte le problematiche di carattere normativo e operativo di respiro sovra comunale, in una logica di empowerment delle competenze e delle capacità presenti nei singoli enti.

- **AGORÀ TEMATICHE**

Prendono le mosse dalla positiva esperienza dei seminari di lavoro sui macrobiettivi che si sono svolti per la preparazione del Piano Sociale di Zona; capitalizzare questo risultato significa identificare un luogo che garantisca il massimo coinvolgimento di tutti gli attori che intervengono nel rhodense sui servizi afferenti ad una determinata area tematica. L'obiettivo è costruire una piazza tematica aperta a tutti, al di là di ogni criterio di rappresentanza, che a scadenze semestrali proponga specifiche tematiche relative ad una area di intervento che necessitino approfondimento, elaborazione, analisi e discussione, con funzione di promozione e sostegno di possibili scelte future. L'Agorà rappresenta quindi un momento base di consultazione, riconoscibile e formalizzato, quale componente essenziale del processo di governance.

- **I GRUPPI INTEGRATI DI LAVORO (DI COPROGETTAZIONE)**

La definizione di nuovi progetti e interventi richiede sempre una valutazione complessa di problemi, bisogni e priorità, che possono essere meglio rappresentate e lette se provenienti da diversi attori, che esprimono diversi angoli visuali. La funzione dei gruppi di coprogettazione è dunque quella di realizzare una partecipazione diffusa – anche se guidata – già a partire dal momento di concepimento e prima elaborazione di un'idea progettuale, in modo da avere fin da subito la massima condivisione con tutti gli attori che poi saranno coinvolti negli eventuali processi gestionali (sia come gestori che come fruitori). Tale modello era già stato assunto nel precedente Piano Sociale di Zona ed è stato utilizzato per tutte le principali attività innovative, fino a diventare quasi un “modello di comportamento” attuato dagli operatori in modo spontaneo: in tal senso gli esempi recenti e più significativi di gruppi di coprogettazione riguardano la redazione del “regolamento per l'accesso alle strutture diurne per disabili” e la costruzione del presente Piano Sociale di Zona.

Questo Piano Sociale di Zona si propone quindi un'ampia applicazione di questo approccio metodologico di lavoro integrato, quale essenziale presidio dell'efficacia dell'azione progettuale che risulta arricchita dall'opportunità di mettere a confronto professionalità, competenze e angoli visuali differenti in relazione al raggiungimento di un obiettivo complesso. Perché questo possa fornire gli esiti sperati è importante che la composizione dei gruppi di lavoro sia esclusivamente basata su un principio di competenza tecnica, escludendo ogni criterio basato sulla rappresentanza di particolari istanze.

Il Tavolo delle Politiche Sociali avrà il compito di definire materie, argomenti e temi che, in ragione del loro rilievo, richiedono la costituzione di un gruppo integrato di lavoro con le seguenti caratteristiche:

- chiarezza, definizione e circoscrivibilità dell'obiettivo progettuale assegnato e del conseguente mandato;
- durata limitata in relazione alla realizzazione dell'obiettivo.



5.3 LA MAPPA DEI PORTATORI DI INTERESSE DEL PROCESSO PROGRAMMATORIO

La tabella di seguito fornisce una importante chiave di lettura del sistema di governo della programmazione e dei rapporti che si instaurano tra gli attori in campo in relazione alla realizzazione delle attività di programmazione. La mappa evidenzia il ruolo che i diversi attori assumono nel processo in relazione al proprio compito e alla propria collocazione istituzionale; lungi dal disegnare una rappresentazione esaustiva e definita consente però di costruire un'idea generale, metodologicamente corretta e visivamente efficace, rispetto alla ripartizione dei compiti e delle attività della programmazione.

In riga sono rappresentate le fasi e attività principali del processo programmatico, mentre in colonna i soggetti che a qualsiasi titolo intervengono. Vengono in particolare presi in esame i compiti di ogni soggetto; per ogni fase è stato individuato quindi un momento di iniziativa, una fase operativa, una fase di consultazione e una fase propriamente decisionale.

Per chiarezza metodologica le attività elencate sono quelle proprie della programmazione escludendo ogni altra fase connessa al momento gestionale.

Una lettura “orizzontale” della tabella consente di delineare l'articolazione di ogni fase in relazione agli attori che a qualsiasi titolo sono coinvolti nel processo, sapendo che, nelle situazioni in cui sono coinvolti numerosi soggetti il coordinamento e la connessione degli stessi rappresenta un fattore di complessità.

Una lettura “verticale” rappresenta invece in modo chiaro il ruolo prevalente che i soggetti assumono nel processo programmatico.

Emerge ad esempio in maniera chiara il ruolo dell'assemblea dei sindaci come soggetto decisore; del tavolo politico come luogo di stimolo e iniziativa; dell'ufficio di piano vetrato prevalentemente sull'operatività, e così via.

La tabella pone quindi una chiave di lettura sistemica e disegna la programmazione come un processo articolato, che comporta una ricchezza di contributi e angoli visuali diversi; nello stesso tempo costituisce un fattore di complessità connessa all'incontro, connessione e coordinamento dei diversi attori.

Tab. 5.1 – La mappa dei portatori di interesse del processo programmatico

		Ufficio di Piano	Assemblea Sindaci	Tavolo Politico	tavoli area	conferenza responsabili	III settore	ASL	Regione	Provincia	sindacati pensionati
1	rilevazione / analisi del bisogno qualitativa	B		A	C	C	B	B		C	C
2	analisi del bisogno quantitativa	B		A	C			B			C
3	rilevazione dell'offerta	AB									
4	definizione obiettivi strategici	B	AD	B	C	C	B	B		C	C
5	definizione volumi attività per unità d'offerta	B	D	A	C		C	C			
6	definizione requisiti di qualità delle unità d'offerta	B	D	A	C	B	B	C			C
7	determinazione budget unico								ABD		
8	allocazione delle risorse (FSR, FNPS)	B	AD	B		C	C				
9	accreditamento	BD		A							
10	controllo sui requisiti accreditamento	ABD									
11	vigilanza requisiti di funzionamento							ABD			
12	valutazione del raggiungimento obiettivi programmatori	B	D	A	C	C	C			C	C
13	controllo utilizzo budget unico	B	D						AD		

iniziativa	A
operativi	B
decisione / approvazione	D
consultati	C

6. IL PIANO SOCIALE DI ZONA PER MACROBIETTIVI E AZIONI OPERATIVE

6.1 MACROBIETTIVI E AZIONI (CONSOLIDAMENTO E INNOVAZIONE)

In questa sezione del Piano Sociale di Zona vengono rappresentate le 4 aree tematiche dentro le quali sono stati contenuti i macrobiettivi del triennio 2009-2012.

Il loro processo di costruzione è stato concepito sin dall'inizio con una logica circolare binaria, cioè fondata sulla condivisione di orientamenti strategici abbozzati, da un lato, dal Tavolo Rhodense delle Politiche Sociali, nella sua specifica funzione di indirizzo; elaborati ed in parte ricostruiti, dall'altro, da tutti gli stake holder del Piano Sociale di Zona coinvolti nelle due giornate di studio dedicate all'elaborazione dei macrobiettivi stessi.

La fase elaborativa e di maggiore declinazione in azioni è stata rappresentata dal lavoro puntuale del Gruppo misto per la redazione del Piano Sociale di Zona, che ha permesso al primo documento rappresentativo dei macrobiettivi di tornare da dove era partito.

Nel merito dei contenuti, la scelta di lavorare su due assi configurativi del nostro sistema programmatico (l'ASSE delle priorità strategiche e quello dei macrobiettivi) ricade anche sulla costruzione, in buonissima parte concatenata e collegata, non solo degli obiettivi ma anche delle azioni che disegnano il quadro realizzativo del Piano Sociale di Zona.

Nei macrobiettivi è rappresentata in qualche modo la storia "incrementale" della risposta ai bisogni sociali del territorio rhodense, in una logica oramai consolidata dell'offerta integrata e dell'integrazione delle risorse e delle opportunità offerte dall'ambito dei nove comuni.

Se quindi da un lato i macrobiettivi rispettano la suddivisione in aree di intervento, così come indicato dalle linee di indirizzo regionali, dall'altro, nella declinazione operativa, vengono rappresentati gli elementi costitutivi connessi alle priorità strategiche del nostro Piano Sociale di Zona: sviluppo dell'autonomia della persona, risposta minima ai bisogni di residenzialità in particolare dell'area dei soggetti con fragilità, trasversalità socio sanitaria dell'offerta, sostegno alle reti solidali (famiglia/genitorialità, integrazione culturale, centralità della prevenzione nelle strategie educative, inclusione sociale).

Su questa architettura viene costruito il cuore del Piano Sociale di Zona rhodense, rappresentato dai suoi obiettivi prioritari, dalle azioni necessarie, e dalle criticità da affrontare.

6.1.1 AREA ANZIANI

Nel Piano Sociale di Zona l'area anziani ha sempre ricoperto un'importanza specifica non solo per il merito dei contenuti ma anche per il metodo e per il "cammino" dell'elaborazione, che in alcuni passaggi assume il profilo di una "trattativa" finalizzata alla definizione delle priorità da assegnare al documento programmatico zonale.

I macroobiettivi di quest'area rappresentano quindi un significativo scorcio sulle possibili risposte a bisogni essenziali in continua evoluzione, ma anche il frutto di un processo partecipativo di analisi che ha notevolmente contestualizzato sia i bisogni e le problematiche rilevate che le possibili soluzioni.

La dialettica non riguarda esclusivamente il livello di indirizzo e quello più operativo, ma anche un livello diffuso di istanze rappresentate in particolare dalle organizzazioni sindacali e in parte anche dal mondo del volontariato, che ci permettono di orientare la visione stessa degli obiettivi programmatici in considerazione del profilo quasi identitario di quest'area, che dovrà necessariamente collocare il Piano Sociale di Zona in uno scenario dinamico e fortemente rappresentato.

Del resto il Piano Sociale di Zona rimane uno strumento che fissa obiettivi e indicatori realizzativi ma che scansiona il tempo e lo spazio di realizzazione in un permanente confronto dialettico con i propri stake holder.

È questo un presupposto generale, ma che investe particolarmente quest'area che ha al suo interno molteplici azioni di sistema, fondamentali al raggiungimento degli obiettivi ipotizzati per questo triennio.

Nello specifico, i macroobiettivi, sono stati costruiti considerando due livelli di intervento: il primo riguarda l'integrazione socio-sanitaria e il sistema regolamentativo; il secondo livello la promozione e il sostegno all'autonomia delle persone.

Da un lato quindi un trasversale impegno allo sviluppo di un'integrazione socio-sanitaria capace di produrre effetti sul versante del miglioramento delle prestazioni e sullo sviluppo di scala degli interventi rivolti alla popolazione anziana. Non solo un richiamo formale agli indirizzi regionali ma un serio processo di integrazione che consideri nello specifico le ricadute operative rivolte all'utenza che quelle di carattere istituzionale.

Su questo fronte il Piano Sociale di Zona si fa garante di un processo volto all'armonizzazione dei criteri di accesso alla rete dei servizi e del sistema dei titoli con l'obiettivo di omogeneizzare l'offerta secondo un piano territoriale, riducendo progressivamente le disparità di trattamento tra utenti/cittadini dei diversi Comuni. Armonizzazione ma anche garanzie per l'esercizio del diritto stesso di accesso paritario alla rete dei servizi, dove il Piano Sociale di Zona intende svolgere un intervento risolutivo attraverso un maggior impegno finalizzato al miglioramento del proprio sistema comunicativo ed informativo e un sostegno alla collaborazione con ASL e A.O. per procedere ad una semplificazione delle informazioni stesse migliorandone la qualità (omogeneizzazione e linguaggio semplificato) e concentrandone i punti di accesso per il cittadino.

Dall'altro un necessario impegno all'implementazione di un quadro di attività rivolte alla persona anziana e alla promozione dell'autonomia che guardi il più possibile al progetto di vita anche quando l'autonomia stessa è residuale. In tal senso il Piano Sociale di Zona vuole svolgere e rinforzare un ruolo di

programmatore di interventi a sostegno dell'autonomia anche quando è differita (amministratore di sostegno) o nella domiciliarità leggera o nella necessità di un aiuto attraverso un care giver domiciliare.

Ma quando la condizione dell'anziano è una condizione di non autosufficienza il sostegno dovrà riguardare diversi livelli, che nei macrobiettivi vengono rappresentati in una logica trasversale.

AREA ANZIANI: MACROBIETTIVO 1	
Implementazione dell'integrazione socio-sanitaria	
AZIONI	
• Attivazione di tavoli di confronto con ASL e Azienda Ospedaliera per la stesura di accordi quadro/protocolli di intesa. • Prosecuzione del lavoro condotto ed implementazione del protocollo relativo alle dimissioni protette. • Promozione di nuove sinergie con i soggetti gestori di interventi a favore delle persone anziane. • Costruzione di una rete tra i soggetti che svolgono attività di segretariato sociale a diversi livelli (comuni, terzo settore, asl).	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Favorire maggiore integrazione tra le agenzie coinvolte nell'area al fine di evitare interventi spot o sovrapposizione di interventi fotocopia. Attuare la DGR 8551.	La costruzione di accordi/ protocolli di intesa realisticamente attuabili richiede percorsi di elaborazione partecipati frutto di una rete di relazioni interistituzionali: questi processi possono richiedere tempi lunghi.

AREA ANZIANI: MACROBIETTIVO 2	
Sostegno alla domiciliarità	
AZIONI	
• Regolazione e qualificazione del mercato delle badanti attraverso un strumento (buono/voucher) che costituisca un incentivo alla regolarizzazione dei contratti. • Consolidamento dei titoli sociali finalizzati al sostegno alla domiciliarità. • Implementazione, adozione e ampliamento dello strumento titoli sociali da parte delle singole amministrazioni comunali. • Costituzione di un Fondo distrettuale per la non autosufficienza.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Favorire maggiore integrazione tra le agenzie coinvolte nell'area al fine di evitare interventi spot o sovrapposizione di interventi fotocopia. Attuare la DGR 8551.	La costruzione di accordi/ protocolli di intesa realisticamente attuabili richiede percorsi di elaborazione partecipati frutto di una rete di relazioni interistituzionali: questi processi possono richiedere tempi lunghi.
AREA ANZIANI: MACROBIETTIVO 3	
Armonizzazione regole e modalità di accesso alla rete dei servizi agli anziani e al sistema dei titoli sociali	
AZIONI	
• Avvio di percorso di lavoro su ipotesi di armonizzazione e di omogeneizzazione dei criteri di accesso, delle modalità di erogazione e dei livelli di compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza delle RSA. • Realizzazione di un sistema omogeneo di offerta del servizio SAD con identici criteri di accesso, modalità di erogazione delle prestazioni e di partecipazione alla spesa su tutto il territorio.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Eliminare disparità di trattamento tra cittadini di Comuni diversi ma appartenenti all'Ambito. Attuare la Legge Regionale 3/08.	Difficoltà ad intervenire sul versante delle entrate dei bilanci comunali.

AREA ANZIANI: MACROBIETTIVO 4

Facilitazione dell'accesso alla rete dei servizi territoriali

AZIONI

- Potenziamento e specializzazione dei punti locali di accesso e fruizione delle informazioni.
- Consolidamento del segretariato sociale, mantenendo un livello di accesso comunale.
- Costruzione della carta dei servizi per anziani d'ambito.

UTILITÀ

Mantenimento del ruolo del Comune come primo luogo di accesso per i cittadini.

mettere a disposizione dell'a cittadinanza uno strumento di informazione trasparente che indichi chiaramente i percorsi da seguire, la mappa delle risorse del territorio, gli standard di qualità, le modalità di compartecipazione della spesa e le forme, le procedure ed i destinatari di eventuali reclami.

CRITICITÀ

AREA ANZIANI: MACROBIETTIVO 5

Sviluppo di forme di residenzialità leggera

AZIONI

- Attivazione, realizzazione e consolidamento di centri diurni integrati, case-alloggio e case-affido per anziani in situazione di disagio (sistemazione momentanea in appartamenti con condivisione di luoghi comuni di assistenza socio-sanitaria).

UTILITÀ

Offrire margini di copertura delle ore di solitudine del soggetto fragile o delle ore di assenza del servizio di assistenza domiciliare.

CRITICITÀ

Necessità di una forte integrazione con le politiche urbanistiche dei comuni.

AREA ANZIANI: MACROBIETTIVO 6	
Promozione e potenziamento delle attività relative all'amministrazione di sostegno	
AZIONI	
• individuazione delle modalità per la messa a disposizione dei Comuni di un ufficio di Ambito per l'amministratore di sostegno.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Sfruttare appieno le potenzialità della Legge avvalendosi delle competenze e dell'esperienza sviluppata in merito dagli Uffici dedicati dell'ASL, che si ritiene non debbano andare disperse.	

6.1.2 AREA DISABILI

La filosofia che ispira la programmazione degli interventi nell'area disabili, coerentemente con quanto previsto nella L.328/2000 e con i principi sanciti nella più recente "Convenzione sui diritti delle persone con disabilità" fa riferimento al concetto di "progetto individuale di vita".

Per mettere al centro il progetto di vita della persona disabile è innanzitutto necessario presidiare il momento della valutazione multidimensionale e a questo scopo il Piano di Zona mette in campo l'U.M.A. (dell'Unità Multidimensionale d'Ambito).

I macro-obiettivi declinati in quest'area sono da leggere quali nodi di una rete che deve sostenere e accompagnare la persona disabile nella costruzione del suo progetto di vita nel pieno rispetto della sua autonomia, della capacità di compiere le proprie scelte e del diritto ad una vita indipendente.

Alcuni macro-obiettivi tendono a consolidare i risultati già ottenuti nel precedente piano di zona, apportando, se necessario, integrazioni e aggiustamenti. In altri casi si tratta di innovazioni nel sistema dei servizi che recepiscono anche gli esiti delle sperimentazioni attuate nella precedente programmazione zonale o di progettazioni volte a sperimentare nuove metodologie di intervento.

I macro obiettivi sono legati e connessi tra loro e si propongono di intrecciare i fili della rete e di stabilire connessioni – di fare sistema.

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 1

Potenziamento della rete dei Servizi attraverso la costruzione di un Polo della Riabilitazione per il territorio Rhodense

AZIONI

- Studio di fattibilità che evidenzia:
 - i dati epidemiologici dell'area di interesse in collaborazione con ASL e U.O.N.P.I.A.
 - il fabbisogno di servizi riabilitativi
 - le aree di criticità più evidenti in relazione al fabbisogno
- Ricognizione delle strutture disponibili, patrimonio dei Comuni del territorio, che presentino caratteristiche idonee alla localizzazione di servizi di riabilitazione.
- Definizione di accordi con Enti accreditati come servizi di riabilitazione che siano interessati a delocalizzare parte delle loro attività riabilitative nel territorio Rhodense.

UTILITÀ

Garantire sul territorio i servizi di riabilitazione che interessano quote significative della popolazione del Rhodense e che vedono un alta percentuale di cittadini rivolgersi a strutture extra-territoriali.

Favorire lo sviluppo sul territorio di servizi ad alta specializzazione che interessino patologie con una significativa prevalenza dal punto di vista epidemiologico.

CRITICITÀ

Per una disomogenea distribuzione dei centri di riabilitazione sul territorio della ASL MI1 non c'è possibilità di ottenere nuovi accreditamenti e l'apertura di nuovi poli per la riabilitazione può derivare solo da processi di delocalizzazione da parte di strutture accreditate.

Per l'attivazione di tali interventi sono richiesti standard strutturali molto specifici: è necessario trovare spazi che presentino già alcune caratteristiche di base (per es. ex-case di riposo).

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 2	
Attivazione di processi di integrazione con le diverse agenzie coinvolte nella realizzazione degli interventi a favore della persona disabile	
AZIONI	
• Individuazione dei soggetti con cui si ritiene prioritario attivare processi di integrazione degli interventi. • Attivazione di Tavoli di confronto per la stesura di accordi/protocolli di intesa con gli enti individuati. • Sottoscrizione dei protocolli di intesa; si prevedono in particolare: - o protocollo di intesa che coinvolga gli istituti scolastici territoriali (area dell'obbligo scolastico), l'U.O.N.P.I.A. e il Piano di Zona; - o costruzione di una rete fra i soggetti che svolgono a diversi livelli, su diverse aree tematiche e territoriali, attività di segretariato sociale (Comuni, Terzo Settore, ASL).	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Attraverso il coordinamento degli interventi e delle risorse si favorirà: - La definizione di linee guida/protocolli operativi omogenei a livello territoriale in ordine agli interventi a favore di persone disabili. - La maggiore efficacia degli interventi e ottimizzazione delle risorse.	La costruzione di accordi/ protocolli di intesa che trovino reale attuazione richiede percorsi di elaborazione partecipati frutto di una rete di relazioni interistituzionali: questi processi possono richiedere tempi lunghi.

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 3	
Sviluppo di azioni di orientamento, sostegno informativo e tutela delle famiglie con soggetti disabili	
AZIONI	
• Potenziamento dello sportello psico-pedagogico già attivato sperimentalmente nel 2008 in collaborazione con le scuole del territorio; l'attività dello sportello è finalizzata alla analisi del disagio e all'accoglienza/supporto delle famiglie in difficoltà. • Implementazione di un servizio di orientamento, sostegno informativo, accompagnamento alle famiglie con persone disabili.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Gli interventi rispondono alla necessità di offrire una presa in carico delle famiglie con persone disabili (in particolare quelle con minori disabili) perché siano accompagnate in un sistema di servizi che si presenta spesso frammentario.	Nella costruzione di tali servizi è fondamentale una forte integrazione interistituzionale sia per garantire la circolazione delle informazioni, sia per evitare la duplicazione degli interventi; tale integrazione risulta spesso difficile da realizzare.

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 4

Sperimentazione di interventi innovativi rivolti a persone disabili in età evolutiva
(MACROBIETTIVO AD ELEVATA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA)

AZIONI

- Analisi del bisogno con particolare riferimento ai dati relativi ai bambini autistici.
- Individuazione di patologie/aree di intervento complesse che necessitano di modalità specifiche di presa in carico.
- Sperimentazione, nelle aree individuate, di modalità di presa in carico innovative.

UTILITÀ

Le azioni rispondono alla necessità di garantire una particolare attenzione agli interventi messi in atto nell'età evolutiva: si considera infatti determinante, in generale ma soprattutto in questa fase della vita, la capacità di offrire una presa in carico individualizzata e che tenga conto delle complessità connesse alle diverse patologie, alle diverse situazioni familiari, sociali, etc.

CRITICITÀ

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 5

Tutela e sostegno all'autonomia della persona disabile adulta

AZIONI

- Definizione di una convenzione con l'ASL MI1 per la localizzazione nel Rhodense di una sede del "Servizio Tutele";
- Sostegno e coinvolgimento del Piano di Zona nel progetto Ciessevi.

UTILITÀ

Questi interventi sono volti a garantire la realizzazione del progetto di vita della persona non autosufficiente valorizzando quanto possibile le sue potenzialità e risorse e offrendo la tutela dei suoi interessi personali e patrimoniali soprattutto qualora non abbia una famiglia.

CRITICITÀ

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 6	
Attivazione di strumenti per l'orientamento e la definizione del progetto di vita della persona disabile	
AZIONI	
• Attivazione dell'Unità Multidimensionale d'Ambito con funzioni di orientamento, raccordo e connessione tra i diversi interventi attivati. • Applicazione, verifica ed eventuale revisione del regolamento sperimentale per l'accesso ai servizi diurni ed eventuale estensione a tutti i servizi rivolti ai disabili. • Definizione di un regolamento per l'accesso al servizio trasporti che definisca regole comuni di accesso e modalità di gestione del Servizio.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Garantire il massimo grado possibile di omogeneità nell'accesso ai servizi da parte dei cittadini dell'Ambito territoriale. Costruire una visione di insieme del sistema dei servizi che garantisca un'equa distribuzione delle risorse disponibili anche attraverso una puntuale valutazione delle priorità.	I comuni, nella propria autonomia, possono applicare solo parzialmente le decisioni assunte a livello di Ambito: il valore aggiunto derivante dalla programmazione zonale non è sempre immediatamente percepibile.

AREA DISABILI: MACROBIETTIVO 7	
Implementazione degli strumenti/servizi necessari alla realizzazione dei progetti individuali di vita delle persone disabili	
AZIONI	
• Svolgimento di una costante attività di monitoraggio dei bisogni che non trovano risposta nella rete del welfare locale. • Programmazione e sostegno all'implementazione da parte di organismi del terzo settore di servizi che risultino insufficienti rispetto al fabbisogno territoriale o che rispondano a bisogni emergenti. • Implementazione di nuovi servizi e strumenti nell'area dell' "abitare" volti a sostenere la persona disabile nella realizzazione di un progetto di vita indipendente, come riconoscimento della possibilità di un "dopo di noi, durante noi".	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Le azioni individuate intendono incrementare la capacità del welfare locale di rispondere in modo flessibile all'evoluzione dei bisogni delle persone disabili e alla necessità di garantire strumenti diversificati per la concreta realizzazione del progetto individuale di vita.	La pluralità dei bisogni trova necessariamente un vincolo nelle risorse disponibili: è cruciale in tal senso trovare strumenti che consentano di individuare tutte le risorse potenziali presenti sul territorio e favorirne l'espressione.

6.1.3 AREA MINORI

Nella definizione “minori” si racchiude in realtà il riferimento ad una diversificata articolazione del target: da un lato i minori come soggetto plurimo (dalla prima infanzia agli adolescenti), dall’altro la loro famiglia come luogo educativo primario e la funzione genitoriale da essi svolta come ruolo pedagogico di partenza.

Un articolato target di riferimento ma anche una pluralità di linee di intervento, collocate in un quadro di priorità che riguardano la visione operativa di questo triennio: strategie di sostegno ed integrazione e sistemi d’aiuto alla famiglia, costruzione di una rete integrata dell’offerta per la prima infanzia, maggiore garanzia di accesso ai servizi, potenziamento delle strategie di prevenzione dei rischi di disagio come cuore di un sistema più ampio di politiche rivolte ai giovani, integrazione culturale, costruzione di percorsi di corresponsabilità educativa in particolare tra scuola, famiglie e servizi territoriali.

Un’area complessa quindi; difficile e al centro degli indirizzi regionali rappresentati con la L. 3/2008 e con Linee di indirizzo regionali per la programmazione dei Piani di Zona (DGR 8551 del 3/12/2008) che il Piano Sociale di Zona Rhodense intende sviluppare su tre livelli:

- **la famiglia**, sottolineandone l’importanza come risorsa ma soprattutto come “punto di crisi”, sistema che esprime un bisogno d’aiuto socialmente riconosciuto ma non sempre sostenuto nelle sue manifestazioni. Soggetto da promuovere e tutelare affinché mantenga un fondamentale ruolo nel nostro sistema di welfare.

La famiglia in crisi e la debolezza del ruolo genitoriale sono realtà che producono criticità sociale, in particolare quando non garantiscono un adeguato sostegno pedagogico ed educativo, con la conseguenza di un moltiplicarsi dei fenomeni di sofferenza sociale delle nuove generazioni. In tal senso, quando ci occupiamo del disagio giovanile riconosciamo due livelli problematici: la potente rete sociale dell’adolescente e la fragilità – spesso l’assenza – di una rete protettiva e valoriale primaria.

Non riconoscere anche il livello delle fragilità significa limitare la propria visione a particolari fenomenologici devianti, che non possono essere i soli oggetto di intervento delle istituzioni.

Il Piano Sociale di Zona, in tal senso, rimane uno strumento utile alla lettura dei bisogni sui quali esso, insieme ai Comuni, manterrà l’intensità del suo impegno affinché:

- Contribuisca fattivamente alla ricognizione delle fragilità espresse dal “sistema famiglia” attraverso il potenziamento di una rete d’aiuto e sostegno che possa comprendere non solo i servizi, ma anche un dei percorsi di “auto aiuto solidale” quale sostanziale risposta attraverso il confronto e la condivisione delle esperienze.
- Si occupi della funzione genitoriale come ruolo educativo pedagogico primario attraverso una offerta funzionale di formazione capillare.
- Sostenga le famiglie attraverso un potenziamento reale dei servizi, in particolar modo i servizi per la prima infanzia, ed una maggiore e migliore accessibilità, orientandosi sempre più verso un logica di ambito dove il terzo settore si colloca come soggetto attivo nella progettazione e nella gestione di un’offerta plurima.

Il Piano Sociale di Zona interviene con l'accreditamento per garantire qualità omogenea dell'offerta, maggiore pluralità delle soluzioni in campo, maggiore capillarità in un sistema più attento alle esigenze delle famiglie.

- **i “minori”** quale soggetto molteplice riconosciuto dal Piano Sociale di Zona non solo perché soggetto indiretto dell'azione prescrittiva o per quelle misure tradizionali riguardanti la propria mission “post decreto” (tutela minori), ma anche per aprire un primo scorcio sui fenomeni sociali che accompagnano la condizione giovanile (fino a ieri di completo e assoluto appannaggio dei singoli comuni sui singoli territori). Il Piano Sociale di Zona opererà attraverso il valore aggiunto della propria identità sovra territoriale e della propria capacità di produrre economie di scala, offrire opportunità di incontro professionale, puntare ad una ricerca di risorse che consideri lo scenario complessivo e non tanto il particolare fenomeno di disagio. Infatti i servizi, le istituzioni locali che li promuovono e gli stessi progetti cominciano a subire le conseguenze di una sempre maggiore necessità di conoscenze e di adeguamento analitico dei fenomeni e della condizione giovanile; ciò si traduce in maggiori costi, ricerca di figure referenziali capaci di costruire progettazione, sempre maggiore necessità di soggetti gestori adeguati.

In tal senso il Piano Sociale di Zona vuole collocarsi come strumento a sostegno dei Comuni, i quali esprimono il desiderio di mantenere vivace e flessibile la sperimentazione e la progettualità connessa alle politiche giovanili, in particolare nella lettura dell'attuale profilo della condizione e dei bisogni, dell'elaborazione di strategie e, dove possibile, in un tipo di progettazione capace di moltiplicare le risorse.

Questo impegnativo posizionamento risponde a una giusta visione, presente anche negli indirizzi regionali, che ricolloca le strategie della prevenzione in un più ampio scenario, che colloca al centro la persona e la sua condizione sociale ed a cui rivolge azioni positive di promozione delle competenze di vita. I sistemi protettivi perseguiti si realizzano attraverso la proposizione di una cultura dell'agio fondata sulla valorizzazione del proprio potenziale e sull'essere – antagonista alla cultura dell'agio edificata sul consumo e sull'apparire –.

In tal senso, la prevenzione riacquista un ruolo strumentale e non autoreferenziale, essenziale a ricollocare le strategie rivolte ai giovani in una logica dove l'azione operativa risponde a strategie più complessive capaci di agire anche in una logica selettiva.

L'area minori è una di quelle aree per le quali occorre tenere ben presenti le funzioni di corresponsabilità dei ragazzi e anche degli adulti, che non possono ritenersi legittimati a rifiutare il loro ruolo attraverso l'esercizio della delega.

Per questo il Piano Sociale di Zona intende lanciare un tracciato operativo che richiami proprio il principio di responsabilità del mondo adulto attraverso un coinvolgimento sinergico tra: istituzioni locali, Asl, Scuole, terzo settore, famiglie.

Un'area che predispone macrobiettivi articolati e azioni estremamente collegate tra loro, in una successione operativa che dovrà in gran parte ricercare risorse aggiuntive per meglio realizzare i propri intenti.

- **gli adulti**, le istituzioni educative, sociali e socio-sanitarie, nel loro ruolo imprescindibile di titolari, ognuno nelle rispettive funzioni, di un compito finalizzato alla crescita dell'individuo e della sua protezione sociale. Il Piano Sociale di Zona, in questo livello, non può che collocarsi come importante snodo di un sistema a cui è richiesta maggiore integrazione e capacità di “movimento” su specifici obiettivi.

Un sistema basato sulla costruzione di un mandato chiaro, fondato su un patto di corresponsabilità che ripristini il principio di “titolarità” dell'azione educativa e sociale in capo al mondo adulto e alle istituzioni rappresentative.

AREA MINORI: MACROBIETTIVO 1

Potenziamento degli interventi rivolti alla famiglia soprattutto nel supporto al ruolo genitoriale ed educativo generale. Attenzione particolare alle famiglie con bisogni di integrazione sociale e culturale e in stato di difficoltà economica

AZIONI

- Attivazione di un'offerta formativa di primo livello e di sostegno pedagogico nei diversi luoghi di accesso delle famiglie (scuole, servizi sociali territoriali, consultori), possibilmente finalizzata anche alla creazione di *"reti familiari"* (self helping).
- Ruolo del Centro Affidi consortile nella sperimentazione di interventi di affido diurno per particolari casi di difficoltà.
- Attivazione di un protocollo collaborativo tra Servizi comunali, ASL e SER.CO.P. per garantire procedure efficaci nella rilevazione dei bisogni connessi al ruolo genitoriale e orientamento all'offerta.
- Ipotesi di fattibilità (lavoro di progettazione interna al Piano Sociale di Zona) di un servizio di care giver educativo distrettuale (educatore di sostegno rilevatore di bisogni e attivatore risorse) che attraverso la scuola e il servizio sociale entri in contatto con la famiglia in difficoltà e attivi tutte le risorse disponibili a sostegno. (progetto sperimentale).
- Attivazione di titoli sociali in supporto delle famiglie numerose.
- Attivazione di un protocollo d'intesa tra Comuni, organizzazioni sindacali e associazioni imprenditoriali per l'applicazione estensiva delle norme sulla maternità e paternità (D. Lgs. 51/01 L. 53/2000 , L.R. 28/2004), in particolare sulla conciliazione tempi lavoro-famiglia.

UTILITÀ

Applicazione Linee di indirizzo regionali per la programmazione dei Piani di Zona art. 7.2.1. b).

Maggiore sistematizzazione degli interventi rivolti alla famiglia e al ruolo genitoriale.

CRITICITÀ

Modifica dell'ottica collaborativa tra servizi sociali di base in un senso integrativo e volto alle economie di scala.

Difficoltà nell'integrazione operativa tra servizi comunali, servizi asl e privato sociali.

Scarso coinvolgimento delle famiglie quando si tratta di entrare nel merito del ruolo genitoriale.

AREA MINORI: MACROBIETTIVO 2	
Supporto e sostegno allo sviluppo della rete dei servizi alla prima infanzia a partire dagli asili nido comunali al fine di potenziare l'offerta. Creazione del Sistema di accreditamento fondato sulla sostenibilità economica e di qualità in particolare per i servizi nido leggeri (micro-nido, nidi-famiglia, tempo per le famiglie ecc).	
AZIONI • Potenziamento della rete degli asili nido comunali attraverso l'offerta di opportunità (risorse o pacchetti laboratoriali) finalizzate allo sviluppo di sperimentazioni educative a carattere laboratoriale in supporto alle attività ordinarie. • Sostegno alla formazione degli educatori e degli operatori dei servizi per l'infanzia (in particolare quelli comunali) attraverso una raccolta del bisogno formativo e una regia dell'offerta (sinergia con Provincia di Milano). • Mappatura dei servizi del territorio dedicati alla prima infanzia e classificazione attraverso criteri legati al tipo di offerta e di risposta al bisogno. • Costruzione del sistema di accreditamento dei servizi attraverso una certificazione di qualità che accerti non solo l'adeguatezza strutturale e gestionale dei servizi ma autorizzi il servizio a confluire nella rete integrata (di cui sotto) quale garanzia di qualità dell'offerta e opportunità sempre maggiori di inserimento. • Costruzione di una rete di ambito dell'offerta per la prima infanzia costruita attraverso il sistema di accreditamento e del convenzionamento e quindi SUPERAMENTO DELLA quota DEL FUORI COMUNE per i cittadini dell'ambito attraverso titoli sociali compensativi (buono prima infanzia) per le famiglie di fascia economica media e bassa. • Vaucherizzazione di alcuni servizi nido leggeri finalizzata all'utilizzo di offerta privata.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
Applicazione Linee di indirizzo regionali per la programmazione dei PDZ art 7.2.1. b). Valorizzazione dell'offerta pubblica e di quella offerta sul mercato privato sociale. Integrazione pubblico privato al fine di creare una rete integrata unica facilmente fruibile dalle famiglie.	Difficoltà del percorso di integrazione.

AREA MINORI: MACROBIETTIVO 3

Attivazione di un ruolo del Piano Sociale di Zona riferito alle strategie sulle politiche giovanili territoriali come asse di intervento di sistema del Piano Sociale di Zona in supporto alla programmazione dei Comuni. Attenzione all'asse casa/formazione/lavoro/sviluppo individuale (processi di autonomia)

AZIONI

- Realizzazione di un Tavolo di regia, attraverso il coinvolgimento di competenze specifiche scelte sul territorio, per la redazione di un Piano giovani che disegni e rilanci strategie utili a riportare le politiche giovanili al centro di un sistema preventivo e promozionale fondato sullo sviluppo di life skill (prevenzione attiva e promozione di un sistema protettivo individuale) e dell'autonomia della persona.
- Collegamento con l'area degli obiettivi della prevenzione specifica e in particolare con il percorso dello sviluppo del Patto educativo distrettuale.
- Sviluppo di fund rising specifico per la possibile attivazione di azioni operative di ambito.

UTILITÀ

Applicazione della L. 3/2008 art. 18 comma 3 e Linee di indirizzo regionali programmazione Piano Sociale di Zona art. 7.2.2 A).

Rilancio delle politiche giovanili come dispositivo di promozione dell'autonomia e quindi di prevenzione ai rischi.

Concreto supporto ai Comuni nello svolgere azioni concrete maggiormente finalizzate.

CRITICITÀ

Indebolimento degli investimenti da parte di molti Comuni e quindi riduzione dei fondi a favore degli interventi rivolti ad adolescenti e giovani.

Frammentazione degli interventi e sempre minore regia da parte dei Comuni.

Impoverimento degli investimenti progettuali da parte di tutti i soggetti.

AREA MINORI: MACROBIETTIVO 4

Potenziamento dell'area prevenzione attraverso un collegamento e una integrazione in rete degli interventi già in atto del Piano Sociale e dei Comuni dell'ambito.
Riprogettazione degli interventi specifici conferma delle sinergie con i diversi livelli istituzionali coinvolti e i servizi competenti, in primo luogo le scuole e l'ASL

AZIONI

- Potenziamento del Progetto Unità Operativa di Prevenzione attraverso una riprogettazione triennale alla luce dei risultati della valutazione del progetto e di una ricollocazione del progetto nel sistema di interventi del Piano Sociale di Zona rivolto ad adolescenti e giovani (collegamento con macroobiettivo n.3).
- Sviluppo ulteriore della collaborazione con il Dipartimento Dipendenze dell'ASL MI 1 sulle seguenti linee: responsabilità scientifica del progetto UOP, sviluppo della ricerca sui consumi degli adolescenti del distretto attualmente in corso, collaborazione con l'Osservatorio sulle dipendenze al fine di utilizzare maggiormente dati e informazioni per lo sviluppo del progetto UOP e delle attività generali del Piano Sociale di Zona, attivazione delle sperimentazioni con le Polizie locali del Distretto nelle scuole in relazione agli interventi preventivi e sulla sicurezza.
- Sviluppo di un percorso collaborativo integrato tra agenzie educative significative dei diversi territori (soprattutto comuni, scuole, servizi territoriali) per lo sviluppo di un patto educativo che contribuisca a definire: strategie educative comuni, destinazione più adeguata delle risorse economiche e territoriali, procedure e modalità di implementazione delle collaborazioni.
- Ricerca di fondi per la realizzazione di un Osservatorio territoriale comunque collegato a quelli esistenti (osservatorio regionale dipendenze, osservatorio bullismo ecc.).
- Sviluppo delle sinergie con i servizi socio-sanitari che a tutti i livelli si occupano dei minori attraverso la realizzazione di protocolli operativi specifici a favore dei minori e delle famiglie con bisogno (potenziamento della collaborazione con il progetto ASL MOSAICO).
- Attivazione con ASL ed Azienda Ospedaliera di un servizio specialistico intermedio di sostegno psicologico per ragazzi con bisogno prima di un eventuale presa in carico della neuro-psichiatria.
- Attivazione o potenziamento delle misure di helping nella scuola e maggiore collegamento tra il servizio sociale di base e la scuola che faciliti le procedure di collaborazione ed eventuale segnalazione dei ragazzi con bisogno.

UTILITÀ

- Applicazione della L. 3/2008 art. 18 comma 3 e Linee di indirizzo regionali programmazione pdz art 7.2.2 A).
- Applicazione del documento dell'Osservatorio regionale lombardo sul fenomeno del bullismo (Patto educativo e Patto di corresponsabilità scuola famiglia).
- Potenziale integrazione tra i diversi interventi educativi che contribuiscano a sostenere una logica preventiva.
- Maggiore interazione tra sociale e socio sanitario.
- Potenziamento della capacità di risposta dei nostri interventi.

CRITICITÀ

Frammentazione degli interventi.

Ridotta integrazione tra gli interventi territoriali educativi e socio educativi con quelli socio-sanitari.

Ancora fragile integrazione tra Comuni sulle politiche educative.

AREA MINORI: MACROBIETTIVO 5

Potenziamento delle azioni di integrazione e facilitazione linguistica delle nuove generazioni di famiglie migranti sia a livello scolastico che territoriale

AZIONI

- Potenziamento progetto Senza frontiere finalizzato (oltre alla conferma degli interventi scolastici) alla programmazione di una nuova linea di intervento mirata all'attivazione di una rete collegata di offerta territoriale delle attività extrascolastiche e di sostegno apprenditivo e linguistico sia pubbliche che private – mappatura delle risorse extra scolastiche e scolastiche distrettuali e progettazione triennale –.
- Found rising per nuove progettazioni.

UTILITÀ

Potenziamento mirato del progetto “senza frontiere”.

Messa in rete di tutti gli interventi scolastico ed extrascolastici rivolti alle nuove generazioni di migranti.

Attivazione dei doposcuola su obiettivi di integrazione linguistica e culturale.

CRITICITÀ

Attivazione dei doposcuola su obiettivi di integrazione linguistica e culturale.

Possibili resistenze culturali degli adulti.

6.1.4 INCLUSIONE SOCIALE

Anche l'area inclusione sociale racchiude una molteplicità di temi e di bisogni connessi a categorie di persone e cittadini in difficoltà, a rischio di emarginazione ed esclusione dalla vita sociale e comunitaria.

Il concetto di "inclusione", che in questo caso è rappresentativo dello spirito e dell'anima programmatica del Piano Sociale di Zona, in realtà non riguarda esclusivamente la specificità dell'area stessa, ma è proprio in questo ambito che rappresenta l'impegno più difficile.

Del resto il nostro Piano Sociale di Zona ha una storia consolidata per quanto riguarda le misure di sostegno all'inclusione sociale, anche rispetto alle strategie attuate in collaborazione progettuale e operativa con il terzo settore e con il volontariato. Ha prodotto progetti attualmente in sviluppo e oramai divenuti servizi stabili, come MIGRAMONDO e CORDATA. Ha attivato sperimentazioni e interventi in situazioni di difficoltà estrema; cerca il più possibile di mantenere monitorato lo stato di bisogno del territorio sul tema.

L'obiettivo proprio di quest'area è quello di sviluppare adeguate risposte a pesanti necessità che riguardano i bisogni primari delle persone – la casa, il lavoro, la stessa sopravvivenza alimentare – o a bisogni di integrazione, altrettanto essenziali.

È un'area che sempre di più si sta avvicinando ad alcune categorie socio-economiche non necessariamente marginali, ma prossime alla povertà; persone che stanno pericolosamente transitando da una condizione tipica della classe media a condizioni di povertà conclamata, dovuta alla perdita del lavoro e quindi dall'insostenibilità economica di una condizione che muta radicalmente in un tempo brevissimo. Nell'affrontare questo tipo di problemi occorre realismo, nonché la consapevolezza che senza grossi investimenti e solide integrazioni istituzionali, temi come l'housing sociale e l'inserimento lavorativo non possono essere seriamente trattati.

Sicuramente, in particolare per alcuni dei macroobiettivi esposti, non saranno pensabili soluzioni che guardino esclusivamente allo scenario delle politiche sociali; lo sforzo della trasversalità e dell'integrazione delle politiche territoriali, in questi casi, divengono essenziali per il raggiungimento di risultati efficaci e soddisfacenti.

L'attuale dilagare di condizioni di povertà trova origine anche nelle dirette ricadute di una crisi economica che è anche crisi del sistema produttivo nazionale, con conseguente perdita di posti di lavoro e di sicurezza sociale, in particolare per le famiglie meno abbienti. La trasversalità dell'intervento non può quindi essere garantita da politiche di sviluppo territoriali soltanto a livello locale, bensì che presentino carattere metropolitano e regionale.

Possiamo affermare che il Piano Sociale di Zona si muoverà rappresentando una continuità con la sua storia, ma al contempo con l'obbligo di indicare quali priorità la **salute mentale**: mantenendo un livello di collaborazione esteso, rappresentato dal Tavolo della salute mentale, coordinato dal Piano Sociale di Zona e sviluppato negli anni precedenti quale connettore di specificità istituzionali e delle associazioni familiari (A.O. reparto di Psichiatria, servizi territoriali, associazionismo).

Valorizzando misure costruite intorno al progetto di vita del soggetto. Puntando il più possibile a produrre assistenza qualitativa della persona, azioni di aiuto, sostegno, sollievo alle famiglie, ma anche sperimentazione di percorsi di autonomia che permettano l'attivazione di residenzialità leggera, inserimento lavorativo, sviluppo della socialità in un sistema minimamente protetto ma non invasivo.

Nel triennio si vorrebbe esprimere inoltre un maggiore impegno sulla sensibilizzazione e la prevenzione. Il tema della salute mentale deve essere risollevato dal magma dell'indifferenza; si tratta di un tema carico di connessioni simboliche, "attiguo" alla condizione delle persone "normali" e, per questo motivo, che fa paura. Interventi di sensibilizzazione e prevenzione che, quindi, dovrebbero puntare in particolare sul disagio psichico nell'età adolescenziale.

Un'altra priorità riguarda **rischi di grave marginalità** di settori rilevanti della popolazione, intercettando sul territorio le cause e le manifestazioni conclamate, in particolar modo per quel che concerne misure di contrasto alla tratta della prostituzione che si manifesta sul territorio Rhodense e alla quale necessitano alleanze e progettazioni integrate in collaborazione con il terzo settore, che da tempo svolge un importante lavoro in questo ambito. Non ultimo la valorizzazione, la conferma e dove fosse possibile il potenziamento di quelle politiche di integrazione della popolazione migrante, concretamente realizzate attraverso il servizio Migramondo e attraverso i progetti che, ognuno rivolto a diversi target, contribuiscono a migliorare le condizioni di integrazione sociale.

AREA INCLUSIONE SOCIALE: MACROBIETTIVO 1

Prosecuzione dell'interazione tra Comuni, Azienda Ospedaliera, ASL e terzo settore nel campo della promozione della salute mentale

AZIONI

- Supporto alla sperimentazione di due progetti pilota di residenzialità leggera nel distretto.
- Continuazione e coordinamento degli interventi che coinvolgono le scuole superiori.
- Sostegno a progetti di intercettazione precoce del disagio mentale in età adolescenziale.
- Rafforzamento delle connessioni operative con il servizio gestito da SER.CO.P. per interventi di inserimento lavorativo o lavoro protetto.

UTILITÀ

- Consolidamento del Tavolo per la Salute Mentale promosso dal Piano Sociale di Zona
- Sperimentazione di progetti contro il pregiudizio e per la rilevazione precoce del disagio psichico nelle scuole superiori del distretto

CRITICITÀ

- Rigidità organizzativa e regolamentare di alcune strutture ed enti
- Scarse garanzie di continuità dei finanziamenti per progetti innovativi

AREA INCLUSIONE SOCIALE: MACROBIETTIVO 2	
Sperimentazione di percorsi di emersione ed integrazione sociale per categorie o gruppi fortemente marginalizzati e a rischio illegalità	
AZIONI	
• Sostegno a progetti di interventi di strada (rivolti in particolare a donne e minori) con obiettivi di contatto, informazione, orientamento e primi interventi di prevenzione sanitaria, rafforzamento dell'autostima personale, proposta di allontanamento dalla strada, accompagnamento all'autonomia, conoscenza e monitoraggio dei fenomeni sul territorio. • Attivazione di laboratori per sperimentare, apprendere o riappropriarsi di abilità e comportamenti utili ai fini di un inserimento lavorativo, per sostenere o promuovere la produzione di reddito e per avviare percorsi di autonomia personale e familiare nel rispetto della legalità. • Sostegno all'alfabetizzazione di base ed alla scolarizzazione, in particolare di donne e minori, quali percorsi di apprendimento e crescita culturale, conoscenza e confronto con altre culture, integrazione, convivenza, apprendimento di diritti e doveri, rispetto degli altri e delle regole. • Attivazione di un livello istituzionale di ambito che garantisca la possibilità di confronto tra le diverse realtà che operano sul territorio rispetto ad alcune criticità / emergenze che necessitano di interventi condivisi ed integrati, fondati sul concetto di solidarietà nella legalità.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
• Presenza di alcuni interventi e progetti nel territorio gestiti da associazioni e volontari.	• Complessità di intervento per situazioni fortemente compromesse con necessità di protezione. • Alta mobilità delle persone.

AREA INCLUSIONE SOCIALE: MACROBIETTIVO 3

Prosecuzione e implementazione di servizi rivolti alla popolazione straniera, al fine di facilitarne l'integrazione nel tessuto sociale e la loro valorizzazione

AZIONI

- Potenziamento dei servizi esistenti tesi a rispondere in forme sempre più avanzate alle esigenze della popolazione straniera, in linea con le disposizioni normative vigenti.
- Continuità del lavoro svolto nelle scuole, garantendo un maggiore ricorso allo strumento della mediazione culturale.
- Sviluppo di attività rivolte a famiglie straniere e minori finalizzate a supportare una più veloce comprensione delle dinamiche socio-culturali ed economiche del nostro territorio.
- Diffusione presso operatori pubblici e del privato sociale di strumenti di lettura per meglio affrontare la comprensione delle problematiche connesse alla presenza di stranieri.
- Rielaborazione dei dati derivanti dai vari punti di raccolta ai fini di una loro rilettura critica.

UTILITÀ

- Positiva esperienza dello sportello Migramondo
- Lavoro di rete tra diverse istituzioni (Enti Locali, Questura, Prefettura) e realtà di Terzo Settore
- Capillare lavoro di facilitazione linguistica in tutte le scuole dell'obbligo del territorio
- Grande lavoro delle realtà parrocchiali e di Terzo Settore teso a garantire l'assistenza e la risposta a bisogni primari

CRITICITÀ

- Carenza di una rilettura generale sulla presenza di stranieri nel territorio e sulla conseguente capacità di rispondere in modo più appropriato a quanto necessario per una loro più veloce integrazione
- Carenza di una modalità efficace per un coinvolgimento più diretto dei singoli e delle comunità di stranieri nel definire politiche di intervento più appropriate
- Mancanza di un investimento culturale generale teso ad approfondire e divulgare sul territorio aspetti quantitativi e qualitativi relativo alla presenza di stranieri

AREA INCLUSIONE SOCIALE: MACROBIETTIVO 4	
Sperimentazione di percorsi di housing sociale	
AZIONI	
• Avvio di un tavolo operativo con i soggetti gestori coinvolti sulle politiche dell'abitare. • Reperimento alloggi presso organizzazioni o privati per forme di affitto calmierato con gestioni pubblico/privato da definire. • Sperimentazione di forme di portierato sociale presso alcuni palazzine di ERP con la finalità di ritornare a garantire maggiori forme di monitoraggio, accompagnamento, aiuto alla socializzazione, orientamento e facilitazione all'accesso dei servizi, rispetto delle regole e dei beni comuni. • Attivazione di forme di micro-credito finalizzate a favorire il capitale iniziale per l'acquisizione della prima casa o, in subordine, al pagamento dell'affitto, utilizzando fondi di rotazione, in stretta collaborazione con enti di Terzo Settore e istituti di credito sensibili al tema. • Definizione di un piccolo nucleo di operatori pubblici e privati in grado di garantire l'avvio ed il monitoraggio delle azioni sopra indicate.	
UTILITÀ	CRITICITÀ
• Alto numero di offerta di patrimonio ERP. • Avvio di soluzioni alloggiative che rispondono alla grave e media emergenza • Realizzazione di uno studio su un campione significativo di popolazione bisognosa di alloggio. • Prima attivazione di contatti utili per il reperimento di risorse economiche.	• Rigidità nella rotazione delle assegnazione e indisponibilità di alloggi ERP. • Diffuso e sempre crescente bisogno alimentato da affitti sempre più cari. • Maggiore difficoltà ad acquisire alloggi da parte dei cittadini in mancanza di garanzia di lavoro continuativo. • Carenza di una programmazione globale sul tema dell'abitare.

AREA INCLUSIONE SOCIALE: MACROBIETTIVO 5

Armonizzazione degli interventi di integrazione lavorativa e sostegno al reddito delle famiglie

AZIONI

- Continuità d'obiettivi sul tema degli inserimenti lavorativi attraverso un potenziamento e rilancio del NIL e una ulteriore attivazione delle borse lavoro in piena connessione alla rete delle cooperative sociali, dell'impresa no-profit e delle aziende disponibili, la provincia di Milano, l'Agenzia Formazione Orientamento Lavoro e gli Enti Locali
- Individuazione di uno strumento per sviluppare l'utilizzo delle possibilità di convenzionamento previste dalla legge 381 in modo da impegnare i Comuni al raggiungimento di una quota indicativa del 3% dei servizi affidati a terzi.
- Stesura di un protocollo per l'individuazione e modellizzazione di procedure condivise per connettere gli interventi di assistenza economica con quelli di integrazione lavorativa.

UTILITÀ

- Le amministrazioni comunali hanno continuato a rispondere a questi bisogni pur in tempi di sensibile contrazione delle risorse

CRITICITÀ

- Le misure di integrazione al reddito sono spesso strumento insufficiente, se non accompagnato da attività di promozione della persona e inserimento sociale.
- La disomogeneità delle modalità di riconoscimento del diritto e di erogazione.
- Il non omogeneo utilizzo dell'ISEE

6.1.5 AREA SISTEMA

AREA SISTEMA: MACROBIETTIVO S1
Costruzione di un luogo di rilevazione ed analisi dei problemi e dei bisogni sociali del territorio
AZIONI
• Affidamento incarico esterno per la realizzazione delle attività di osservatorio rispetto alle aree di interesse definite annualmente dal Tavolo Rhodense delle Politiche Sociali. • Definizione di un report di ricerca annuale

AREA SISTEMA: MACROBIETTIVO S2
Costruzione di un sistema di accreditamento per i servizi socio assistenziali
AZIONI
• Definizione delle reti di unità di offerta da accreditare. • Definizione, per ogni rete di unità di offerta, di requisiti di accreditamento. • Definizione del budget di accreditamento per ogni rete di unità di offerta. • Definizione dei volumi accreditabili. • Accreditamento delle unità di offerta. • Contratto di accreditamento che definisce la remunerazione delle prestazioni.

AREA SISTEMA: MACROBIETTIVO S3
Comunicazione, conoscenza e trasparenza dell'offerta sociale.
AZIONI
Realizzazione della Carta dei Servizi d'Ambito finalizzata alla diffusione della conoscenza della rete di servizi e di interventi disponibili per i cittadini residenti nell'ambito.

7. LA PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE E DEI VOLUMI DEI SERVIZI

7.1 IL PIANO ECONOMICO DELLE RISORSE

Il presente capitolo offre un quadro articolato e complesso delle risorse e delle fonti di finanziamento che alimentano il sistema dei servizi e degli interventi sociali del rhodense; è la parte cruciale della programmazione zonale, che una volta definiti gli obiettivi e le modalità di governo provvede all'allocazione delle risorse che in qualche modo rispondano ai bisogni e agli obiettivi definiti.

La scelta esplicita del Piano di Zona del rhodense è quella di intervenire nella programmazione dell'intero ammontare di risorse che affluiscono al sistema dei servizi zionali. Nelle tabelle che seguono sarà quindi rappresentato un quadro di insieme, suddiviso per aree di intervento, di tutte le risorse provenienti dalle diverse fonti di finanziamento che, ad ogni titolo, alimentano il sistema dei servizi socio assistenziali del rhodense. Si è operata la scelta di inserire tutti i servizi delle reti socio assistenziali a cui si aggiungono le quote sociali dei servizi delle reti socio sanitarie (CDD, CDI, RSA, RSD); per questi ultimi quindi non viene evidenziata una configurazione di costo pieno, bensì esclusivamente la contribuzione sociale, escludendo quindi le quote finanziate dal fondo sanitario, che non afferiscono in alcun modo al presente piano.

La programmazione è quindi realizzata sulle seguenti fonti di entrata:

- Fondo Nazionale Politiche Sociali
- Fondo Sociale Regionale
- Risorse dei Comuni
- Quote a carico dell'utenza
- Altri fondi derivanti dalla Regione
- Risorse provinciali
- Altre risorse afferenti al sistema (finanziamenti da fondazioni)

È ovvio che tutte queste risorse non entrano in modo esclusivo nella sfera decisionale del programmatore zonale, che tuttavia esercita nel tempo un'influenza sempre maggiore sulle scelte strategiche di zona; si pensi ad esempio alle risorse proprie dei Comuni, rispetto alle quali vi è una potestà esclusiva delle amministrazioni comunali rispetto alla allocazione, che nel corso del triennio potrebbe modificarsi per innumerevoli ragioni dipendenti da scelte e modificazioni delle politiche del singolo ente. Va comunque considerato che la quota di spesa sociale finanziata con risorse comunali è in gran

parte estremamente rigida e poco modificabile, centrata (come si vede dalle tabelle seguenti) su servizi che vanno dalla promozione (come gli asili nido) alla riparazione, ma che hanno comunque la caratteristica strutturale di essere “in affanno” rispetto alla domanda, assorbendo comunque quote rilevanti di risorse.

Si è operata la scelta di rappresentare un insieme complesso, che pur mantenendo dei confini di relativa incertezza, si propone di rappresentare in modo esaustivo il quadro economico del sistema di servizi ed interventi del rhodense. Quindi una scelta di completezza che mantiene un piccolo margine di approssimazione, connesso alla molteplicità degli attori che esercitano le decisioni sulle suddette risorse.

Si ritiene comunque che il quadro rappresentato sia ampiamente significativo e rappresentativo in termini di aggregato macro del valore delle risorse afferenti al sistema; non avrebbe alcun senso d'altra parte attivare la complessa macchina della programmazione d'ambito proponendosi di definire esclusivamente l'allocazione del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali e del Fondo Sociale Regionale.

Tale scelta risulta tanto più giustificata se si tiene conto del dato ormai strutturale connesso al fatto di programmare a “risorse incerte”; non si ritiene che questo rappresenti un vincolo o un limite sostanziale all'opera del programmatore, che comunque deve avere la piena consapevolezza dei vantaggi ma anche dei limiti strutturali dell'opera di programmazione: un programma di obiettivi e le sue implicazioni economiche non rappresentano le “tavole della legge”, bensì un orientamento forte, che può tuttavia subire modifiche e aggiustamenti in corso d'opera, connessi con variazioni del quadro di riferimento, di cui l'incertezza delle risorse rappresenta il principale elemento. Tale incertezza si estrinseca su diversi fronti (Fondo Nazionale Politiche Sociali, Fondo Sociale Regionale, risorse dei Comuni sottoposte ogni anno ai vincoli della finanziaria ecc.) ed è quindi da assumere in pieno come dato strutturale, di cui il programmatore deve tenere conto.

Per contro, l'avvio del consorzio SER.CO.P., che di fatto esercita un livello di gestione associata per una serie di servizi essenziali per i Comuni e che opera su un ammontare di risorse pari circa al 33% delle risorse pubbliche afferenti al sistema (escludendo le quote a carico dell'utenza), garantisce una piena aderenza della gestione al livello programmatico; si può quindi affermare che i circa 8 milioni di euro gestiti dal Consorzio sono a pieno titolo nella sfera di decisione del programmatore zonale; in questo senso, l'esistenza di una forma di gestione associata rinforza in modo essenziale il ruolo, il potere e la decisionalità del programmatore zonale, che esercita un'influenza piena e non condizionata su tutte le risorse relative ai servizi ed interventi gestiti da SER.CO.P. Infine occorre sottolineare che, in armonia con la costruzione del sistema integrato dei servizi d'Ambito, tutte le azioni finanziate dal Fondo Nazionale Politiche Sociali sono a gestione associata.

Vengono di seguito elencate le principali scelte di politica sociale che emergono dalla lettura del budget e che ne consentono una più agevole interpretazione e una chiave di lettura:

- Conservazione e valorizzazione dei servizi attivati nel triennio precedente;
- Continuità di tutti gli interventi, i servizi e i progetti finanziati secondo gli obiettivi delle Leggi di settore;
- Consolidamento dell'esperienza relativa all'assegno di cura (anche buono badanti) e voucher sociali;
- Finanziamento progressivo nel triennio dei macro obiettivi per area.

Sulla base dell'evidenza connessa alla citata incertezza delle risorse, potranno essere necessari degli aggiustamenti anche importanti agli obiettivi e di conseguenza alle risorse relative al Fondo Nazionale Politiche Sociali e al Fondo Sociale Regionale.

Nelle tabelle successive, organizzate per aree di intervento, gli interventi gestiti a livello associato da sono stati suddivisi in sezioni differenti da quelli gestiti a livello comunale o dal privato sociale; questo al fine di evidenziare in maniera chiara la azioni e gli interventi (quelli di SER.CO.P.) rispetto ai quali il programmatore esprime piena decisionalità.

Tab. 7.1 – Elenco delle tabelle a seguire nel capitolo

TAB.	TITOLO	ANNO
7.2	Spesa area anziani per fonti di finanziamento	2009
7.3	Spesa area disabili per fonti di finanziamento	2009
7.4	Spesa area minori per fonti di finanziamento	2009
7.5	Spesa area inclusione sociale per fonti di finanziamento	2009
7.6	Spesa area sistema per fonti di finanziamento	2009
7.7	Spesa area anziani per fonti di finanziamento	2010
7.8	Spesa area disabili per fonti di finanziamento	2010
7.9	Spesa area minori per fonti di finanziamento	2010
7.10	Spesa area inclusione sociale per fonti di finanziamento	2010
7.11	Spesa area sistema per fonti di finanziamento	2010
7.12	Spesa area anziani per fonti di finanziamento	2011
7.13	Spesa area disabili per fonti di finanziamento	2011
7.14	Spesa area minori per fonti di finanziamento	2011
7.15	Spesa area inclusione sociale per fonti di finanziamento	2011
7.16	Spesa area sistema per fonti di finanziamento	2011
7.17	Riepilogo spesa totale per aree	Triennale
7.18	Riepilogo azioni finanziate con Fondo Nazionale Politiche Sociali	Triennale
7.19	Riepilogo allocazione del Fondo Sociale Regionale	Triennale
7.20	Riepilogo azioni finanziate con Fondo per la non autosufficienza	Triennale
7.21	Riepilogo interventi in gestione associata (sercop)	Triennale
7.22	Riepilogo spesa sociale per fonti di finanziamento	2009

Tab. 7.2 - Spesa area anziani per fonti di finanziamento, anno 2009

AREA ANZIANI - ANNO 2009		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI (fondo non autosufficienza)	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio assistenza domiciliare (A2)		€ 112.000,00		€ 212.000,00		€ 25.000,00		€ 349.000,00
	sportello assistenza alla famiglia (badanti)	€ 5.000,00		€ 18.000,00		€ 30.000,00		€ 10.000,00	€ 63.000,00
	voucher (A2)	€ 175.000,00		€ 25.000,00					€ 200.000,00
	assegno di cura (A2)			€ 220.964,00					€ 220.964,00
	assegno regolarizzazione badante (A2)			€ 80.000,00				€ 10.000,00	€ 90.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 180.000,00	€ 112.000,00	€ 343.964,00	€ 212.000,00	€ 30.000,00	€ 25.000,00	€ 20.000,00	€ 922.964,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio assistenza domiciliare		€ 90.000,00		€ 233.280,00		€ 8.640,00		€ 331.920,00
	Telesoccorso				€ 410,40		€ 1.425,60		€ 1.836,00
	trasporto sociale				€ 192.240,00		€ 17.280,00		€ 209.520,00
	centri diurni anziani				€ 374.760,00				€ 374.760,00
	altri interventi territoriali				€ 205.200,00		€ 142.560,00		€ 347.760,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	RSA (quota sociale)				€ 621.000,00		€ 248.400,00		€ 869.400,00
	CDI (quota sociale)				€ 3.888,00				€ 3.888,00
	mini alloggi protetti				€ 340.200,00		€ 480.600,00		€ 820.800,00
	altri interventi residenziali				€ 45.360,00		€ 32.400,00		€ 77.760,00
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 90.000,00	€ 0,00	€ 2.016.338,40	€ 0,00	€ 931.305,60	€ 0,00	€ 3.037.644,00
TOTALE ANZIANI		€ 180.000,00	€ 202.000,00	€ 343.964,00	€ 2.228.338,40	€ 30.000,00	€ 956.305,60	€ 20.000,00	€ 3.960.608,00

Tab. 7.3 - Spesa area disabili per fonti di finanziamento, anno 2009

AREA DISABILI - ANNO 2009		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Trasporto				€ 1.840.000,00		€ 15.000,00		€ 1.855.000,00
	nucleo inserimenti lavorativi		€ 100.000,00		€ 195.000,00	€ 30.000,00			€ 325.000,00
	servizio assistenza domiciliare		€ 28.000,00		€ 320.000,00		€ 5.000,00		€ 353.000,00
	assegno di cura	€ 115.000,00							€ 115.000,00
	voucher	€ 50.000,00							€ 50.000,00
	sostegno autonomia famiglie (D5)								€ 0,00
	servizio orientamento e progettazione (D6)	€ 15.000,00							€ 15.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 180.000,00	€ 128.000,00	€ 0,00	€ 2.355.000,00	€ 30.000,00	€ 20.000,00	€ 0,00	€ 2.713.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio formazione all'autonomia **		€ 122.000,00		€ 869.400,00		€ 124.200,00	€ 27.000,00	€ 1.142.600,00
	Centro socio educativo				€ 270.000,00				€ 270.000,00
	CDD°(solo quota sociale)				€ 741.960,00		€ 44.000,00		€ 785.960,00
	Servizio assistenza domiciliare		€ 44.000,00		€ 143.640,00				€ 187.640,00
	altri interventi				€ 507.600,00				€ 507.600,00
	progetti individualizzati (L 162)	€ 160.000,00			€ 205.200,00				€ 365.200,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	comunità alloggio		€ 54.000,00		€ 999.000,00		€ 221.400,00	€ 10.800,00	€ 1.285.200,00
	altri interventi						€ 2.160,00		€ 2.160,00
	RSD				€ 239.760,00				€ 239.760,00
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 160.000,00	€ 220.000,00	€ 0,00	€ 3.976.560,00	€ 0,00	€ 391.760,00	€ 37.800,00	€ 4.786.120,00
TOTALE DISABILI		€ 340.000,00	€ 348.000,00	€ 0,00	€ 6.331.560,00	€ 30.000,00	€ 411.760,00	€ 37.800,00	€ 7.499.120,00

Tab. 7.4 - Spesa area minori per fonti di finanziamento, anno 2009

AREA MINORI - ANNO 2009		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	servizio tutela minori				€ 630.000,00				€ 630.000,00
	servizio affidi (M1)	€ 10.000,00				€ 30.000,00		€ 65.000,00	€ 105.000,00
	spazio neutro	€ 80.000,00							€ 80.000,00
	sostegno educativo integrato		€ 100.000,00		€ 700.000,00				€ 800.000,00
	sostegno famiglie numerose (M1)			€ 69.000,00					€ 69.000,00
	progetti ex obiettivi L 285 prima infanzia(M1)	€ 210.000,00							€ 210.000,00
	progetti ex obiettivi L 40 immigrazione (M5)	€ 60.000,00							€ 60.000,00
	progetti ex obiettivi L 45 adolescenti prevenzione (M4)	€ 95.000,00							€ 95.000,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	minori in affido		€ 60.000,00						€ 60.000,00
	comunità alloggio	€ 89.974,00	€ 326.140,00		€ 1.163.886,00				€ 1.580.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 544.974,00	€ 846.140,00	€ 69.000,00	€ 2.493.886,00	€ 30.000,00	€ 0,00	€ 65.000,00	€ 3.689.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	asili nido (M2)		€ 405.000,00		€ 3.172.000,00		€ 1.960.200,00		€ 5.537.200,00
	nidi famiglia (M2)								€ 0,00
	centri ricreativi				€ 523.800,00		€ 372.600,00		€ 896.400,00
	centri aggregazione giovanile				€ 475.200,00				€ 475.200,00
	altri interventi				€ 137.160,00				€ 137.160,00
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 405.000,00	€ 0,00	€ 4.308.160,00	€ 0,00	€ 2.332.800,00	€ 0,00	€ 7.045.960,00
TOTALE MINORI		€ 544.974,00	€ 891.140,00	€ 69.000,00	€ 6.802.046,00	€ 30.000,00	€ 2.332.800,00	€ 65.000,00	€ 10.734.960,00

Tab. 7.5 - Spesa area inclusione sociale per fonti di finanziamento, anno 2009

AREA INCLUSIONE - ANNO 2009		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	sportello stranieri (M3)	€ 30.000,00				€ 40.000,00			€ 70.000,00
	interventi housing di emergenza (I4)	€ 30.000,00							€ 30.000,00
	interventi coesione sociale							€ 26.000,00	€ 26.000,00
	progetti ex obiettivi L. 328 art. 28 estreme povertà	€ 40.000,00							€ 40.000,00
	rete housing sociale	€ 10.000,00							€ 10.000,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	sostegno interventi nomadi/tratta	€ 10.000,00							€ 10.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 120.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 40.000,00	€ 0,00	€ 26.000,00	€ 186.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	contributi economici				€ 1.804.680,00				€ 1.804.680,00
	residenzialità leggera psichiatria (I1)	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	fondo sostegno affitti			€ 1.192.000,00					€ 1.192.000,00
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 10.000,00	€ 0,00	€ 1.192.000,00	€ 1.804.680,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.006.680,00
TOTALE INCLUSIONE		€ 130.000,00	€ 0,00	€ 1.192.000,00	€ 1.804.680,00	€ 40.000,00	€ 0,00	€ 26.000,00	€ 3.192.680,00

Tab. 7.6 - Spesa area sistema per fonti di finanziamento, anno 2009

AREA SISTEMA - ANNO 2009		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
	ufficio di piano	€ 105.000,00							€ 105.000,00
	osservatorio fragilità sociali	€ 20.000,00							€ 20.000,00
	sostegno formativo volontariato	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	segretariato sociale				€ 33.000,00				€ 33.000,00
	altri interventi (supporto Sercop)								€ 0,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 135.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 33.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 168.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	segretariato sociale e servizi di supporto				€ 541.080,00				€ 541.080,00
	servizio sociale professionale				€ 1.207.440,00				€ 1.207.440,00
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.748.520,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.748.520,00
TOTALE SISTEMA		€ 135.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.781.520,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.916.520,00

Tab. 7.7 - Spesa area anziani per fonti di finanziamento, anno 2010

AREA ANZIANI - ANNO 2010		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI (fondo non autosufficienza)	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio assistenza domiciliare (A2)		€ 112.000,00		€ 216.240,00		€ 25.500,00		€ 353.740,00
	sportello assistenza alla famiglia (badanti)	€ 35.000,00		€ 10.000,00				€ 10.000,00	€ 55.000,00
	voucher (A2)	€ 217.000,00							€ 217.000,00
	assegno di cura (A2)	€ 3.036,00		€ 241.964,00					€ 245.000,00
	assegno regolarizzazione badante (A2)			€ 92.000,00				€ 10.000,00	€ 102.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 255.036,00	€ 112.000,00	€ 343.964,00	€ 216.240,00	€ 0,00	€ 25.500,00	€ 20.000,00	€ 972.740,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio assistenza domiciliare		€ 90.000,00		€ 237.945,60		€ 8.812,80		€ 336.758,40
	Telesoccorso				€ 418,61		€ 1.454,11		€ 1.872,72
	trasporto sociale				€ 196.084,80		€ 17.625,60		€ 213.710,40
	centri diurni anziani				€ 382.255,20				€ 382.255,20
	altri interventi territoriali				€ 209.304,00		€ 145.411,20		€ 354.715,20
INTERVENTI RESIDENZIALI	RSA (quota sociale)				€ 633.420,00		€ 253.368,00		€ 886.788,00
	CDI (quota sociale)				€ 3.965,76				€ 3.965,76
	mini alloggi protetti				€ 347.004,00		€ 490.212,00		€ 837.216,00
	altri interventi residenziali				€ 46.267,20		€ 33.048,00		€ 79.315,20
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 90.000,00	€ 0,00	€ 2.056.665,17	€ 0,00	€ 949.931,71	€ 0,00	€ 3.096.596,88
TOTALE ANZIANI		€ 255.036,00	€ 202.000,00	€ 343.964,00	€ 2.272.905,17	€ 0,00	€ 975.431,71	€ 20.000,00	€ 4.069.336,88

servizi in sviluppo

Tab. 7.8 - Spesa area disabili per fonti di finanziamento, anno 2010

AREA DISABILI - ANNO 2010		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Trasporto				€ 2.097.600,00		€ 40.000,00		€ 2.137.600,00
	nucleo inserimenti lavorativi		€ 100.000,00		€ 195.000,00	€ 30.000,00			€ 325.000,00
	servizio assistenza domiciliare		€ 28.000,00		€ 345.900,00		€ 5.100,00		€ 379.000,00
	assegno di cura	€ 115.000,00							€ 115.000,00
	voucher	€ 50.000,00							€ 50.000,00
	sostegno autonomia famiglie (D5)	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	servizio orientamento e progettazione (D6)	€ 32.000,00							€ 32.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 207.000,00	€ 128.000,00	€ 0,00	€ 2.638.500,00	€ 30.000,00	€ 45.100,00	€ 0,00	€ 3.048.600,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio formazione all'autonomia *				€ 100.000,00		€ 10.000,00		€ 110.000,00
	Centro socio educativo		€ 120.000,00		€ 880.000,00		€ 120.000,00		€ 1.120.000,00
	CDD **(solo quota sociale)				€ 756.799,20		€ 90.000,00		€ 846.799,20
	Servizio assistenza domiciliare		€ 44.000,00		€ 146.512,80				€ 190.512,80
	altri interventi				€ 517.752,00				€ 517.752,00
	progetti individualizzati (L 162)	€ 130.000,00			€ 205.200,00				€ 335.200,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	comunità alloggio		€ 54.000,00		€ 1.097.700,00		€ 221.400,00	€ 10.800,00	€ 1.383.900,00
	altri interventi						€ 2.203,20		€ 2.203,20
	RSD				€ 244.555,20				€ 244.555,20
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 130.000,00	€ 218.000,00	€ 0,00	€ 3.948.519,20	€ 0,00	€ 443.603,20	€ 10.800,00	€ 4.750.922,40
TOTALE DISABILI		€ 337.000,00	€ 346.000,00	€ 0,00	€ 6.587.019,20	€ 30.000,00	€ 488.703,20	€ 10.800,00	€ 7.799.522,40

* sono stati considerati ancora SFA in ragione del regime transitorio fino a settembre 2009; dal 2010 si prenderà atto della trasformazione dei posti in CSE

** le quote a carico degli utenti entrano in vigore in relazione all'approvazione del regolamento per l'accesso alle strutture da giugno 2009

servizi in sviluppo

Tab. 7.9 - Spesa area minori per fonti di finanziamento, anno 2010

AREA MINORI - ANNO 2010		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	servizio tutela minori				€ 642.600,00				€ 642.600,00
	servizio affidi (M1)	€ 40.000,00						€ 65.000,00	€ 105.000,00
	spazio neutro	€ 80.000,00							€ 80.000,00
	sostegno educativo integrato		€ 100.000,00		€ 587.100,00				€ 687.100,00
	sostegno famiglie numerose (M1)			€ 69.000,00					€ 69.000,00
	progetti ex obiettivi L 285 prima infanzia(M1)	€ 170.000,00							€ 170.000,00
	progetti ex obiettivi L 40 immigrazione (M5)	€ 60.000,00							€ 60.000,00
	progetti ex obiettivi L 45 adolescenti prevenzione (M4)	€ 95.000,00							€ 95.000,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	minori in affido		€ 80.000,00						€ 80.000,00
	comunità alloggio		€ 396.000,00		€ 1.104.000,00				€ 1.500.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 445.000,00	€ 576.000,00	€ 69.000,00	€ 2.333.700,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 65.000,00	€ 3.488.700,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	asili nido (M2)		€ 405.000,00		€ 3.235.440,00		€ 1.999.404,00		€ 5.639.844,00
	nidi famiglia (M2)								€ 0,00
	centri ricreativi				€ 534.276,00		€ 380.052,00		€ 914.328,00
	centri aggregazione giovanile				€ 484.704,00				€ 484.704,00
	altri interventi				€ 139.903,20				€ 139.903,20
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 405.000,00	€ 0,00	€ 4.394.323,20	€ 0,00	€ 2.379.456,00	€ 0,00	€ 7.178.779,20
TOTALE MINORI		€ 445.000,00	€ 981.000,00	€ 69.000,00	€ 6.728.023,20	€ 0,00	€ 2.379.456,00	€ 65.000,00	€ 10.667.479,20

potenziale sviluppo da valutare attuazione in sede di accreditamento
servizi in sviluppo

Tab. 7.10 - Spesa area inclusione sociale per fonti di finanziamento, anno 2010

_AREA INCLUSIONE - ANNO 2010		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	sportello stranieri (M3)	€ 80.000,00							€ 80.000,00
	interventi housing di emergenza (I4)	€ 30.000,00							€ 30.000,00
	interventi coesione sociale								€ 0,00
	progetti ex obiettivi L. 328 art. 28 estreme povertà	€ 40.000,00							€ 40.000,00
	rete housing sociale	€ 10.000,00							€ 10.000,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	sostegno interventi nomadi/tratta	€ 10.000,00							€ 10.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 170.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 170.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	contributi economici				€ 1.840.773,60				€ 1.840.773,60
	residenzialità leggera psichiatria (I1)	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	fondo sostegno affitti			€ 1.215.840,00					€ 1.215.840,00
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 10.000,00	€ 0,00	€ 1.215.840,00	€ 1.840.773,60	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.066.613,60
TOTALE INCLUSIONE		€ 180.000,00	€ 0,00	€ 1.215.840,00	€ 1.840.773,60	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.236.613,60

Tab. 7.11 - Spesa area sistema per fonti di finanziamento, anno 2010

AREA SISTEMA - ANNO 2010		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
	ufficio di piano	€ 105.000,00							€ 105.000,00
	osservatorio fragilità sociali	€ 30.000,00							€ 30.000,00
	sostegno formativo volontariato	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	segretariato sociale				€ 34.000,00				€ 34.000,00
	altri interventi (supporto Sercop)								€ 0,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 145.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 34.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 179.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	segretariato sociale e servizi di supporto				€ 551.901,60				€ 551.901,60
	servizio sociale professionale				€ 1.231.588,80				€ 1.231.588,80
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.783.490,40	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.783.490,40
TOTALE SISTEMA		€ 145.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.817.490,40	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.962.490,40

Tab. 7.12 - Spesa area anziani per fonti di finanziamento, anno 2011

AREA ANZIANI - ANNO 2011		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI (fondo non autosufficienza)	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio assistenza domiciliare (A2)		€ 112.000,00		€ 220.564,80		€ 26.010,00		€ 358.574,80
	sportello assistenza alla famiglia (badanti)	€ 45.000,00		€ 10.000,00					€ 55.000,00
	voucher (A2)	€ 217.000,00							€ 217.000,00
	assegno di cura (A2)	€ 3.036,00		€ 241.964,00					€ 245.000,00
	assegno regolarizzazione badante (A2)			€ 92.000,00				€ 10.000,00	€ 102.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 265.036,00	€ 112.000,00	€ 343.964,00	€ 220.564,80	€ 0,00	€ 26.010,00	€ 10.000,00	€ 977.574,80
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio assistenza domiciliare		€ 90.000,00		€ 242.704,51		€ 8.989,06		€ 341.693,57
	Telesoccorso				€ 426,98		€ 1.483,19		€ 1.910,17
	trasporto sociale				€ 200.006,50		€ 17.978,11		€ 217.984,61
	centri diurni anziani				€ 389.900,30				€ 389.900,30
	altri interventi territoriali				€ 213.490,08		€ 148.319,42		€ 361.809,50
INTERVENTI RESIDENZIALI	RSA (quota sociale)				€ 646.088,40		€ 258.435,36		€ 904.523,76
	CDI (quota sociale)				€ 4.045,08				€ 4.045,08
	mini alloggi protetti				€ 353.944,08		€ 500.016,24		€ 853.960,32
	altri interventi residenziali				€ 47.192,54		€ 33.708,96		€ 80.901,50
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 90.000,00	€ 0,00	€ 2.097.798,47	€ 0,00	€ 968.930,34	€ 0,00	€ 3.156.728,82
TOTALE ANZIANI		€ 265.036,00	€ 202.000,00	€ 343.964,00	€ 2.318.363,27	€ 0,00	€ 994.940,34	€ 10.000,00	€ 4.134.303,62

Tab. 7.13 - Spesa area disabili per fonti di finanziamento, anno 2011

AREA DISABILI - ANNO 2011		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Trasporto				€ 2.139.552,00		€ 40.800,00		€ 2.180.352,00
	nucleo inserimenti lavorativi		€ 100.000,00		€ 198.900,00	€ 30.000,00			€ 328.900,00
	servizio assistenza domiciliare		€ 28.000,00		€ 352.818,00		€ 5.202,00		€ 386.020,00
	assegno di cura	€ 115.000,00							€ 115.000,00
	voucher	€ 50.000,00							€ 50.000,00
	sostegno autonomia famiglie (D5)	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	servizio orientamento e progettazione (D6)	€ 32.000,00							€ 32.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 207.000,00	€ 128.000,00	€ 0,00	€ 2.691.270,00	€ 30.000,00	€ 46.002,00	€ 0,00	€ 3.102.272,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	Servizio formazione all'autonomia *				€ 102.000,00		€ 10.200,00		€ 112.200,00
	Centro socio educativo		€ 120.000,00		€ 897.600,00		€ 122.400,00		€ 1.140.000,00
	CDD **(solo quota sociale)				€ 771.935,18		€ 90.000,00		€ 861.935,18
	Servizio assistenza domiciliare		€ 44.000,00		€ 149.443,06				€ 193.443,06
	altri interventi				€ 528.107,04				€ 528.107,04
	progetti individualizzati (L 162)	€ 130.000,00			€ 205.200,00				€ 335.200,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	comunità alloggio		€ 54.000,00		€ 1.119.654,00		€ 225.828,00	€ 10.800,00	€ 1.410.282,00
	altri interventi						€ 2.247,26		€ 2.247,26
	RSD				€ 249.446,30				€ 249.446,30
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 130.000,00	€ 218.000,00	€ 0,00	€ 4.023.385,58	€ 0,00	€ 450.675,26	€ 10.800,00	€ 4.832.860,85
TOTALE DISABILI		€ 337.000,00	€ 346.000,00	€ 0,00	€ 6.714.655,58	€ 30.000,00	€ 496.677,26	€ 10.800,00	€ 7.935.132,85

* sono stati considerati ancora SFA in ragione del regime transitorio fino a settembre 2009; dal 2010 si prenderà atto della trasformazione dei posti in CSE

** le quote a carico degli utenti entrano in vigore in relazione all'approvazione del regolamento per l'accesso alle strutture da giugno 2009

Tab. 7.14 - Spesa area minori per fonti di finanziamento, anno 2011

AREA MINORI - ANNO 2011		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	servizio tutela minori				€ 655.452,00				€ 655.452,00
	servizio affidi (M1)	€ 40.000,00						€ 80.000,00	€ 120.000,00
	spazio neutro	€ 80.000,00							€ 80.000,00
	sostegno educativo integrato		€ 100.000,00		€ 598.842,00				€ 698.842,00
	sostegno famiglie numerose (M1)			€ 69.000,00					€ 69.000,00
	progetti ex obiettivi L 285 prima infanzia(M1)	€ 170.000,00							€ 170.000,00
	progetti ex obiettivi L 40 immigrazione (M5)	€ 60.000,00							€ 60.000,00
	progetti ex obiettivi L 45 adolescenti prevenzione (M4)	€ 95.000,00							€ 95.000,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	minori in affido		€ 80.000,00						€ 80.000,00
	comunità alloggio		€ 396.000,00		€ 1.134.000,00				€ 1.530.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 445.000,00	€ 576.000,00	€ 69.000,00	€ 2.388.294,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 80.000,00	€ 3.558.294,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	asili nido (M2)		€ 405.000,00		€ 3.300.148,80		€ 2.039.392,08		€ 5.744.540,88
	nidi famiglia (M2)								€ 0,00
	centri ricreativi				€ 544.961,52		€ 387.653,04		€ 932.614,56
	centri aggregazione giovanile				€ 494.398,08				€ 494.398,08
	altri interventi				€ 142.701,26				€ 142.701,26
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 405.000,00	€ 0,00	€ 4.482.209,66	€ 0,00	€ 2.427.045,12	€ 0,00	€ 7.314.254,78
TOTALE MINORI		€ 445.000,00	€ 981.000,00	€ 69.000,00	€ 6.870.503,66	€ 0,00	€ 2.427.045,12	€ 80.000,00	€ 10.872.548,78

Tab. 7.15 - Spesa area inclusione sociale per fonti di finanziamento, anno 2011

AREA INCLUSIONE - ANNO 2011		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	sportello stranieri (M3)	€ 90.000,00							€ 90.000,00
	interventi housing di emergenza (I4)	€ 30.000,00							€ 30.000,00
	interventi coesione sociale								€ 0,00
	progetti ex obiettivi L. 328 art. 28 estreme povertà	€ 40.000,00							€ 40.000,00
	rete housing sociale	€ 10.000,00							€ 10.000,00
INTERVENTI RESIDENZIALI	sostegno interventi nomadi/tratta	€ 10.000,00							€ 10.000,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 180.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 180.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	contributi economici				€ 1.877.589,07				€ 1.877.589,07
	residenzialità leggera psichiatria (I1)	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	fondo sostegno affitti			€ 1.240.156,80					€ 1.240.156,80
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 10.000,00	€ 0,00	€ 1.240.156,80	€ 1.877.589,07	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.127.745,87
TOTALE INCLUSIONE		€ 190.000,00	€ 0,00	€ 1.240.156,80	€ 1.877.589,07	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 3.307.745,87

Tab. 7.16 - Spesa area sistema per fonti di finanziamento, anno 2011

AREA SISTEMA - ANNO 2011		FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
GESTIONE ASSOCIATA									
	ufficio di piano	€ 105.000,00							€ 105.000,00
	osservatorio fragilità sociali	€ 30.000,00							€ 30.000,00
	sostegno formativo volontariato	€ 10.000,00							€ 10.000,00
	segretariato sociale				€ 35.000,00				€ 35.000,00
	altri interventi (supporto Sercop)								€ 0,00
TOTALE GESTIONE ASSOCIATA		€ 145.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 35.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 180.000,00
GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME									
INTERVENTI TERRITORIALI O DOMICILIARI	segretariato sociale e servizi di supporto				€ 562.939,63				€ 562.939,63
	servizio sociale professionale				€ 1.256.220,58				€ 1.256.220,58
TOTALE GESTIONE COMUNALE O ALTRE FORME		€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.819.160,21	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.819.160,21
TOTALE SISTEMA		€ 145.000,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.854.160,21	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.999.160,21

Tab. 7.17 - Riepilogo spesa totale per aree, Triennale

RIEPILOGO SPESA TOTALE PER AREE			
AREE	2009	2010	2011
ANZIANI			
totale gestione associata	€ 922.964	€ 972.740	€ 977.575
totale gestione comunale o altre forme	€ 3.037.644	€ 3.096.597	€ 3.156.729
TOTALE ANZIANI	€ 3.960.608	€ 4.069.337	€ 4.134.304
DISABILI			
totale gestione associata	€ 2.713.000	€ 3.048.600	€ 3.102.272
totale gestione comunale o altre forme	€ 4.786.120	€ 4.750.922	€ 4.832.861
TOTALE DISABILI	€ 7.499.120	€ 7.799.522	€ 7.935.133
MINORI			
totale gestione associata	€ 3.885.114	€ 3.884.700	€ 3.954.294
totale gestione comunale o altre forme	€ 7.045.960	€ 7.178.779	€ 7.314.255
TOTALE MINORI	€ 10.931.074	€ 11.063.479	€ 11.268.549
INCLUSIONE			
totale gestione associata	€ 186.000	€ 170.000	€ 180.000
totale gestione comunale o altre forme	€ 3.006.680	€ 3.066.614	€ 3.127.746
TOTALE INCLUSIONE	€ 3.192.680	€ 3.236.614	€ 3.307.746
SISTEMA			
totale gestione associata	€ 168.000	€ 179.000	€ 180.000
totale gestione comunale o altre forme	€ 1.748.520	€ 1.783.490	€ 1.819.160
TOTALE SISTEMA	€ 1.916.520	€ 1.962.490	€ 1.999.160
TOTALE GENERALE	€ 27.500.002	€ 28.131.442	€ 28.644.891

Tab. 7.18 - Riepilogo azioni finanziate con Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS), Triennale

AREA	AZIONE	FNPS 2009	FNPS 2010	FNPS 2011
ANZIANI	sportello assistenza alla famiglia (badanti)	€ 5.000,00	€ 35.000,00	€ 45.000,00
	voucher (A2)	€ 175.000,00	€ 217.000,00	€ 217.000,00
	assegno di cura (A2)	€ 0,00	€ 3.036,00	€ 3.036,00
	TOTALE	€ 180.000,00	€ 255.036,00	€ 265.036,00
DISABILI	sostegno autonomia famiglie (D5)	€ 0,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
	servizio orientamento e progettazione (D6)	€ 15.000,00	€ 32.000,00	€ 32.000,00
	progetti individualizzati (L 162)	€ 160.000,00	€ 130.000,00	€ 130.000,00
	assegno cura	€ 115.000,00	€ 115.000,00	€ 115.000,00
	voucher	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00
	TOTALE	€ 340.000,00	€ 337.000,00	€ 337.000,00
MINORI	servizio tutela minori	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
	servizio affidi (M1)	€ 10.000,00	€ 40.000,00	€ 40.000,00
	spazio neutro	€ 80.000,00	€ 80.000,00	€ 80.000,00
	progetti ex obiettivi L 285 prima infanzia (M1)	€ 210.000,00	€ 170.000,00	€ 170.000,00
	progetti ex obiettivi L 40 immigrazione (M5)	€ 60.000,00	€ 60.000,00	€ 60.000,00
	progetti ex obiettivi L 45 adolescenti prevenzione (M4)	€ 95.000,00	€ 95.000,00	€ 95.000,00
	comunità alloggio	€ 89.974,00	€ 0,00	€ 0,00
	TOTALE	€ 544.974,00	€ 445.000,00	€ 445.000,00
INCLUSIONE	sportello stranieri (I3)	€ 30.000,00	€ 80.000,00	€ 90.000,00
	interventi housing di emergenza (I4)	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00
	progetti ex obiettivi L. 328 art. 28 estreme povertà	€ 40.000,00	€ 40.000,00	€ 40.000,00
	rete housing sociale	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
	residenzialità leggera psichiatria (I1)	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
	sostegno interventi nomadi - tratta	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
	TOTALE	€ 130.000,00	€ 180.000,00	€ 190.000,00
SISTEMA	ufficio di piano	€ 105.000,00	€ 105.000,00	€ 105.000,00
	osservatorio fragilità sociali	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00
	sostegno formativo volontariato	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
	TOTALE	€ 135.000,00	€ 145.000,00	€ 145.000,00
TOTALE		€ 1.329.974,00	€ 1.362.036,00	€ 1.382.036,00

FNPS ASSEGNATO 2009	€ 1.329.974,00
totale a pareggio	€ 0,00

Tab. 7.19 - Riepilogo allocazione del Fondo Sociale Regionale (FSR), Triennale

AREA	SERVIZIO	FSR 2009	FSR 2010	FSR 2011
ANZIANI	servizio assistenza domiciliare	€ 202.000,00	€ 202.000,00	€ 202.000,00
	TOTALE	€ 202.000,00	€ 202.000,00	€ 202.000,00
DISABILI	nucleo inserimenti lavorativi	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00
	servizio assistenza domiciliare	€ 72.000,00	€ 72.000,00	€ 72.000,00
	servizio formazione all'autonomia	€ 122.000,00	€ 0,00	€ 0,00
	comunità alloggio	€ 54.000,00	€ 54.000,00	€ 54.000,00
	centro socio educativo	€ 0,00	€ 120.000,00	€ 120.000,00
	TOTALE	€ 348.000,00	€ 346.000,00	€ 346.000,00
MINORI	sostegno educativo integrato	€ 100.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00
	minori in affido	€ 60.000,00	€ 80.000,00	€ 80.000,00
	comunità minori	€ 326.140,00	€ 396.000,00	€ 396.000,00
	asili nido	€ 405.000,00	€ 405.000,00	€ 405.000,00
	TOTALE	€ 891.140,00	€ 981.000,00	€ 981.000,00
TOTALE FSR		€ 1.441.140,00	€ 1.529.000,00	€ 1.529.000,00

FSR ASSEGNATO 2009	€ 1.441.140,00
totale a pareggio 2009	€ 0,00

Tab. 7.20 - Riepilogo azioni finanziate con Fondo per la Non Autosufficienza, Triennale

AREA	SERVIZIO	FNA 2009	FNA 2010	FNA 2011
ANZIANI	sportello assistenza alla famiglia (badanti)	€ 18.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
	assegno di cura (A2)	€ 220.964,00	€ 241.964,00	€ 241.964,00
	voucher	€ 25.000,00	€ 0,00	€ 0,00
	assegno regolarizzazione badante (A2)	€ 80.000,00	€ 92.000,00	€ 92.000,00
	TOTALE	€ 343.964,00	€ 343.964,00	€ 343.964,00
DISABILI				
	TOTALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
MINORI				
	TOTALE	€ 0,00	€ 0,00	€ 0,00
TOTALE FNA		€ 343.964,00	€ 343.964,00	€ 343.964,00
FNA ASSEGNATO 2009		€ 343.964,00		

Tab. 7.21 - Riepilogo interventi in gestione associata (sercop), Triennale

AREA	2009	2010	2011
AREA ANZIANI			
Servizio assistenza domiciliare (A2)	€ 349.000,00	€ 353.740,00	€ 358.574,80
sportello assistenza alla famiglia (badanti)	€ 63.000,00	€ 55.000,00	€ 55.000,00
voucher (A2)	€ 200.000,00	€ 217.000,00	€ 217.000,00
assegno di cura (A2)	€ 220.964,00	€ 245.000,00	€ 245.000,00
assegno regolarizzazione badante (A2)	€ 90.000,00	€ 102.000,00	€ 102.000,00
AREA DISABILI			
Trasporto	€ 1.855.000,00	€ 2.137.600,00	€ 2.180.352,00
nucleo inserimenti lavorativi	€ 325.000,00	€ 325.000,00	€ 328.900,00
servizio assistenza domiciliare	€ 353.000,00	€ 379.000,00	€ 386.020,00
assegno di cura	€ 115.000,00	€ 115.000,00	€ 115.000,00
voucher	€ 50.000,00	€ 50.000,00	€ 50.000,00
sostegno autonomia famiglie (D5)	€ 0,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
servizio orientamento e progettazione (D6)	€ 15.000,00	€ 32.000,00	€ 32.000,00
AREA MINORI			
servizio tutela minori	€ 630.000,00	€ 642.600,00	€ 655.452,00
servizio affidi (M1)	€ 105.000,00	€ 105.000,00	€ 120.000,00
spazio neutro	€ 80.000,00	€ 80.000,00	€ 80.000,00
sostegno educativo integrato	€ 800.000,00	€ 907.100,00	€ 918.842,00
sostegno famiglie numerose (M1)	€ 69.000,00	€ 69.000,00	€ 69.000,00
progetti ex obiettivi L 285 prima infanzia (M1)	€ 210.000,00	€ 170.000,00	€ 170.000,00
progetti ex obiettivi L 40 immigrazione (M5)	€ 60.000,00	€ 60.000,00	€ 60.000,00
progetti ex obiettivi L 45 adolescenti prevenzione (M4)	€ 95.000,00	€ 95.000,00	€ 95.000,00
minori in affido	€ 60.000,00	€ 80.000,00	€ 80.000,00
comunità alloggio	€ 1.996.114,00	€ 1.896.000,00	€ 1.926.000,00
AREA INCLUSIONE			
sportello stranieri (M3)	€ 70.000,00	€ 80.000,00	€ 90.000,00
interventi housing di emergenza (I4)	€ 30.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00

interventi coesione sociale	€ 26.000,00	€ 0,00	€ 0,00
progetti ex obiettivi L. 328 art. 28 estreme povertà	€ 40.000,00	€ 40.000,00	€ 40.000,00
rete housing sociale	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
sostegno interventi nomadi/tratta	€ 10.000,00	€ 10.000,00	€ 10.000,00
AREA SISTEMA			
ufficio di piano	€ 105.000,00	€ 105.000,00	€ 105.000,00
osservatorio fragilità sociali	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 30.000,00
sostegno formativo volontariato	€ 10.000,00	€ 0,00	€ 10.000,00
segretariato sociale	€ 33.000,00	€ 34.000,00	€ 35.000,00
TOTALE	€ 8.095.078,00	€ 8.465.040,00	€ 8.614.140,80

Tab. 7.22 - Riepilogo spesa sociale per fonti di finanziamento, anno 2009

AREE	FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI	FONDO SOCIALE REGIONALE	ALTRI FONDI DA TRASFERIMENTI REGIONALI	COMUNI	PROVINCIA	UTENZA	ALTRE ENTRATE	TOTALE
ANZIANI	€ 180.000,00	€ 202.000,00	€ 343.964,00	€ 2.228.338,40	€ 30.000,00	€ 956.305,60	€ 20.000,00	€ 3.960.608,00
DISABILI	€ 340.000,00	€ 348.000,00	€ 0,00	€ 6.331.560,00	€ 30.000,00	€ 411.760,00	€ 37.800,00	€ 7.499.120,00
MINORI	€ 544.974,00	€ 891.140,00	€ 69.000,00	€ 6.802.046,00	€ 30.000,00	€ 2.332.800,00	€ 65.000,00	€ 10.734.960,00
INCLUSIONE	€ 130.000,00	€ 0,00	€ 1.192.000,00	€ 1.804.680,00	€ 40.000,00	€ 0,00	€ 26.000,00	€ 3.192.680,00
SISTEMA	€ 135.000,00	€ 0,00	-	€ 1.781.520,00	-	€ 0,00	€ 0,00	€ 1.916.520,00
TOTALE	€ 1.329.974,00	€ 1.441.140,00	€ 1.604.964,00	€ 18.948.144,40	€ 130.000,00	€ 3.700.865,60	€ 148.800,00	€ 27.303.888,00

7.2 LA PROGRAMMAZIONE DELLO SVILUPPO DEI SERVIZI

La tabella di seguito riportata evidenzia invece la programmazione delle unità di offerta e dei volumi dei servizi, partendo dai livelli di fine 2008 e ipotizzando gli sviluppi del triennio; è la parte cruciale della programmazione zonale per il prossimo triennio.

Si tenga presente che la tabella fa riferimento ad unità di offerta e posti (o ore quando più significativo) per i servizi residenziali, mentre per le altre tipologie non sono elencate le unità di offerta.

La colonna di maggiore significato in relazione alla programmazione risulta essere invece quella del criterio di calcolo; tale criteri vengono volutamente specificati nel dettaglio perché possono essere di natura sostanzialmente differente e sono:

- Sviluppo di posti ed unità di offerta perché già programmati o in corso di programmazione da parte dei diversi enti gestori degli interventi; lo stesso dicasi in relazione ad una eventuale, per quanto improbabile, contrazione degli stessi.
- Ipotesi di sviluppo programmabile di posti, quale indicazione “teorica” del programmatore in relazione a determinati indici di bisogno o eccesso di domanda (viene specificato), che non trovano necessariamente un immediato sviluppo, sia economico che eventualmente di strutture, ma che rimangono una indicazione in termini di risposta a bisogni evidenziati nel Piano.

L’evidenza e la programmazione di tale sviluppo è una parte essenziale del processo di accreditamento che, congiuntamente alla definizione dei criteri di qualità per accedere al sistema (vedi cap. 4.5), deve procedere alla determinazione numerica dei volumi di servizio accreditabili tenendo conto di due tensori: bisogno e richiesta dell’intervento da un lato e sostenibilità economica dall’altro.

In ogni caso nella colonna “criteri di calcolo” viene dettagliatamente precisato quale principio è stato utilizzato per programmare lo sviluppo triennale.

anno 2008			sviluppo programmato nel triennio	criterio di calcolo	fonti di finanziamento
AREA ANZIANI					
servizio assistenza domiciliare	ore	38.080	-		
voucher SAD	ore	10.080	2.000	dati relativi all'incremento della popolazione dei grandi anziani	Fondo Nazionale Politiche Sociali
assegno di cura	utenti effettivi	110	-		
assegno regolarizzazione badante	utenti	-	45	intervento attivato da aprile 09. non esistono evidenze particolari relative al bisogno; si fa riferimento alla sostenibilità, ovvero alla disponibilità di bilancio	DGR 8243/08 e Fondo Nazionale Politiche Sociali

AREA DISABILI					
trasporto	utenti effettivi	290	40	in base al potenziale bisogno	Comuni, utenti
servizio assistenza domiciliare (SAD)	ore	9.520			
assegno di cura	utenti effettivi	45	-		
voucher SAD	ore	3.360	1.000	sulla base della domanda potenziale, derivante in particolare da interventi scolastici	Fondo Nazionale Politiche Sociali
Servizio Formazione all'Autonomia	posti autorizzati	98	-	Si mantiene il valore dei posti “autorizzati” in relazione alla fase di riorganizzazione avviata con l’emanazione dei nuovi requisiti di funzionamento; anche se l’attuale copertura effettiva di posti (6) fa pensare ad una drastica riduzione del volume di servizio degli SFA. Si procederà ad un aggiornamento nel 2010.	
Centro Socio Educativo	posti autorizzati	120	15	sulla base dell'attuale copertura dei posti e della domanda potenziale misurata anche rispetto all’uscita dalle scuole e alla numerosità della classe V Sidi degli utenti in carico ai CDD	Comuni e Fondo Sociale Regionale
progetti individualizzati (L. 162)	utenti effettivi	110	-		
comunità alloggio	posti autorizzati	32	15	7 posti in programmati in relazione alla prossima apertura della comunità sperimentale Casa Futura (Rho) per la promozione di percorsi di autonomia abitativa	Comuni e Fondo Sociale Regionale
alloggi per l’autonomia	posti	-	40	di cui 32 sulla base di ipotesi di realizzazione di interventi in sviluppo già programmati per il triennio da parte dei Comuni	Comuni
AREA MINORI					
sostegno educativo integrato	ore	38.500	5.000	sulla base della necessità di sviluppo della funzione di prevenzione primaria del disagio e della domanda potenziale, derivante in particolare da interventi scolastici	Comuni e Fondo Sociale Regionale
sostegno famiglie numerose	utenti	50	-		

asili nido	posti autorizzati	1.071	190	il criterio utilizzato fa riferimento alla domanda potenziale misurata in base alle liste d'attesa dei nidi pubblici. La presente previsione si propone quindi l'obiettivo della soddisfazione della domanda come orizzonte programmatico di lungo periodo, indipendentemente dalle effettive possibilità e sostenibilità di potenziamento dei posti nido fino allo sviluppo indicato*	Comuni, Fondo Sociale Regionale, utenti
nidi famiglia	posti	40	30	il criterio utilizzato fa riferimento alla domanda potenziale misurata in base alle liste d'attesa dei nidi pubblici. La presente previsione si propone quindi l'obiettivo della soddisfazione della domanda come orizzonte programmatico di lungo periodo, indipendentemente dalle effettive possibilità e sostenibilità di potenziamento dei posti nido fino allo sviluppo indicato	utenti

* gli asili nido sono indubbiamente una delle reti di servizi maggiormente interessate dal percorso programmatico: attualmente la popolazione in età rhodense (popolazione target) è pari a 5.310 unità; l'indice di copertura di fabbisogno dei nidi con i posti attualmente esistenti nel sistema è pari al 20,7%; un dato più che soddisfacente se paragonato alle medie nazionali (11%), regionali (15%) e provinciali (17%) e con l'obiettivo nazionale entro il 2010 pari a 16,8%. Tuttavia in base ad un criterio di parziale soddisfazione della domanda espressa (assunta come funzione obiettivo) si definisce uno spazio di sviluppo pari a ulteriori 190 posti che porterebbero il tasso di soddisfazione della domanda dall'attuale valore ad una percentuale pari al 24,2%. Questa risulta evidentemente un'indicazione "a tendere" per il triennio, che dovrà trovare una connessione forte con l'emanando "piano nidi" della Regione Lombardia che costituirà in ogni caso una fonte di finanziamento in questa direzione (bisognerà vedere se in conto capitale o per spesa corrente).

In pratica la tabella rappresenta, pur con un criterio di assoluta prudenza quei servizi per i quali di fatto esiste uno spazio programmatico di sviluppo dei servizi, che nel triennio, potrebbero essere potenziati con un sicuro riscontro di domanda da parte dell'utenza. Non stabilisce un vincolo assoluto ma una direzione di sviluppo potenziale: rappresenta quindi la chiave di volta del processo programmatico e la sua reale essenza. Inoltre non postula una gestione o finanziamento interamente pubblico dei potenziali sviluppi ma indica uno spazio di bisogno che può essere coperto da qualsiasi operatore. Il sistema di accreditamento (cap. 4.5) costituisce lo strumento con cui dare attuazione agli indirizzi qui contenuti e contestualmente stabilire i "volumi remunerabili" rispetto alle diverse unità di offerta.

La lettura ragionata della tabella precedente fornisce degli elementi di indubbio interesse e nello stesso tempo di criticità, soprattutto in relazione alle risorse ed alle fonti di finanziamento attivabili per gli sviluppi; riteniamo quindi che sia necessario porre qualche riflessione di carattere generale. Abbiamo visto che le ipotesi di sviluppo sono da porsi in relazione a criteri di calcolo non necessariamente omogenei ma di massima, riferibili ad indicatori centrati sulla popolazione target – quando questa è in qualche modo identificabile –.

L'esito che ne deriva indica una necessità di sviluppo di una serie di interventi, che in grande maggioranza trovano il loro naturale (e storico, in relazione alle risorse sin qui attribuite) finanziamento attingendo dalle risorse dei Comuni e dal Fondo Sociale Regionale. È curioso che le risorse dei Comuni debbano rappresentare sostanzialmente l'unica fonte di finanziamento possibile per lo sviluppo dei servizi di base che rispondano ai bisogni dell'ambito. Lungi dal rappresentare una rigida definizione di impegno a carico dei Comuni stessi, va rilevato che l'impiego ormai assolutamente rigido (in quanto centrato su volumi consolidati di buoni, voucher e servizi stabili) delle risorse del Fondo Nazionale non ne consente un utilizzo dinamico quali risorse aggiuntive per rispondere alle necessità di sviluppo dei servizi esistenti. È un dato di criticità interno alla struttura del Piano del Rhodense – probabilmente anche di altri Piani – che deve indurre riflessioni (e il Piano Sociale di Zona ne è la sede appropriata) sulla sostenibilità di medio periodo dello sviluppo di un sistema di servizi.

Si tenga conto, in aggiunta, che la programmazione dei volumi viene effettuata solo sui servizi storici di una certa stabilità, oppure sui nuovi interventi per i quali è prevedibile una sicura risposta ad un bisogno forte (si pensi all'assegno per la stabilizzazione del lavoro delle badanti), escludendo quindi ogni ragionamento sui progetti e gli interventi territoriali più "leggeri". Ciò significa che non si sta ragionando su sviluppi di nicchia o di microsperimentazioni costose e di straordinaria qualità, ma sul nocciolo duro, sul cuore del sistema locale di risposta ai bisogni.

Il terzo Piano di Zona, sviluppando progressivamente una reale funzione di "programmazione incrementale" solo accennata nelle precedenti triennali, deve anche porsi l'obiettivo di individuare potenziali aree di criticità che potrebbero nel medio periodo minare la sostenibilità del sistema, già strutturalmente in crisi in relazione alla progressiva contrazione delle risorse a disposizione degli enti locali.

Le presenti considerazioni non intendono ovviamente costituire un limite a qualsiasi sviluppo, bensì il primo avvio di una seria riflessione programmatica sull'utilizzo delle diverse fonti di finanziamento che alimentano il sistema dell'ambito, verso una progressiva ridefinizione degli obiettivi che consenta la sostenibilità di medio periodo del sistema e quindi la possibilità di dare risposta a bisogni forti dei cittadini.

8. LA VALUTAZIONE

Il presente capitolo vuol tracciare soltanto alcuni indirizzi su un disegno valutativo dimensionato ad un Piano Sociale di Zona complesso per struttura, processi e modalità realizzative.

Una dimensione valutativa non “tradizionale”, che dovrà necessariamente considerare due fattori: l’esiguità del budget a disposizione e la possibilità di “valorizzare” diverse altre dimensioni di verifica e valutazione specifica, già presenti nel Piano Sociale di Zona; una “rete” valutativa capace di rappresentare la complessità e generare un patrimonio di conoscenze su quanto è stato realizzato, sulla qualità di ciò che è stato realizzato e su ciò che abbiamo consegnato al territorio.

In tal senso, prima di entrare nel merito dell’ipotesi valutativa, individuiamo quali sono le funzionalità immediate:

- Misurare le realizzazioni in termini di ciò che è arrivato al nostro utente finale e se quanto sia arrivato corrisponde alle aspettative.
- Affidare il patrimonio valutato ai Tavoli di Indirizzo e Programmazione, affinché tale patrimonio possa essere utile alla riprogettazione.
- Restituire agli stakeholder, agli utenti e in generale al territorio i risultati del lavoro svolto.

In questo tracciato, i diversi aspetti di utilità che l’investimento sulla valutazione può produrre devono coincidere necessariamente con la capacità di reinvestimento dei risultati sullo stesso sistema di servizi.

Nello scorso triennio, pur non avendo attuato completamente il piano di valutazione ipotizzato, alcune esperienze di carattere valutativo e di verifica d’andamento dei progetti hanno contribuito, pur settorialmente, a restituire alcuni interessanti dati sullo stato di attuazione del Piano Sociale di Zona.

La valutazione è stata realizzata sull’area dei progetti di settore, in particolare su quelli di ambito (Senza Frontiere e Unità Operativa di Prevenzione) che, autoriducendo del 2% i singoli budget destinati a bilancio, hanno creato un fondo annuale utilizzato per commissionare a soggetti specializzati percorsi valutativi specifici.

Diversa struttura è quella invece adottata da alcuni servizi, fondata sulle verifiche e sui monitoraggi che producono periodicamente report di risultato quantitativo, che comunque possono contribuire alla conoscenza degli scenari sui quali progettiamo e di coloro per cui realizziamo interventi.

Cosa possiamo raccogliere da quanto realizzato in termini metodologici nel triennio passato, al fine di predisporre un piano valutativo futuro sostenibile e realizzabile?

La valutazione sui progetti si è differenziata, mantenendo però un analogo approccio sul metodo valutativo:

Sul progetto “Unità Operativa di Prevenzione” (legge 45/99) si è proceduto secondo una valutazione di processo – rispetto all’efficacia dei processi decisionali in relazione alla capacità di produzione di interventi – e di risultato – su alcune tipologie di intervento che rispondono ad una particolare complessità operativa.

La valutazione sul **progetto “Senza Frontiere”** (L 40/98) si è focalizzata sull’efficacia della rete operativa e sulla capacità, in relazione ad ognuno dei soggetti coinvolti nel progetto, di produrre azioni coerenti con quanto programmato in sede di progettazione.

Per i due servizi del Piano Sociale di Zona “Migramondo” e “Cordata Doppia”, più che una valutazione organica della loro efficacia, del metodo e del merito degli interventi, della corrispondenza tra il mandato e quanto si è riusciti a produrre, si sono operate verifiche strutturate, che consegnano dati e informazioni assolutamente utili ai fini della comprensione dell’entità della risposta rispetto alla domanda, ma non necessariamente analizzano l’utilità di quella risposta rispetto all’utente finale. È possibile cioè monitorare un’entità che definiremmo “numerica/quantitativa”, che non indaga specificamente l’efficacia dei processi, quanto piuttosto le entità erogative riferite alla risposta effettiva al bisogno territoriale e soggettivo dell’utente.

Da queste esperienze possiamo trarre:

1. La necessità di attivare una dimensione valutativa che ci permetta di indagare la coerenza tra quanto programmato (in termini di indirizzo e progettazione) e quanto tradotto in operatività:
 - coerenza tra il bisogno e la dimensione dell’indirizzo;
 - coerenza tra quanto programmato e quanto realizzato in termini di produzione/erogazione a favore del cittadino utente finale.
2. La necessità di rilevare l’efficacia delle misure programmate riferite a quanto percepito dall’utente.
3. La necessità di restituire al Piano Sociale di Zona conoscenze aggiuntive al fine della riprogrammazione e della riprogettazione.

È quindi metodologicamente corretto prevedere sin dall’inizio del percorso progettuale quale sistema valutativo si intende costruire, ciò per due motivi principali:

- poterne valutare il costo e includerlo quindi nella stessa stima complessiva del budget del Piano Sociale di Zona;
- costruire un sistema di indicatori che possano offrire sin dall’inizio dati e informazioni necessarie a monitorare il processo realizzativo ed i risultati ottenuti, a fronte degli obiettivi ipotizzati.

Si dovrà però tener conto, sin dal principio, che in assenza di un budget sufficiente non sarà possibile valutare l’intero Piano Sociale di Zona: la sua struttura organizzativa e l’efficacia del suo operato programmatico e operativo, il processo di governo e la governance, le azioni prodotte e i risultati ottenuti.

Dobbiamo quindi costruire un disegno valutativo che, da un lato, si rivolga prioritariamente ad alcune “aree sensibili” e/o strategiche – che hanno bisogno di una maggiore attenzione perché aree di sistema o nuclei operativi strategici per lo sviluppo futuro del Piano Sociale di Zona – dall’altro possa avvalersi dei percorsi di verifica attivi anche per altri progetti e servizi.

VALUTARE

L'ipotesi è quella di valutare lo start up e la chiusura del processo di realizzazione del Piano Sociale di Zona, interponendo un'articolata rete di verifiche per indicatori riferite a servizi, titoli sociali e progetti, con l'obiettivo di cogliere i significati che i diversi soggetti preposti alle funzioni di indirizzo, programmazione, progettazione e realizzazione attribuiscono alle loro decisioni e alle loro operatività; verificando anche quanto di quei significati ricade in termini oggettivi sui destinatari e quali significati i destinatari stessi attribuiscono ai servizi utilizzati.

La valutazione partirebbe proprio dai diversi significati e dall'attesa di un risultato che gli attori si aspettano. Una verifica statistica/quantitativa, ma anche un approccio valutativo sulle analogie, le differenze e le compatibilità, finalizzata alla comprensione di alcune dimensioni utili e necessarie alla riprogrammazione degli interventi. È fondamentale poter indagare quanto gli interventi stessi rispondano e soddisfino effettivamente i bisogni reali, quale discrepanza esiste tra ciò che rileviamo e ciò che viene percepito dal destinatario finale e, infine, se gli indirizzi progettuali rispondono a bisogni essenziali, marginali, o significativi perché VISIBILI.

Un secondo obiettivo è quello di collegare tutti i dati raccolti alla struttura di rendicontazione connessa al debito informativo regionale.

Facendo uno sforzo di declinazione, senza peraltro entrare nel merito di una struttura valutativa da costruire, articherebbero il percorso valutativo secondo le seguenti fasi:

- I. Scelta del soggetto valutatore. Costruzione della struttura valutativa e della rete di indicatori da assegnare alle azioni del Piano Sociale di Zona (processo partecipativo).
- II. Costruzione del nucleo di valutazione (valutatore, tecnico, amministratore).
- III. Assegnazione degli indicatori ad ognuna delle aree da valutare e ad ognuna delle azioni da verificare.
- IV. Raccolta dei risultati riferiti agli indicatori e tracciato della valutazione.
- V. Restituzione diffusa.

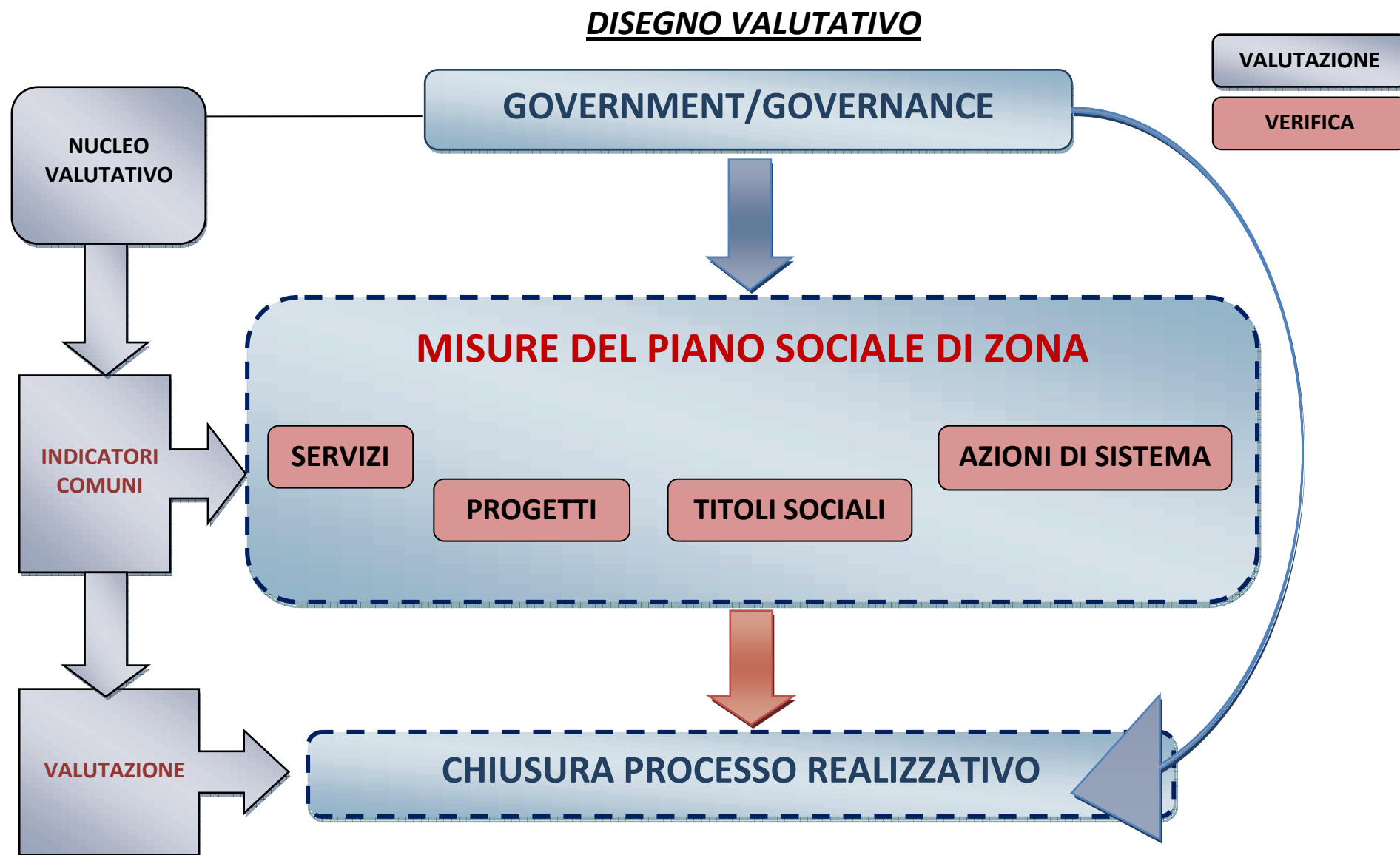
VERIFICARE

In linea generale va considerata la struttura delle verifiche di risultato come una realtà esistente, da rendere omogenea – mediante l'assegnazione di indicatori comuni – e diffusa a tutte le azioni del Piano Sociale di Zona attraverso un diretto coinvolgimento dei gestori stessi.

Le verifiche già presenti monitorano dati e valorizzano informazioni con una logica di autoassegnazione delle priorità da verificare. Con questo modello il nucleo di valutazione assegnerà gli indicatori attraverso un processo condiviso ma anche un diretto coinvolgimento dei due livelli (indirizzo e programmazione) del Piano Sociale di Zona, al fine di stabilire priorità su quanto si ritiene necessario verificare e restituire in termine di risultato.

Rispetto agli strumenti di verifica, per ora non si ritiene necessario dare indicazioni specifiche; si vuole però sottolineare l'opportunità di indagare lo stato di soddisfazione degli utenti di molti dei servizi erogati.

AREA VALUTAZIONE	MODALITÀ	SOGGETTI COINVOLTI
Governo e governance	Valutazione di sistema	Valutatore esterno in NUCLEO DI VALUTAZIONE
SERVIZI	Assegnazione di indicatori Verifica sugli indicatori	NUCLEO DI VALUTAZIONE Ufficio di Piano (assegnazione indicatori) Soggetti gestori Equipe
PROGETTI	Assegnazione di indicatori Verifica sugli indicatori	NUCLEO DI VALUTAZIONE Ufficio di Piano (assegnazione indicatori) Soggetti gestori Equipe
TITOLI SOCIALI	Assegnazione indicatori	NUCLEO DI VALUTAZIONE Ufficio di Piano
Piano Sociale di Zona	Raccolta materiale di verifica e valutazione	NUCLEO DI VALUTAZIONE



ALLEGATO 1: ELENCO DEGLI ASILO NIDO PRIVATI DEL RHODENSE

SEDE	TIPOLOGIA (NIDO, MICRONIDO, NIDO AZIENDALE)	DENOMINAZIONE ASILO NIDO	DENOMINAZIONE ENTE GESTORE	TIPOLOGIA ENTE GESTORE	INDIRIZZO	N. POSTI AUTORIZZATI
ARESE	MICRONIDO	CAMELOT PLAY SCHOOL			VIA MATTEOTTI 45	10
ARESE	MICRONIDO	MICRONIDO GEIS affiliato Happy Child	GEIS COOPERATIVA SOCIALE A.R.L.	COOPERATIVA SOCIALE	VIA MATTEOTTI 45	5
ARESE	NIDO AZIENDALE	ASILO NIDO INTERAZIENDALE " I gattini di Birba"	GEIS COOPERATIVA SOCIALE A.R.L.	COOPERATIVA SOCIALE	VIA S. ALLENDE 2/A	24
CORNAREDO	MICRONIDO	IL PIANETA DEI FOLLETTI	ASSOCIAZIONE DI SOLIDARIETA' FAMILIARE "INSIEME PER I NOSTRI BAMBINI"	ASSOCIAZIONE	VIA MAZZINI 36	10
LAINATE	ASILO NIDO	PICCOLA TRIBU'	PICCOLA TRIBU' SAS DI DANIELA FORMENTON & C.	SOGGETTO PROFIT	VIA TOSCANA 1	24
LAINATE	NIDO AZIENDALE E TRADIZIONALE	NIDO AZIENDALE E TRADIZIONALE HAPPY CHILD	COOP. EDITEMP affiliato Happy Child	COOPERATIVA SOCIALE	VIA EINAUDI 2	24
PERO	ASILO NIDO	LA CITTA' DELLA GIOIA	LA CITTA' DELLA GIOIA DI RENATA LEOBONO E C. SNC	SOGGETTO PROFIT	VIA SEMPIONE 32	40
RHO	ASILO NIDO	LA COMPAGNIA DEI BIRICHINI	Ditta Individuale SIG.RA ELISABETTA CECCHETTI	SOGGETTO PROFIT	VICOLO CARSANA 7/9	36
RHO	ASILO NIDO	IL DISEGNO	SIG. VAZZANO DANILO RAPPRESENTANTE DELL'ASSOCIAZIONE SOLIDARIETA' FAMILIARE IL DISEGNO	ASSOCIAZIONE	VIA MAZZO 7/9	20

RHO	ASILO NIDO	LUIGI BANFI	PARROCCHIA SAN MICHELE ARCANGELO	ENTE RELIGIOSO	VIA TEVERE 13	21
RHO	ASILO NIDO	MARCOVALDO	STRIPES COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	COOPERATIVA SOCIALE	VIA SAVIO 6	24
RHO	MICRONIDO	CASSIOPEA	Scuola Infanzia Dal Pozzo D'Annone Cuttica di Cassine		VIA N. SAURO 22 (FRAZ. MAZZO)	10
RHO	MICRONIDO	CUCCIOLANDA	CUCCIOLANDA SIG.RA CLAUDIA CALABRESE	SOGGETTO PROFIT	VIA VITORIO VENETO 13	10
RHO	MICRONIDO	MICRONIDO HAPPY CHILD	HAPPY CHILD SIG.RA SARA COZZI	SOGGETTO PROFIT	VIA TOGLIATTI 43 (FRAZ. MAZZO)	8
RHO	MICRONIDO	HAPPY CHILD TERRAZZANO	SIG.RA ESTELA BISOGNO RAPPRESENTANTE SOCIETA' GEIS COOPERATIVA SOCIALE A.R.L.	COOPERATIVA SOCIALE	VIA CESARE BATTISTI 17	10
RHO	ASILO NIDO	L'ARCOBALENO DEI BIMBI DI MARY POPPIE	Ditta Individuale di Maria Caggianese	SOGGETTO PROFIT	VIA C. FERRARI 41	21
SETTIMO MILANESE	MICRONIDO	L'ALBERO DEI SOGNI	L'ALBERO DEI SOGNI COOPERATIVA SOCIALE A.R.L.	COOPERATIVA SOCIALE	VIA AIRAGHI 21	10
SETTIMO MILANESE	MICRONIDO	MICRONIDO SAN GIUSEPPE	SCUOLA MATERNA SAN GIUSEPPE	ENTE RELIGIOSO	VIA DI VITTORIO	23
VANZAGO	NIDO	L'ANGOLO DELLE COCCOLE	L'ANGOLO DELLE COCCOLE DI GIOVANNINI CRISTINA & C. S.N.C.	SOGGETTO PROFIT	VIA DELLA FILANDA 4	19
VANZAGO	NIDO	LA COMPAGNIA DEI MONELLI	LA COMPAGNIA DEI MONELLI DI BESANA SILVIA & C. S.A.S.	SOGGETTO PROFIT	VIA FILZI 1	13
VANZAGO	NIDO	SPAZIO AI PICCOLI	SPAZIO AI PICCOLI SRL	SOGGETTO PROFIT	VIA VITTORIO EMANUELE II 6	18
VANZAGO	NIDO	SPAZIO AI PICCOLI	SPAZIO AI PICCOLI SRL	SOGGETTO PROFIT	VIA S. ISAIA 2	15
VANZAGO	NIDO	SPAZIO AI PICCOLI	SPAZIO AI PICCOLI SRL	SOGGETTO PROFIT	VIA GARIBALDI 1	19
TOTALE						414

ALLEGATO 2: L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE



L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA NELLA PROGRAMMAZIONE ZONALE

L'Azienda ASL al fine di rendere operativo il modello della rete dei servizi integrati ha individuato, a partire dalle aree indicate nel DPCS 2009 e dalle azioni avviate e in corso di realizzazione nei diversi territori dell'ASL, alcune priorità:

AREA DEI SERVIZI

1) ADI

Tale area assume una rilevanza strategica in quanto destinata a:

- supportare la persona “fragile” e la sua famiglia;
- evitare il ricorso “improprio” alla residenzialità;
- consolidare percorsi di inclusione sociale;
- evitare l'emarginazione della persona “fragile” e della sua famiglia;

sostenendo il centrale ruolo della famiglia nella “cura” della persona fragile e nell'evitare il “peggioramento” delle condizioni cliniche che spesso costituisce una causa di ricoveri ospedalieri “inappropriati”.

L'ADI come bisogno complesso viene erogata in ambito distrettuale e deve essere programmata ed organizzata come progetto unitario, coinvolgendo i due diversi referenti istituzionali degli interventi sanitari e sociali, l'Azienda e il Comune.

In linea generale nel corso del biennio 2009-2011 l'ASL in collaborazione con gli Uffici di Piano intende sostenere e migliorare il processo di presa in carico integrata delle persone in situazione di bisogno, attraverso la definizione di un protocollo operativo

Il sistema per gli interventi ed i servizi domiciliari si sono ispirati, negli anni, al modello delle domiciliarizzazione delle prestazioni, (intendendo per domicilio il normale ambiente di vita della persona, sia essa la propria abitazione, sia una struttura comunitaria, casa di riposo o casa protetta a residenzialità permanente) e si presentano, sempre più spesso, con una forte valenza integrativa delle prestazioni, per la natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge. Si connota, altresì, per l'unitarietà d'intervento basato sul concorso progettuale di apporti professionali, sanitari e di protezione sociale organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato, e per questo motivo, non può essere lasciato ai singoli accordi locali e alla disponibilità degli operatori.

La continuità assistenziale che il sistema garantisce si basa sulla condivisione degli obiettivi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Un Sistema Integrato per i Servizi e gli Interventi Domiciliari, così inteso, come componente organizzativa del più ampio sistema di welfare locale, comprenderà diversi tipi di assistenza a domicilio che si distinguono per la maggiore o minore intensità assistenziale, per il numero e la competenza professionale specifica degli operatori e per il livello operativo territoriale e integrato coinvolto, al fine di sviluppare una reale integrazione

Un sistema integrato per i Servizi e gli interventi domiciliari è finalizzato a creare le condizioni per responsabilizzare i cittadini e renderli il più possibile autonomi e garantire la permanenza dei soggetti nel proprio domicilio o contesto socio – familiare

- Evitando ogni forma di emarginazione,
- Evitando i ricoveri impropri in istituto o in ospedale, se non strettamente necessari;
- Anticipando le dimissioni ospedaliere e le deistituzionalizzazioni

Nell'ambito del percorso di standardizzazione delle procedure di assistenza domiciliare si intende sostenere e sviluppare una modalità di presa in carico della persona, in particolare la persona non autosufficiente, attraverso un piano individualizzato di assistenza, sviluppando modalità di valutazione del bisogno di prestazioni sociosanitarie e socio-assistenziali.

INTERVENTI/AZIONI	Definizione di un percorso di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso programmi personalizzati, flessibili, con percorsi integrati tra assistenza a domicilio, centri diurni assistiti /ricovero di sollievo ed il supporto/integrazione al ruolo della famiglia nel lavoro di cura e di assistenza. Gli elementi: • <u>Adeguate sistema di accesso, valutazione e presa in carico e di accompagnamento</u> • <u>Interventi di sostegno al domicilio</u> • <i>Assegno di cura</i> • Assistenza domiciliare
-------------------	--

	• <i>Programma di emersione, regolarizzazione e qualificazione del lavoro delle assistenti familiari.</i> • <i>Offerta di opportunità residenziali per ricoveri temporanei e di sollievo</i> • <u>Strutture residenziali</u> • <u>Centri diurni</u> Definizione della gamma degli interventi che consentono il mantenimento a domicilio e da prevedere nel PAI (teleassistenza/telesorveglianza; ass. domic; acc. sollievo; pasto; trasporto; attività di gruppo, assistenti familiari, interventi di adattamento domestico) Definizione delle modalità di presa in carico integrata attraverso la sperimentazione mirata di specifici strumenti quali: <i>programma unico integrato, unico responsabile operativo del PAI; unica cartella socio-sanitaria</i>
MODALITÀ DI ATTUAZIONE	• dovrà essere costituita una commissione composta da rappresentanti dell'ASL, dell' U.d.P. e del Terzo settore, con il compito di operare sulla produzione di procedure di PIC in unità di offerta; - dovranno essere individuate le unità d'offerta che si intende coinvolgere attraverso una rilevazione delle principali tipologie di prestazioni fin'ora ad ora erogate ivi compresi l'erogazione di contributi per adattamento domestico e/0 tecnologico effettuato nell'ambito della legge 23 - mappatura dei soggetti a rischio di isolamento e solitudine in base alla specificità territoriale - mappatura e messa in rete di tutti i soggetti che nel territorio svolgono iniziative e si rendono disponibili ad aderire ad una logica di rete - Elaborazione del PAI, i suoi contenuti e le modalità di condivisione di una scheda unica. - Sostegno all'associazionismo e al volontariato per promuovere: - o iniziative a carattere informativo ma anche di riflessione sui cambiamenti in atto e diversi bisogni degli anziani del futuro prossimo (es: maggiore presenza femminile, cambiamenti culturali e di stili di vita) - o sperimentazione del ruolo dei volontari care giver: interventi formativi
RISULTATI ATTESI	– Miglioramento della qualità delle prestazioni a sostegno della persona non autosufficiente e del proprio contesto di vita (familiare) – Elaborazione di strumenti operativi condivisi – Maggior flessibilità delle risorse e degli interventi in funzione del bisogno/benessere della persona non autosufficiente – Elaborazione e approvazione di scheda unica informatizzata comprensiva di PAI integrato

	– Stabilizzazione di un sistema integrato e coordinato di intervento – Sostegno alle reti di solidarietà
--	---

Nello specifico, l'ASL di intesa con gli Uffici di Piano, svilupperà, altresì, modalità di potenziamento e qualificazione delle prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali delle persone non autosufficiente affetti da patologie neurologiche evolutive.

INTERVENTI/AZIONI	▪ Gli UdP definiscono gli intervento socio-assistenziali qualificanti l'assistenza dell'utenza target e delle modalità di erogazione dei titoli sociali, tenuto conto del piano delle prestazioni professionali di assistenza domiciliare in essere sul proprio territorio ▪ L'ASL definisce gli strumenti dell'assistenza socio-sanitaria come potenziamento/qualificazione degli interventi per favorire la permanenza al domicilio ▪ Gli UdP e l'ASL definiscono interventi innovativi a favore degli utenti non assistibili al domicilio per complesse comorbidità (es. ricoveri intermedi presso RSA)
MODALITÀ DI ATTUAZIONE	▪ Definizione della popolazione assistibile a partire dalle banche dati ASL e UdP nell'area neurologica evolutiva. ▪ Definizione delle regole di accesso al sistema integrato socio-sanitario e socio-assistenziale ▪ Definizione delle modalità integrate di gestione/presa in carico degli utenti (nell'ambito del su citato protocollo operativo per la definizione di un Sistema Integrato per i Servizi e gli Interventi Domiciliari) ▪ Monitoraggio dei risultati L'erogazione delle risorse finanziarie da parte dell'ASL avverrà secondo le modalità già praticate nel sistema ADI/Voucher attuato secondo le indicazioni regionali e declinato sulla base dell'esperienza sviluppata in ASL. Sono previsti diversi profili di diversa intensità assistenziale: - credit e voucher socio-sanitari per rispondere ai bisogni nell'area geriatria (prioritariamente assistenza infermieristica e assistenza riabilitativa con supporto assistenziale) - assistenza domiciliare di cure palliative per malati terminali che sarà oggetto di rimodulazione nel corso del 2009 in attuazione della dgr 7915 - nuovi profili assistenziali per pazienti affetti da SLA in attuazione della dgr 7915 - definizione/intensificazione di profili assistenziali rivolti a pazienti affetti da patologie neurologiche evolutive
RISULTATI ATTESI	▪ Modalità integrate fra ASL e UdP nella gestione delle richieste di intervento da parte di utenti fragili nell'area neurologica evolutiva ▪ Presa in carico integrata di pazienti fragili con patologie neurologiche evolutive ed erogazione di titoli socio-sanitari e

	socio-assistenziali ▪ Definizione di interventi innovativi a favore degli utenti target
--	--

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

2) PUNTI UNICI DI ACCESSO

Una progressiva organizzazione e attivazione di punti per l'accesso integrato sanitario e sociale è importante obiettivi nell'ambito del diritto alla salute dell'individuo, sia esso singolo e componenti di un nucleo familiare.

L'avvio di punti unici di accesso è finalizzato a fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici, rinviare i casi a maggior complessità verso le sedi e i servizi adeguati, aggiornamento della rete informativa dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio.

L'ASL di intesa con gli Uffici di Piano intende:

A) Sviluppare di una rete di punti unici attraverso i quali fornire informazioni all'utenza fragile in modo trasversale rispetto all'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.

B) Realizzare una anagrafica per agevolare la conoscenza quantitativa e qualitativa del fenomeno "utenza fragile".

INTERVENTI/AZIONI	Obiettivo A • Mappatura dei punti di accesso al pubblico esistenti sul territorio appartenenti alle Amministrazioni comunali (segretariato sociale), ai distretti dell'ASL (sportelli fragilità) al Terzo settore (sportelli informazioni). • Analisi delle competenze specifiche dei punti di accesso sopra indicati, delle materie trattate e delle richieste provenienti dall'utenza. • Individuazione delle competenze da assegnare ai "punti unici di accesso" e delle figure professionali necessarie. • Individuazione sul territorio di un minimo di due punti unici di accesso ove sperimentare sinergie tra i soggetti coinvolti (sportello fragilità/segretariato sociale/sportelli informazioni). • Realizzazione e sperimentazione di strumenti informatici a disposizione degli operatori per la raccolta dati (es. schede individuali) e per evadere le richieste (es. attraverso la rete). • Verifica della sperimentazione rispetto alle esigenze dell'utenza, alla qualità percepita, al coinvolgimento dei soggetti, di seguito, eventuali azioni correttive ed estensione del progetto sul territorio. • Predisposizione di un piano di formazione rivolto al personale dei punti unici di accesso ed avvio delle iniziative di formazione. • Creazione di una sezione "dedicata" sul sito aziendale rivolto all'utenza fragile con possibilità di interagire per richiedere e ricevere informazioni.
	Obiettivo B

	• Mappatura delle banche dati esistenti tra i soggetti coinvolti. • Individuazione dei dati e delle informazioni utili al perseguimento dell'obiettivo. • Costruzione dello strumento informatico atto a contenere i dati e rappresentare l'anagrafica dell'utenza fragile.
MODALITÀ DI ATTUAZIONE	Un gruppo di lavoro composto da un rappresentante per ufficio di piano, un rappresentante per distretto, un rappresentante per distretto individuato dal tavolo del terzo settore, coordinati dal responsabile dell'U.O.C. Pianificazione zonale. Per l'obiettivo B il gruppo di lavoro dovrà essere integrato da un rappresentante dell'U.O.C. Osservatorio Epidemiologico.
RISULTATI ATTESI	– Maggiore integrazione tra servizi socio-sanitari e socio-assistenziali al fine di omogeneizzare gli interventi all'utenza. – Miglior accesso della persona fragile alla fruizione dei servizi. – Migliore conoscenza della realtà territoriale.

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

3) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Attivare percorsi di cura integrati tra ospedale e territorio (e viceversa), in grado di colmare quel vuoto assistenziale che, oltre a essere negativamente percepito dal paziente quale abbandono istituzionale, può compromettere il buon esito delle cure e condurre alla medicalizzazione di condizioni anche non strettamente sanitarie.

La continuità assistenziale deve altresì svolgere una “funzione cerniera tra la realtà ospedaliera e quella territoriale, e deve agire da garante della continuità delle cure per i soggetti .

Il miglioramento dell'assistenza, si rivolge in primo luogo all'area delle cronicità e delle fragilità altamente invalidanti, nonché al potenziamento della cura della terminalità.

E' prioritario la realizzazione di percorsi di continuità assistenziale sia con le strutture sanitarie che socio sanitarie accreditate, siano esse RSA e ex IDR riclassificati.

Quanto sopra in un ottica di stretto collegamento e responsabilizzazione con le realtà territoriali locali, nel quadro di una gestione integrata, per il pieno utilizzo delle risorse disponibili per i titoli sociali ai fini dell'integrazione socio san e socio ass.

Accanto a ciò è il potenziamento di “formule” di assistenza domiciliare dove saranno declinati nuovi profili di cura.

Particolare attenzione si intende porre all'AREA PEDIATRICA.

Nel corso del 2008 è stato, infatti, avviato un progetto sperimentale denominato “L'ASL amica dei bambini: integrazione ospedale-territorio e tutela delle fragilità nell'assistenza pediatrica”.

Il progetto si propone di:

- avviare una analisi epidemiologica delle principali fragilità in età pediatrica
- sperimentare modalità di presa in carico delle fragilità pediatriche secondo il modello del case management
- a partire da fragilità più note e di cui già parzialmente esistono forme di coordinamento degli interventi assistenziali, si procederà a definire le patologie a maggiore complessità assistenziale e a sperimentare profili di cura più appropriati in continuità con l'ospedale, i PLS ed i servizi territoriali socio-sanitari e sociali
- favorire la conoscenza dell'uso dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali da parte di bambini e genitori

4) PROGRAMMAZIONE DELLA RETE LOCALE DEI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI

Nell' ambito dell'applicazione dell'articolo 14 ex LR 3/08: Collaborazione ASL – Comuni per lo svolgimento delle funzioni proprie di vigilanza e controllo sulle unità d'offerta sociali si procede alla definizione del protocollo in sede di Assemblea Distrettuale e a relativa applicazione operativa, attraverso la sottoscrizione dei singoli Comuni.

(allegato Intesa)

Contestualmente si prevede l' attivazione un tavolo di lavoro, formato dall'ASL MI 1 – nelle sue articolazioni organizzative competenti - e dai Responsabili degli Uffici di Piano che si riunirà con scadenza almeno bimestrale al fine di concorrere, ognuno per le funzioni di propria competenza, alla programmazione di un sistema integrato della rete locale dei servizi e delle strutture sociali e socio-sanitarie e di condividere saperi utili alle decisioni delle politiche in campo di assistenza sociale e socio sanitaria.

Le principali azioni dovranno essere finalizzate agli sviluppi del sistema attraverso la programmazione della rete locale con la condivisione dei seguenti elementi:

- la consistenza quali-quantitativa aggiornata delle reti articolate per tipologia di Unità d'offerta e di servizi, e la loro distribuzione territoriale
- gli esiti della vigilanza routinaria al fine di monitorare e migliorare la qualità dell'offerta
- rilevazione dei bisogni della popolazione di pertinenza al fine di verificare la congruità dell'offerta rispetto alla domanda
- osservazioni circa l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi
- informazioni sulla tipologia degli assistiti a qualsiasi titolo e sul consumo di risorse
- altri elementi utili allo sviluppo del futuro sistema di accreditamento delle Unità di offerta della rete sociale
- costruzione di un sistema di flussi finalizzato alla costituzione di un osservatorio permanente sul welfare locale.

5) IL SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Sostenere e sviluppare le opportune sinergie operativa tra i diversi attori istituzionalmente coinvolti nel processo di valutazione dei bisogni di area sociale e sociosanitaria.

MODALITÀ DI LAVORO:

- a) integrazione delle informazioni disponibili per la valutazione dei bisogni di area sociale e sociosanitaria
- b) attivazione di un sistema informativo integrato presso i punti unici di accesso;

AZIONI: In raccordo con gli Uffici di Piano si procederà ad elaborare sinergie operative ad integrazione delle specifiche competenze a valenza sociale e sociosanitaria.

FASI:

- ⇒ Identificazione delle informazioni mirate al processo di valutazione di bisogni
- ⇒ Definizione e sviluppo del sistema informativo a supporto e sviluppo del processo di valutazione di bisogni
- ⇒ Acquisizione delle anagrafiche e dei dati di riferimento: l'acquisizione sarà per via telematica con elevato automatismo, periodica e continuativa
- ⇒ Disponibilità di strumenti informativi che consentano l'analisi dei casi individuali integrando dati presenti presso i diversi attori coinvolti, lo strumento dovrà rispettare criteri di sicurezza per l'accesso al dato, indicativamente sarà web-based disponibile ad utenti certificati tra i quali i punti unici di accesso

STRUMENTI: condivisione e formalizzazione di protocolli operativi, sviluppo del sistema informativo.

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE:

- acquisizione presso la ASL delle anagrafi dei residenti,
- costruzione e gestione delle anagrafi di cittadini potenzialmente fragili per età, stato e condizioni di salute,.

Le risorse saranno in parte relative agli operatori Osservatorio Epidemiologico ASL

Le risorse economiche per lo sviluppo del sistema informativo (in parte ex dgr 8243 e aggiuntive)

AREA DEI BISOGNI

DISABILITÀ

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Costruzione di una rete tra gli attori che a vario titolo sono coinvolti nella vita del soggetto affetto da autismo

MODALITÀ DI LAVORO: Presa in carico attraverso gli sportelli fragilità del disabile affetto da autismo con il supporto del coordinatore di rete.

AZIONI:

- **Definizione di Linee guida** per la stesura di un Progetto Educativo Individualizzato secondo le indicazioni definite dalla S.I.N.P.I.A (Società italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)
- **costruzione di un "Diario di vita"** attraverso un data base informatico ad accesso selettivo e protetto. Il data base informatico si propone di valorizzare tutti gli attori che sostengono il percorso di vita e sarà per questo dinamico, cioè accessibile ed aggiornabile dai soggetti titolati alla presa in carico.
- **mappatura delle risorse territoriali** pubblicata sul sito già esistente www.reteautismo.it.
- **Informazione ed orientamento** attraverso la realizzazione della Carta dei servizi per l'autismo
- **Formazione.** Si prevede la realizzazione di una attività formativa realizzata con diverse metodologie didattiche e contenuti a secondo del target di riferimento (PLS/MMG, operatori scolastici e dei servizi, terapisti della riabilitazione). Ci si prefigge lo scopo di generare un fenomeno "a cascata" che si caratterizzi come "formazione di formatori".

Trattasi di progetto regionale a valenza sperimentale, con risorse vincolate.

"TUTELA" MINORI

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Sostenere e sviluppare una sinergia operativa tra i diversi attori istituzionalmente coinvolti nel delicato processo di consulenza e presa in carico dei minori

MODALITÀ DI LAVORO:

- a) Formazione ed integrazione degli operatori consultoriali in ambito diagnostico;
- b) attivazione di "centri professionali di mediazione familiare"

AZIONI: In raccordo con gli Uffici di Piano si procederà prioritariamente ad una elaborazione delle sinergie operative inerenti le due macro aree ad integrazione delle specifiche competenze a valenza sociale e sanitaria.

FASI:

- ⇒ Prima ricognizione delle iniziative progettuali già avviate
- ⇒ Ricognizione del personale dei CF già in servizio ed in possesso dei requisiti di cui sopra per le due macro aree
- ⇒ Definizione della proposta formativa per entrambe le macro aree
- ⇒ Attivazione di momenti di confronto con le buone prassi esistenti nel territorio ed a livello regionale
- ⇒ Attivazione di percorsi di sensibilizzazione in contesti di particolare rilevanza
- ⇒ Attivazione dei servizi di mediazione familiare

STRUMENTI: Stesura di un protocollo operativo, condivisione e formalizzazione.

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

PROMOZIONE ALLA SALUTE

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Promozione dell'allattamento al seno, intervento multidisciplinare integrato per i disturbi del comportamento alimentare, prevenzione, individuazione e trattamento precoce dei disturbi psichici gravi in età giovanile, individuazione e trattamento della depressione in gravidanza e nel postpartum.

MODALITÀ DI LAVORO: Creazione di un'azione integrata tra i diversi ambiti territoriali e strutture ASL sulla progettazione dei piani integrati locali di promozione della salute.

AZIONI: Analisi del contesto, diagnosi locale per definire le priorità, programmazione degli interventi

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE: protocolli UNICEF allattamento al seno e certificazione ASL amica dei bambini.

PREVENZIONE DEL DISAGIO MINORILE

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Definizione di un modello operativo condiviso per tutti e 7 gli ambiti distrettuali nella presa in carico del minore con particolare riguardo alla valutazione delle competenze genitoriali. Sostenere e sviluppare risposte a genitori e bambini che necessitano di sostegni relazionali, ma che non presentano caratteristiche e problematiche tali da giustificare una presa in carico dei servizi stessi. Promuovere modalità di collaborazione stabile tra sistema dei servizi.

MODALITÀ DI LAVORO: Formalizzazione di un tavolo di lavoro centrale (ASL EELL AO)

AZIONI: Definizione delle aree, degli indicatori, dei servizi, e delle integrazioni operative

STRUMENTI: Stesura di un protocollo operativo, condivisione e formalizzazione.
(possibile collegamento con area mediazione familiare e progetto mosaico in termini di coprogettazione).

VIOLENZA DOMESTICA ED IVG

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Implementare le competenze professionali degli operatori consultoriali e dei servizi territoriali sulla delicata tematica della violenza domestica.

Sensibilizzare gli operatori ad una condivisione e formalizzazione delle metodologie con la quale viene accolta e seguita la donna che si presenta con una richiesta di IVG, finalizzata ad una presa in carico globale della persona, della coppia, della famiglia alla luce dei cambiamenti sociali e culturali di questi anni

MODALITÀ DI LAVORO: Definizione di un tavolo di lavoro interistituzionale.

AZIONI: Definizione di due proposte formative aperte agli esterni.

STRUMENTI: Stesura due protocolli operativi interistituzionali al fine di definire un protocollo integrato di presa in carico.

EVENTUALI ESPERIENZE PREGRESSE CHE SI VUOLE SISTEMATIZZARE: Convegno 19.02.2009 : “La violenza domestica alle donne”

PRESA IN CARICO MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO:

Individuazione di percorso operativo che, con il concorso delle specifiche competenze sociali e sanitarie, assicuri la presa in carico integrata del minore, con attenzione a:

- garantire la continuità degli interventi;
- definire buone prassi operative per la presa in carico complessiva dei minori sottoposti a procedimento penale;
- attivare accordi interistituzionali che migliorino le modalità comunicative e definiscano il rapporto di collaborazione tra i diversi soggetti coinvolti.

e la definizione di procedure operative efficaci, in grado di realizzare le connessioni necessarie e la dovuta integrazione tra i diversi servizi coinvolti, ponendo al centro degli interventi l'interesse del minore, con un progetto unitario in particolare laddove esista una presenza di più provvedimenti dell'autorità giudiziaria (penali, civili e/o amministrativi).

MODALITÀ DI LAVORO:

Definizione di un tavolo di lavoro interistituzionale

Costituzione di équipes territoriali miste composte da operatori dei diversi servizi che operano nell'area prevedendo momenti di incontro preliminari per consentire la costruzione di un modello condiviso di intervento, valorizzando le esperienze maturate nei diversi servizi del territorio, ottimizzando le risorse esistenti e integrando il progetto con gli interventi presenti e previsti nell'area adolescenziale e con interventi da realizzarsi con popolazioni target contigue.

AZIONI: Ricognizione delle iniziative progettuali già avviate

Ricognizione del personale ASL, EELL, AO

Definizione di un percorso formativo

Attivazione di momenti di confronto con le buone prassi esistenti nel territorio ed a livello regionale

Attivazione di percorsi di sensibilizzazione in contesti di particolare rilevanza

Attivazione di un percorso a carattere sperimentale di mediazione penale (ipotesi di centro polivalente nel Castanese).

STRUMENTI: Stesura protocolli operativi, condivisione e formalizzazione.

ABUSO MINORI

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: potenziare ed ampliare gli interventi già in essere nel campo della prevenzione e del trattamento delle situazioni di abuso sessuale; mettere in rete le risorse e creare un raccordo istituzionale stabile, allo scopo di mantenere un osservatorio costantemente aggiornato sul fenomeno e sui bisogni conseguenti, nonché sulle risposte più adeguate che gli enti possono mettere in campo in un'ottica sinergica.

MODALITÀ DI LAVORO:

Definizione di un tavolo di coordinamento a carattere interistituzionale per la definizione di linee d'indirizzo, che individuano un percorso definito sulle procedure da seguire e su quali servizi coinvolgere nei casi di sospetto abuso/maltrattamento, e le iniziative formative e di prevenzione da attivare, mettendo in raccordo le risorse e le azioni di ciascuna istituzione interessata con specifico protocollo d'intesa.

AZIONI

- Formazione del personale afferente ai consultori relativa alla diagnosi e cura nelle situazioni di rischio evolutivo (riferimenti legislativi sopra esposti e circolare 37/2007;
- Incontri di informazione e sensibilizzazione rivolto al personale sanitario con particolare attenzione al personale dei poliambulatori, del pronto soccorso, ai medici di base e al personale sociale (servizio sociale di base, personale afferenti all'area tutele ecc.) ed a soggetti del terzo settore operanti nell'area sul tema della violenza
- Definizione di equipe a valenza specialistica: individuazione di personale già in servizio ed in possesso di abilitazione all'esercizio della professione di mediatore familiare e/o formazione specialistica e definizione di modalità di collaborazione con le agenzie del privato sociale (ivi compresi i CF privati/accreditati)

STRUMENTI: definire un protocollo integrato di presa in carico

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITÀ

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Stesura di specifico protocollo operativo volto a garantire la contestuale protezione dei minori e promozione della genitorialità, nei nuclei familiari in cui sono presenti adulti con problematiche di dipendenza (e di salute mentale) e figli minori, ovvero donne in gravidanza con le medesime problematiche.

Il protocollo è lo strumento finalizzato a garantire:

- La valutazione del rischio per il minore, prima di un qualsiasi provvedimento dell’Autorità Giudiziaria;
- La valutazione delle competenze genitoriali, limiti e potenzialità, nei casi di non accesso spontaneo degli adulti ad un servizio;
- Il ripristino dell’esercizio delle competenze genitoriali, il supporto alle stesse e la mediazione dei conflitti.

MODALITÀ DI LAVORO:

TAVOLO CENTRALE DI GOVERNO DEGLI ACCORDI

I soggetti firmatari del presente protocollo, istituiscono un “Tavolo Centrale di Governo degli Accordi”, unico per tutto il territorio ASL, formato da:

- Un Dirigente – Responsabile dei Servizi Sociali Comunali, in rappresentanza di tutti i Comuni del singolo Ambito, per il numero di Ambiti sottoscrittori del protocollo;
- Il Direttore di ogni Distretto, cointeressato al protocollo;
- Un Dirigente del Dipartimento Salute Mentale, per ogni Azienda Ospedaliera firmataria dell’accordo;
- Il Dirigente del Dipartimento Dipendenze dell’ASL MI1, che presiede il Tavolo.

Il Tavolo Centrale svolge i seguenti compiti:

- Valuta l’andamento delle collaborazioni tra servizi e propone eventuali integrazioni o correttivi, rispetto a quanto previsto dal protocollo;
- Promuove iniziative informative e formative sulle tematiche oggetto del protocollo.

Il Tavolo Centrale si insedia dopo la sottoscrizione dei protocolli ed è convocato ordinariamente ogni semestre. È attivato straordinariamente per affrontare e risolvere eventuali problemi organizzativo – gestionali che dovessero sorgere in qualche Ambito Distrettuale.

TAVOLO DISTRETTUALE

Il Tavolo Distrettuale, istituito in occasione della stesura delle bozza di protocollo, resta in funzione per l’anno di sperimentazione, svolgendo le seguenti funzioni:

- Monitoraggio della casistica, in particolare l’efficacia nella presa in carico e il buon funzionamento delle équipe integrate, su modulistica fornita dal “Gruppo di Regia”, avendo come interlocutrici le singole équipe costituite sui singoli nuclei famigliari;
- Organizzazione e gestione di percorsi formativi, comuni ai diversi profili professionali che operano nei nuclei integrati;
- Soluzione di eventuali conflitti che potrebbero sorgere nelle singole équipe integrate, in relazione alla gestione dei progetti personalizzati;
- Condivisione di eventuali aggiunte da apportare alle intese sottoscritte, riguardanti problematiche da presidiare e metodologie e strumenti interprofessionali. Tali aggiunte, condivise sul Tavolo, diventano operative senza ulteriori sottoscrizioni, attraverso una comunicazione ai sottoscrittori e agli operatori.

Il Tavolo Distrettuale si incontra a cadenza periodica, secondo le esigenze locali. Si suggerisce almeno una cadenza quadrimestrale.

Ai lavori del Tavolo partecipa, come è avvenuto nella fase di costruzione del protocollo, un rappresentante del Gruppo di Regia, istituito presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL MI1.

GRUPPO DI REGIA

Presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL MI1 resta attivo, per l'anno di sperimentazione del protocollo, il "Gruppo di Regia", con le seguenti funzioni:

- Predisposizione di strumenti tecnico – metodologici per il monitoraggio periodico della casistica e per la verifica e valutazione finale della sperimentazione;
- Partecipazione, attraverso un proprio delegato, ai lavori di monitoraggio periodico sulla casistica, effettuato dai Tavoli Distrettuali;
- Supporto tecnico, se necessario, al coordinatore del Tavolo Centrale di Governo degli Accordi, per la predisposizione di progetti informativo – formativi.

AZIONI

- Costituzione di equipe integrate sui singoli nuclei familiari, così come previsto nei protocolli distrettuali previsti dal progetto Mosaico locale, con la partecipazione di operatori di SerT/NOA, Consultori, EELL, AO.
- Monitoraggio della correlazione tra le problematiche della dipendenza degli adulti con figli minori e le problematiche di rischio e di tutela dei figli;
- Organizzazione di percorsi formativi comuni per i diversi profili professionali che operino nei gruppi di lavoro integrati.
- Graduale coinvolgimento di altre istituzioni del territorio, cointeressate, per competenza, alle problematiche affrontate.
- Verifica e valutazione della qualità e dell'equità dell'accesso della casistica alla progettazione e gestione integrata e dell'efficacia dei processi di aiuto.

STRUMENTI: Allegato 1) parte comune protocolli operative – Allegato 2) linee guida

Il suddetto intervento è a carico delle risorse di cui alla dgr 8243 (progetti ASL).

GESTIONE DEI CASI DI TUTELA, CURATELA E AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DESCRIZIONE MACRO OBIETTIVO: Tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente.

Definire un percorso integrato dove, responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, possano proporre al giudice tutelare il ricorso per la nomina dell'Amministratore di sostegno o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero, ove a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno.

MODALITÀ DI LAVORO: Definizione di procedura di convenzionamento tra Asl e servizi sociali comunali.

AZIONI:

- 1) Azione formativa rivolta agli operatori del sistema dei servizi (sociale, sanitario e socio sanitario)
- 2) Sottoscrizione di apposita convenzione per la gestione in delega della funzione da parte dell'ASL
- 3) Promozione e sviluppo di progetti sperimentali mirati (collegamento con il progetto individualizzato)

STRUMENTI:

Schema di convenzione.

L'azione formativa verrà promossa all'interno del piano formativo aziendale con risorse mirate e vincolate.